



POTILASTURVALLISUUS JA RISKIEN HALLINTA

– opas sosiaali- ja terveydenhuollon
asiantuntijoille ja johdolle



SISÄLTÖ

ALKUSANAT.....	3
KESKEISET KÄSITTEET	4
1. RISKIENHALLINTA.....	6
2. POTILASTURVALLISUUSRISKIT.....	7
3. NÄKÖKULMIA POTILASTURVALLISUUSRISKIEN ARVIOINTIIN.....	8
3.1 Prosessit ja toimintatavat.....	8
3.2 Työympäristö.....	9
3.3 Laitteet ja tarvikkeet	10
3.4 Suorituskyky ja osaaminen	11
3.5 Dokumentointi ja tiedonkulku.....	11
3.6 Potilas ja läheiset.....	12
4. POTILASTURVALLISUUSRISKIEN TUNNISTAMINEN	13
4.1 Vaarojen tunnistaminen vaara- tai haittatapahtuman käsittelyn perusteella.....	14
4.2 Vaaratapahtumien säännölliseen tarkasteluun perustuva riskien tunnistaminen.....	14
4.3 Muutostilanteiden suunnitteluun sisältyvät riskianalyysit	15
4.4 Riskikartoitukset ja turvallisuuskävelyt työyksikössä.....	15
4.5 Hoitoprosessien riskianalyysit (HFMEA)	17
5. POTILASTURVALLISUUSRISKIEN ARVIOIMINEN.....	19
5.1 Todennäköisyyden arviointi	21
5.2 Seurauksen arviointi	22
5.3 Potilasturvallisuusriskien hallinta.....	23
6. RISKIN MERKITTÄVYYDESTÄ PÄÄTTÄMINEN.....	25
7. RISKIENHALLINNAN TOIMENPITEIDEN VALINTA JA TOTEUTTAMINEN.....	27
8. SEURANTA JA ARVIOINTI	30
LÄHTEET	31

Alkusanat

Tämä opas tukee sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita potilasturvallisuusriskien hallinnassa. Potilasturvallisuusriskien arviointi ja hallinta on jatkuvaa laadunparantamista ja turvallisuussuunnittelua.

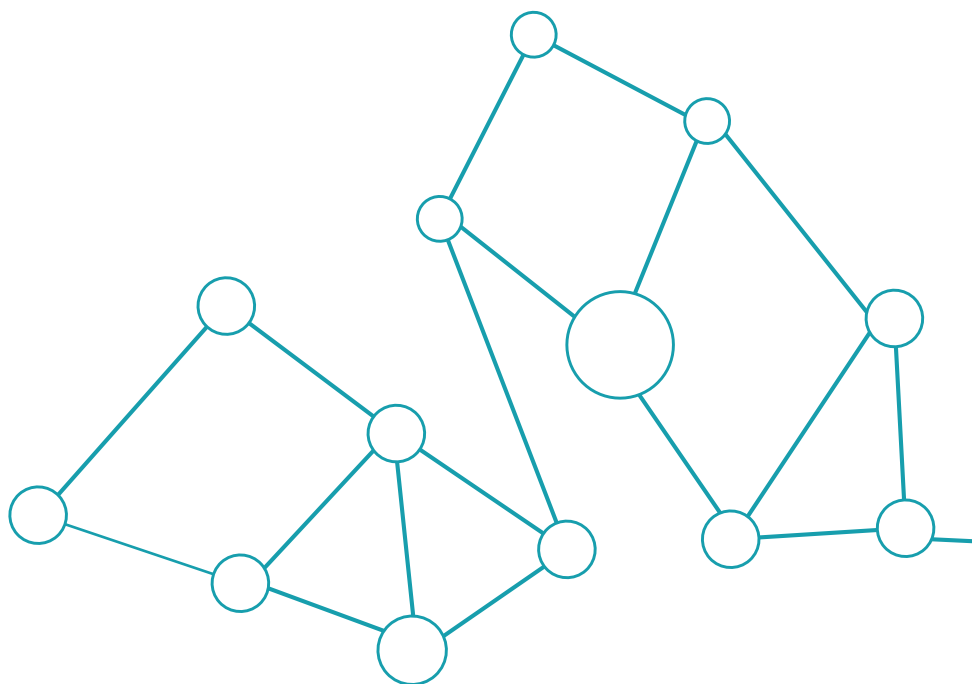
Opas pohjautuu terveydenhuoltolain pykälän 8 mukaiseen vaatimukseen laadun ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmasta, jossa asetuksen mukaisesti on kuvattava potilasturvallisuusriskien ennakointi ja hallinta.

Potilasturvallisuusriskienhallintaa käsitellään osana riskienhallinnan ja turvallisuussuunnittelun kokonaisuutta. Tässä oppaassa potilasturvallisuus on riskienhallinnan keskiössä ja se täydentää STM:n julkaisua riskienhallinnasta ja turvallisuussuunnittelusta potilasturvallisuuden osalta.

Potilaalla tarkoitetaan tässä oppaassa myös sosiaalihuollon asiakasta tai muuta palvelujen käyttäjää. Potilaan hoidon turvallinen ja laadukas toteuttaminen on peruslähtökohta kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa.

Avainsanat:

potilasturvallisuus,
riskienhallinta,
riskinarviointi, riski,
sosiaali- ja terveydenhuolto



Haittatapahtuma

Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle

Läheltä piti-tapahtuma

Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa.

Operatiivinen riski

Turvallisuusriski, joka voi aiheutua puutteellisesti toimivista prosesseista, menettelytavoista, henkilöistä, järjestelmistä tai ulkoisista tapahtumista. Operatiivinen turvallisuusriski voi laukaista myös strategisen riskin; toiminta esimerkiksi joudutaan keskeyttämään tulipalon johdosta, mikä voi vaikuttaa esim. julkisuuskuvaan.

Potilasturvallisuus

Terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden, laiteturvallisuuden ja on osa hoidon laatua.

Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Toimintatapa sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen.

Riski

Riski on vaaratilanteesta mahdollisesti aiheutuvan vamman tai terveyshaitan todennäköisyyden ja vakavuuden yhdistelmä (todennäköisyys x seuraus).

K Ä S I T T E E T

Riskien arviointi

Riskien arviointi on laaja-alaista ja systemaattista vaarojen tunnistamista ja niiden aiheuttamien riskien suuruuden määrittämistä. Riskien arvioinnin tavoitteena on turvallisuuden tehokas parantaminen.

Riskienhallinta

Riskienhallinta on systemaattista työtä toiminnan turvallisuuden varmistamiseksi ja haittojen estämiseksi. Riskienhallinta tarkoittaa kaikkea toimintaa riskien pienentämiseksi tai poistamiseksi.

Strateginen riski

Liiketoimintariski, joka voi syntyä sisäisestä paineesta, väärin toimintastrategioiden valinnasta, puutteellisesta johtamisesta, kilpailusta tai hitaasta reagoinnista toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin; esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon tai lainsäädännön muutoksiin. Strateginen riski voi olla myös menetetty mahdollisuus. Strateginen riski voi uhata toiminnan jatkumisen edellytyksiä.

Suojaukset

Tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosessiin suunnitellut ja sisältyvät rakenteet ja menettelyt, joiden tarkoituksena on tunnistaa ja estää haitalliset poikkeamat ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumaan.

Vaara, vaaratekijä

Vaaralla/vaaratekijällä tarkoitetaan tekijää, ominaisuutta tai ilmiötä, joka voi aiheuttaa haittaa tai vaarantaa turvallisuutta; esimerkiksi aiheuttamalla tapaturman, onnettomuuden tai muun vahingon. Vaaratekijöillä tarkoitetaan tässä niitä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa vaaraa tai haittaa potilaan terveydelle tai turvallisuudelle.

Vaaratapahtuma

Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle

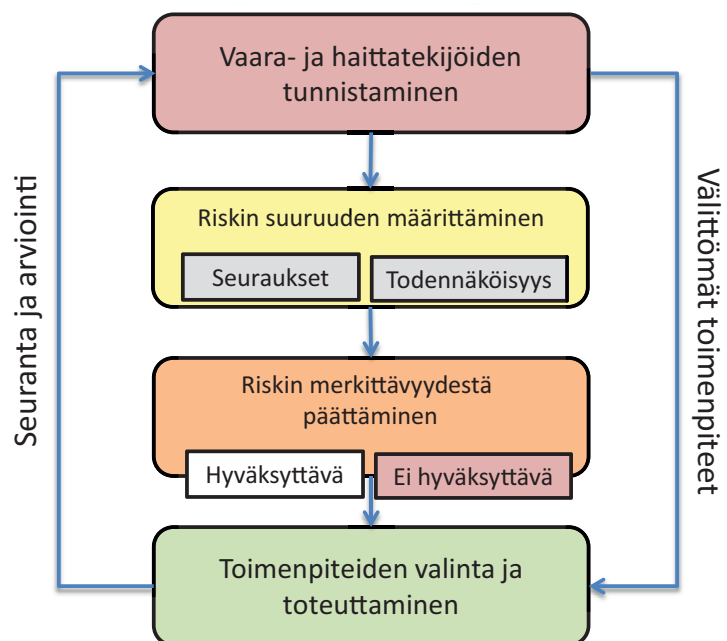
1 RISKIENHALLINTA

Riskienhallinta on kokonaisvaltainen ja jatkuva prosessi, jossa riskejä tunnistetaan ja analysoidaan, ja niiden aiheuttamat seuraukset pyritään minimoimaan. Tavoitteena on löytää keinot riskien poistamiseksi tai madaltamiseksi hyväksyttävälle tasolle. Riskienhallinta on sekä johtamista että käytännön työtä vaarojen tunnistamiseksi, arvioimiseksi ja niiden vaikutusten ehkäisemiseksi tai vähentämiseksi. Riskienhallinta on organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvaa toimintaa, jota jokainen työntekijä toteuttaa omassa toiminnassaan.

Usein riskienhallintatyö jaetaan ylimmän johdon vastuulla olevaan *strategiseen riskienhallintaan* ja käytännön toiminnan tasolla toteutettavaan *operatiiviseen riskienhallintaan*. Johdon tehtävänä on huolehtia riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan järjestämisestä. Operatiivinen tason tehtävänä on taas huolehtia käytännön turvallisuuden päivittäisestä hallinnasta.

Riskienhallinta perustuu riskienhallintajärjestelmään. Riskienhallintajärjestelmä on toimintatapojen kokonaisuus, joka on määritelty ja jonka mukaan riskienhallinta toteutetaan organisaatiossa. Riskienhallintajärjestelmä on osa terveydenhuoltolakiin perustuvaa laadun ja potilasturvallisuuden toimeenpanon suunnitelmaa. Siinä tulee kuvata riskienhallinnan tavoitteet, toimintatavat riskien tunnistamiseksi ja arvioimiseksi, sekä riskienhallinnan vastuut, sekä seuranta ja raportointia koskevat periaatteet.

Riskien arvioinnin kautta toimintaa tulee jatkuvasti kehittää. Pelkkä tietoisuus riskeistä ei riitä turvallisuuden riittävään parantumiseen. Riskienhallinnan tulee näkyä muutoksena työolosuhteissa ja -välineissä, työ- ja turvallisuusohjeissa ja perehdyttämisessä, henkilöstön koulutuksessa, kehityshankkeiden suunnittelussa sekä muussa toiminnan suunnittelussa. Riskienhallinnan ja riskien arvioinnin prosessi on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Riskien arvioinnin ja riskienhallinnan prosessi

Potilasturvallisuusriskienhallinta on osa organisaation kokonaisvaltaista riskienhallintaa ja turvallisuussuunnittelua.

Riskienhallinnan perusteet terveydenhuollossa on esitetty kattavasti Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille (STM, 2011).

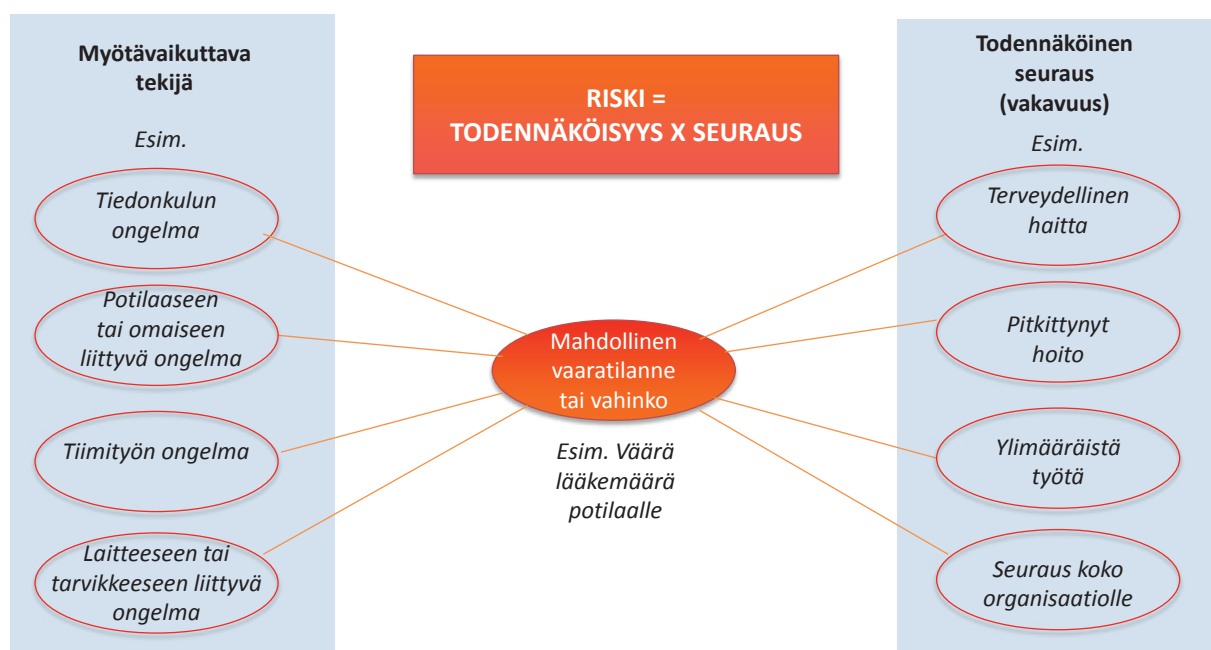
2 POTILASTURVALLISUUSRISKIT

Potilasturvallisuusriskien arvioinnilla tarkoitetaan potilaan turvallisuuteen vaikuttavien vaarojen tunnistamista, vaarojen aiheuttamien riskien suuruuden määrittelemistä ja riskien merkityksen arviointia. Riskin suuruuteen vaikuttaa **vaaratekijän esiintymisen todennäköisyys** ja sen aiheuttamien **seurausten vakavuus**.

Vaaran voi aiheuttaa esimerkiksi epäyhtenäinen tapa lääkekirjauksissa. Se voi johtaa väärinkäsitykseen potilaan lääkityksestä ja sitä kautta virheeseen, joka saattaa aiheuttaa haitan potilaalle = **haittatapahtuma**. Riskin suuruus riippuu siitä, kuinka todennäköinen virhe on ja mitkä virheen seuraukset potilaalle voivat olla. Mahdolliset seuraukset luonnollisesti riippuvat paljon siitä, millaisia lääkkeitä yksikössä tyypillisesti käytetään ja millaisia potilaita hoidetaan. Sama virhe voi johtaa erilaisiin seurauksiin eri yksiköissä, ja näin ollen myös saman asian aiheuttama riski on tällöin erilainen eri yksiköissä. Toimintatavat toisessa yksikössä lääkemääräysten tarkastamiseen voivat olla myös erilaiset (esim. toisessa toimintaan sisältyy aina toisen henkilön tekemä tarkistus ja toisessa ei). Tämä vaikuttaa olennaisesti siihen, kuinka todennäköisesti potilas saa väärän annoksen lääkkeitä väärinymmärryksen vuoksi. Toisen henkilön tekemä tarkistus pienentää riskiä, koska se vähentää virheen todennäköisyyttä.

$$\text{Riski} = \text{todennäköisyys} \times \text{seuraukset}$$

Riski ei ole siis sama asia kuin vaaratapahtuma. Vaaratapahtuma nostaa tyypillisesti esiin yhden tai useampia tekijöitä, jotka aiheuttavat riskejä. Itse tapahtuma on seurausta siitä, että riskit toteutuivat tietyssä tilanteessa. Vaaratapahtuman seuraukset eivät myöskään kerro suoraan tapahtuman riskien suuruudesta. Voi olla että seuraukset potilaalle jäivät todellisuudessa vähäisiksi, mutta vakavalta haitalta vältyttiin vain sattuman kautta. Näin ollen haitalle altistavan vaaratekijän aiheuttama riski voi olla myös erittäin merkittävä.



Kuvio 2. Mahdolliset vaaratekijät, niiden todennäköisyys ja vaikutukset

3 NÄKÖKULMIA POTILASTURVALLISUUS- RISKIEN ARVIOINTIIN

Potilasturvallisuusriskit tulee huomioida strategisessa ja operatiivisessa riskienhallinnassa. Strateginen riskienhallinta tarkoittaa riskienhallinnan integrointia osaksi tavanomaista johtamista ja toiminnan prosesseja. Strategisia riskejä ovat sellaiset riskit, joilla voi toteutuessaan olla pitkäaikaisia vaikutuksia organisaation liiketoimintaan. Tässä kappaleessa keskitytään yksiköiden toiminnan tasolla toteutettavaan operatiiviseen riskienhallintaan, johon sisältyy potilasturvallisuusriskienhallinta.

Operatiivisia riskejä ovat henkilö-, toiminta-, omaisuus-, työympäristö- ja tietoriskit, sekä tuote (vastuu)- ja liikeriskit. Operatiiviset riskit voivat aiheutua esim. puutteellisesti toimivista sisäisistä prosesseista, henkilöistä, järjestelmistä tai ulkoisista tapahtumista.

Riskejä tunnistetaan, arvioidaan ja hallitaan päivittäin. Niistä raportoidaan, toimenpiteet valitaan ja vastuutetaan. Riskien tila arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa ryhdytään sovittuihin jatkotoimenpiteisiin. Seuraavassa käsitellään erilaisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia vaaratekijöitä ja niiden aiheuttamia riskejä.

3.1 Prosessit ja toimintatavat

Ihmisten tekemien erehdysten taustalla ovat useimmiten prosesseihin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. Prosesseihin, toimintatapoihin ja ohjeistukseen voidaan lukea muun muassa kaikki organisaatiossa virallisesti kirjatut käytännöt. Ne saattavat liittyä yksittäiseen työtehtävään, ryhmän tai yksikön toimintaan tai laajemmin organisaation eri yksiköiden tai niiden ja ulkopuolisten toimijoiden väliseen yhteistyöhön.

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi tavoitteena tulee olla toimintatapojen ja prosessien kehittäminen sellaisiksi, että riskit minimoidaan. Tämä edellyttää keskeisten hoidon turvallisuuteen vaikuttavien työvaiheiden kuvaamista ja tehtäviin sisältyvien vaarojen tunnistamista ja suunnittelua niiden aiheuttamien riskien hallitsemiseksi.

Prosesseihin ja toimintatapoihin sisältyviä vaaroja voivat olla:

- ohjeistuksen epäselvyys, puutteellisuus, tulkinnanvaraisuus tai vaikeaselkoisuus
- toimintaohjeen puuttuminen kokonaan tai vaikea saatavuus
- vanhentuneet ohjeet tai eri versioista aiheutuvat ongelmat
- määriteltujen prosessien soveltumattomuus käytäntöön
- toimintatapojen epäyhätenäisyys ja liiallinen vaihtelu
- riittämättömät tai heikot varmistusmenettelyt (suojaukset) prosessien osana

ESIMERKKI

Sairaalassa tehtiin useita vaaratapahtumailmoituksia tilanteesta, jossa potilaan siirtyessä päivystyksyköistä vuodeosastolle lääkitystiedoissa oli epäselvyyksiä: Kotilääkitystiedot ja sairaalassa tehdyt määräykset puuttuivat tai ne oli kirjattu vaihteleviin paikkoihin. Tämä aiheutti usein tilanteen, jossa vuodeosastolla oli epätietoisuutta potilaan lääkehoidosta ja sen oikeasta toteuttamisesta.

Sairaalassa oli olemassa kuvaus päivystyspotilaan hoitoprosessista ja lääkehoidon kirjaamisesta ja toteuttamisesta, mutta ohjeessa käytettiin passiivista: ”Potilaan siirtyessä vuodeosastolle lääkemääräykset kirjataan potilaan tietoihin”. Tämä johti tilanteeseen, jossa kukaan ei tiennyt selkeästi kenen vastuulla lääkehoidon kirjaaminen oli.

3.2 Työympäristö

Fyysisen ympäristön turvallisuus on potilaiden, läheisten ja henkilökunnan kannalta tärkeää. Siihen kuuluvat tilojen rakenteet, järjestelyt ja muut työympäristön piirteet, joiden tehtävänä on edistää työn tekeminen turvallisesti. Rakenteiden, huoneiden ja sisustuksen tulee mahdollistaa niin henkilökunnan työn turvallisuus kuin potilaiden turvallisuus.

Työympäristössä vaaroja voivat aiheuttaa esimerkiksi:

- sekaisuus ja epäjärjestys
- ahtaus ja puutteelliset työtilat
- häiriötekijät, kuten melu ja hälinä
- heikko valaistus
- heikko puhtaanapito
- vaaralliset rakenteet ja puutteelliset varoitusmerkinnät

Fyysinen ympäristö vaikuttaa monella tavalla turvallisuuteen ja samat tekijät voivat synnyttää erilaisia riskejä. Tämä korostaa tarvetta käsitellä riskejä ja suunnitella turvallisuutta keskitetysti, jotta potilasturvallisuutta parantavalla ajattelulla toimenpiteellä ei ole vastakkaista vaikutusta muuhun turvallisuuteen (osaoptimointi).

ESIMERKKI

Osastolla oli raskas liukuovi, joka sulkeutui niin vauhdikkaasti, että potilas oli jäänyt oven väliin. Ovesta kulki päivän aikana useita ihmisiä. Osaston henkilökunta laittoi oven eteen esteen siten, että kulkeminen oli turvallista. Ovi oli kuitenkin samaan aikaan palo-ovi, jonka sulkeutumisen estäminen aiheutti selkeän paloturvallisuusriskin ja rikkoi paloturvallisuusmääräyksiä. Myöhemmin liukuoven sulkeutumisaikaa pidennettiin.

Työympäristöön vaikuttaminen saattaa tuntua hankalalta, koska aikanaan tehdyillä päätöksillä on pitkäaikaisia vaikutuksia ja niiden muuttaminen voi olla kallista ja hidasta. Potilasturvallisuuden kannalta ratkaisut voivat joskus kuitenkin olla yksinkertaisia kuten vuoteen laidan korkeuden säätäminen oikein, jotta potilas ei pääse putoamaan laidalta lattialle tai himmeän valon jättäminen huoneeseen yöksi. Uusien työtilojen suunnittelu- vaiheessa potilasturvallisuuden huomioiminen on yleensä yksinkertaista toteuttaa.

3.3 Laitteet ja tarvikkeet

Laitteiden suunnittelun puutteet sekä riittämätön laitteiden huolto tai laitekoulutus tai ohjeet laitteiden käyttöön ovat yleisiä vaaratapahtumiin johtavia syitä. Järjestelmien, laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuuteen vaikuttavat niiden toimintakunto, saatavuus, käytettävyyys ja ergonominen suunnittelu. Nämä seikat voivat aiheuttaa vaaran turvalliselle hoidolle.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 velvoittaa, että ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolle ja valmistajalle tai valtuutetulle edustajalle vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen, ja jotka johtuvat laitteen ja tarvikkeen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, riittämättömästä merkinnästä tai virheellisestä käytöstä.

Järjestelmiin, laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyviä vaaratekijöitä voivat olla:

- puutteet saatavuudessa
- toimintahäiriöt ja viat
- ergonomiset ongelmat ja huono käytettävyyys
- tietojärjestelmäongelmat
- puutteellinen perehdytys, koulutus, osaaminen ja ohjeistus
- yhteensopivuusongelmat (esimerkiksi kahden tietojärjestelmän väliset)
- varajärjestelmien puuttuminen tai huono saatavuus.

Lisäksi laitteiden hallittavuus ja käyttö ovat tulleet monimutkaisiksi. Terveydenhuollossa teknisillä laitteilla on useita eri käyttäjiä, jotka käyttävät niitä erilaisen koulutuksen ja kokemuksen pohjalta. Jatkuvan kilpailutuksen seurauksena tyypillistä on, että samoja laitteita voi olla yksikössä usealta eri valmistajalta, jokainen laite vaatii hieman erilaista osaamista eivätkä ne tai niiden osat ole välttämättä toisiinsa sopivia.

Erityisesti lääkinnällisten laitteiden käyttö on lisääntynyt jatkuvasti sekä sairaalassa että avo- ja kotisairaanhoidossa. Ne toimivat hyvänä apuna potilaan hoidossa, mutta sisältävät myös riskejä. Yhdistettynä lääkkeiden annosteluun laitteiden vaikutus potilaan turvallisuuteen kasvaa. Laitteiden toimimattomuus ja käyttäjistä johtuvat ongelmat voivat aiheuttaa potilaalle vakavan vaaran. Esimiesten on huolehdittava, että lääkintälaitteiden käyttöohjeet ovat saatavilla ja laitteiden käyttöön on järjestetty perehdytys. Esimerkiksi kemikaalien ja lääkinnällisten kaasujen käyttöturvallisuustiedotteet tulee olla kaikkien löydettävissä. On tärkeää, että kaikki kaasujen kanssa tekemisissä olevat henkilöt käsittelevät kaasuja ohjeiden mukaisesti ja saavat riittävän koulutuksen. Kaikki riskit voidaan eliminoida, kun käyttäjä tuntee kaasujen ominaisuudet ja niiden oikeat, turvalliset käsittelytavat.

ESIMERKKI

Leikkaussalin ruiskupumpussa oli käytettävä valmistajan omia 50 ml:n ruiskuja, jotta infuusion ohjelmointi ja annostelu olisivat todenmukaisia. Pumppuun pystyi kuitenkin asentamaan myös ”väärän/toisen merkkisen” ruiskun. Koska osastolla oli käytössä useita erimerkkisiä ruiskupumppuja ja niihin sopivia ruiskuja, kyseisen ruiskupumpun tultua käyttöön osastolla tapahtui useita vaaratapahtumia, joissa väärä ruisku asennettiin ruiskupumppuun ja lääkkeen annostelu ei toteutunut pumppuun asetettujen muuttujien mukaisesti.

3.4 Suorituskyky ja osaaminen

Turvallisen toiminnan lähtökohtana on varmistaa, että edellytykset suoriutua työtehtävistä ovat mahdollisimman hyvät. Organisaation johdon ja esimiesten vastuulla on varmistaa, että työntekijällä on riittävät tiedot ja taidot suoriutua työtehtävistä, sekä soveltaa niitä käytännön työhön. Usein organisaatioissa kuitenkin unohdetaan suorituskykyyn liittyvän vireystilan merkitys. Esimerkiksi riittämätön unen saanti alentaa vireystilaa ja vaikuttaa sitä kautta suoraan suorituskykyyn. Yhden yön valvomisen on todettu laskevan kognitiivista suorituskykyä jopa 25 % vertailutasosta.

ESIMERKKI

Potilaiden lääkkeenjaon yhteydessä potilas sai hoitajan antamana toisen potilaan lääkkeitä. Virhe huomattiin välittömästi ja tapahtuma käytiin läpi. Selvisi, että lääkkeen antanut hoitaja oli valvonut koko viime yön oman lapsen sairauskohtauksen takia ja oli tavallista väsyneempi ja epävarma omasta vireystilastaan hoitaa kyseisiä työtehtäviä.

3.5 Dokumentointi ja tiedonkulku

Potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää että potilaasta ja hänen hoidostaan on saatavilla oikeaa tietoa, oikeaan aikaan. Dokumentointiin ja tiedonkulkuun liittyvät haasteet ovat hyvin usein vaaratapahtumiin myötävaikuttavina tekijöinä. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä on säädetty asetuksessa (289/2009). Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Hyvä dokumentointi on peruslähtökohta turvallisuusriskien hallinnalle.

Potilaan hoitoon liittyvä dokumentaatio voi olla laadultaan tai määrältään riittämätöntä tai puuttua kokonaan. Tieto voi olla saavuttamattomissa liittyen sähköisten tietojärjestelmien toimintaongelmiin, tai se on kirjattu paikkaan, josta lukija ei osaa sitä etsiä.

Dokumentointiin liittyvä ohjeistus voi olla riittämätöntä, sitä ei noudateta tai siitä ei olla tietoisia.

Dokumentointiin liittyvät haasteet konkretisoituvat usein etenkin yksiköiden tai organisaatioiden rajojen yllä mentäessä. Organisaation sisällä puutteet tiedonkulussa voivat ilmetä eri työntekijöiden ja ammattiryhmien, yksiköiden ja organisaatiotasojen välillä. Puutteita tiedonkulussa voi olla myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan sekä omaisten välillä. Tiedonkulun ongelmien taustalla saattaa olla, että tieto on ymmärretty väärin, sitä ei ole välitetty ollenkaan, välitetty tieto ei ole oikeaa tai ajankohta on väärä.

Dokumentoinnin ja tiedonkulun riskit liittyvät läheisesti organisaation toimintakulttuuriin, tiimin toimintaan, käytettävissä oleviin tietojärjestelmiin sekä toimintaympäristön ominaisuuksissa keskeytyksiin ja häiriötekijöihin.

ESIMERKKI

Potilas, joka sairasti insuliinihoitoista diabetesta, siirtyi kirurgiselta vuodeosastolta sisätautiosastolle. Kirurgisella vuodeosastolla annetut insuliini-injektiot kirjattiin hoitosuunnitelmaan, sisätautiosastolla sen sijaan lääkehoitolehdelle. Potilaan siirryttyä toiselle osastolle hän sai ylimääräisen annoksen insuliinia, koska sisätautiosaston sairaanhoitaja ei tiennyt toisen osaston erilaisesta kirjaamispaikasta. Aamulla annetusta insuliinista ei myöskään raportoitu suullisesti, kun potilas siirtyi toiselle osastolle.

3.6 Potilas ja läheiset

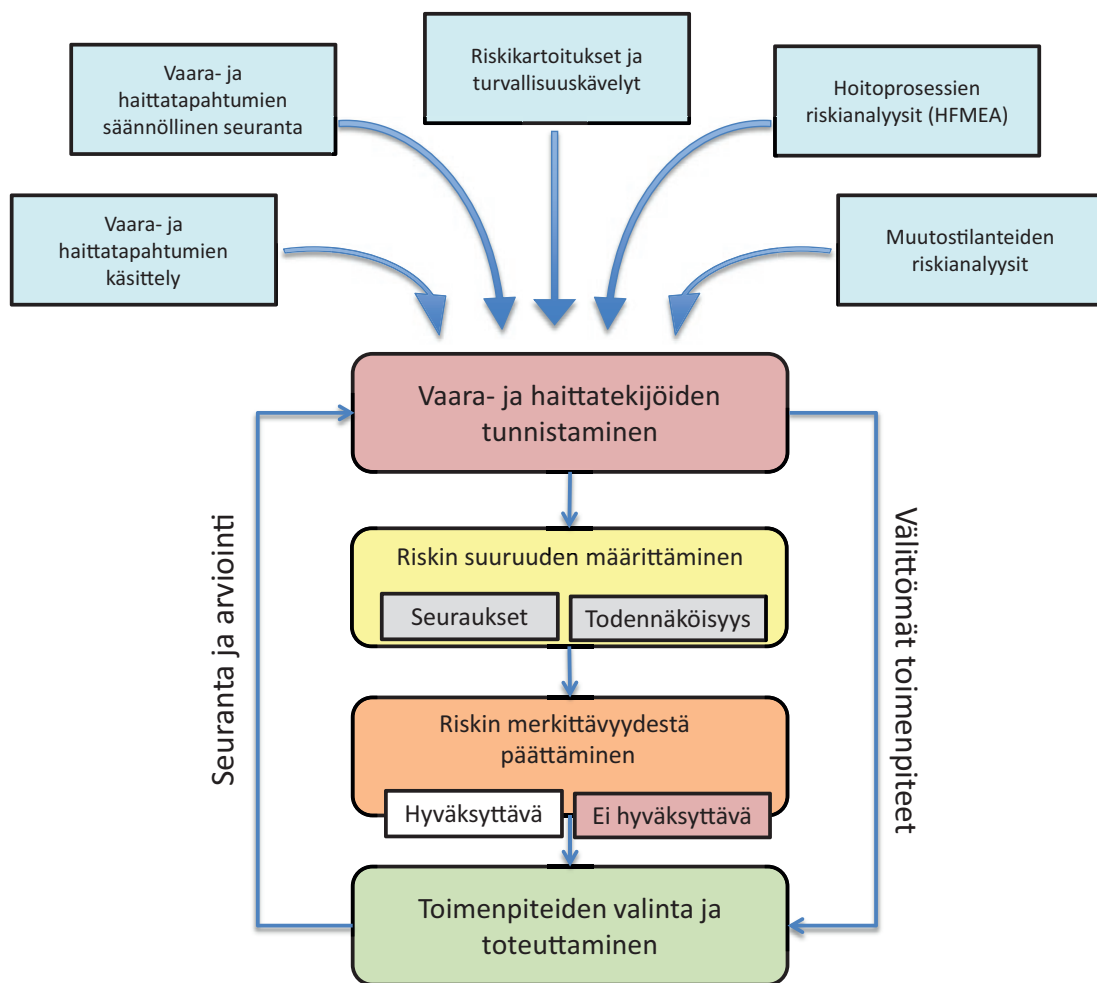
Terveydenhuollon yksiköissä on oltava käytännöt siitä, miten potilaat ja heidän läheisensä voivat osallistua sekä edistää ja vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilaan ja hänen läheisensä pitää voida antaa palautetta potilasturvallisuuden puutteista. On hyvä myös tunnistaa potilaan osallistumiseen ja hänen toimintakykynsä liittyvät mahdolliset riskit. Potilaan turvallinen hoito on aina terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla.

ESIMERKKI

Muistamaton potilas pääsi melkein karkaamaan osaston harvoin käytetystä päätyovesta ulos. Ovihälytys paljasti tapahtuman ja potilas tavoitettiin juuri oven ulkopuolelta. Vuoronvaihdos oli menossa ja aamuvuoron hoitajat olivat kirjaamassa loppuja tapahtumia ja tekemässä muuten töitä, osa oli lähtenyt jo aiemmin töistä. Iltavuoron hoitajat olivat raportilla. Potilas oli ollut levottomampi jo edellisestä illasta lähtien, joten valvontaa jo tehostettu.

4 POTILASTURVALLISUUSRISKIEN TUNNISTAMINEN

Riskienhallinta perustuu siihen, että organisaatiossa ollaan tietoisia toimintaan vaikuttavista vaaroista. Riskien arviointia tehdään vaaratilanteista ja turvallisuuspoikkeamista saatavaan tietoon perustuen, säännöllisillä arvioinneilla ja kartoituksilla/katselmuksilla tai muutostilanteisiin sisältyvillä riskianalyyseilla. Pyrkimyksenä tulisi olla vaarojen tunnistaminen mahdollisimman aikaisin ja varmistaa turvallisuus ennalta niin, että varsinaisia vaaratilanteita ei edes pääsisi syntymään.



Kuvio 3. Vaarojen tunnistaminen tyypilliset lähteet

Seuraavissa kappaleissa on kuvattu tarkemmin kuvassa esitettyjen vaarojen tunnistamisen käytännön toteuttamista.

4.1 Vaarojen tunnistaminen vaara- tai haittatapahtuman käsittelyn perusteella

Haittatapahtuma tai muu potilashoitoon liittyvä vaaratilanne nostaa aina esiin yhden tai useampia riskejä. Otetaan esimerkiksi tilanne, jossa osastolta haetaan väärä henkilö ja hänelle tehdään turha kuvantamistutkimus. Tapahtumaan myötävaikuttavia syitä olivat seuraavat:

- Osastolla oli kaksi samannimistä potilasta, joilla kummallakaan ei ollut tunnistusranneketta.
- Potilaan haki tutkimukseen potilaskuljettaja, jonka ohjasi potilaan nimen perusteella väärään huoneeseen hoitaja, joka ei ollut tietoinen samaan aikaan osastolla olleesta toisesta saman nimisestä henkilöstä.

Tapahtuma aiheutui usean tekijän vaikutuksesta, jotka kaikki altistivat osaltaan tapahtuman syntyyn – potilaat saatetaan sekoittaa keskenään. Kaksi samannimistä potilasta yhtä aikaa osastolla voi johtaa virheeseen potilaan tunnistamisessa siinä missä puuttunut tunnistusrannekekin. Myös tapa hakea potilas sänkypaikkatiedon perusteella, varmistamatta sängyssä olevan henkilöllisyyttä, on altis virheille. Kaikki nämä tekijät vaikuttivat tapahtuman syntyyn. Vaikka tekijät sattuiivatkin olemaan mukana samassa tapahtumassa, niitä tulisi riskienhallinnan kannalta arvioida yksittäisinä vaaratekijöinä, eikä niiden aiheuttama riski ole välttämättä yhtä suuri. Riskirekisteriin voidaan kirjata nämä kolme vaaraa tapahtuman pohjalta seuraavasti.

Taulukko 1. Esimerkki riskirekisteristä

Vaara	Vaaralle altistavat tekijät	Todennäköisyys	Vakavuus	Riski	Parannustoimenpiteet
Hoitaja erehtyy tutkimukseen haettavasta potilaasta	Osastolla on kaksi samannimistä potilasta eikä hoitajalla ole tästä tietoa.				
Virhe potilaan tunnistamisessa	Potilaalta puuttuu tunnistusranneke.				
Potilaskuljettaja hakee väärän potilaan kuvantamistutkimukseen	Potilas haetaan vain nimeen ja sänkypaikkaan perustuen.				

4.2 Vaaratapahtumien säännölliseen tarkasteluun perustuva riskien tunnistaminen

Tietoa vaara- ja haittatapahtumista kertyy myös organisaatioon sisäisten raportointikanavien tai ulkoisten toimijoiden kautta esimerkiksi potilaspalautteina, muistutuksina ja/tai kanteluilta. Tietoon tulleita vaaratapahtumia tulisi tarkastella laajemmin kuin yksittäisinä tapahtumina riskien tunnistamiseksi.

Vaara- ja haittatapahtumien tarkastelun tavoitteena on tunnistaa potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä vaadittavia toimenpiteitä riskienhallintaan. Vaaratapahtumailmoituksiin perustuen seurataan tyypillisiä tapahtumatyyppejä ja trendejä, tarkastellaan mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet tapahtumiin ja mihin seurauksiin tapahtumat ovat johtaneet. Tapahtumajoukon esiin tuomiin tietoihin perustuen arvioidaan toimintaan

vaikuttavia uhkatekijöitä sekä tyypillisiä vaaran aiheuttavia. Tarkastelun perusteella voidaan kirjata riskejä, jotka koskevat laaja-alaisesti koko organisaatiota.

4.3 Muutostilanteiden suunnitteluun sisältyvät riskianalyysit

Potilasturvallisuuden varmistaminen tulee huomioida kaikissa muutostilanteissa osana muutoksen suunnittelua. Merkittävästi toimintaan vaikuttavissa muutoksista tulisi aina tehdä dokumentoitu **riskianalyysi**. Sen tavoitteena on tunnistaa muutoksen mahdollisesti synnyttämät vaarat ja ongelmat, arvioida niihin liittyvät riskit ja varmistaa riittävä varautuminen niihin. Riskianalyysin suorittamiseen tulee nimetä selkeä vastuuhenkilö, joka kokoaa tarvittavan työryhmän riskianalyysia tekemään. Tyypillisesti analyysi tehdään projektisuunnitelmaan, prosessikuvaukseen tai vastaavaan perustuen. Pohtien, mitä vaaroja mihinkin vaiheeseen voi liittyä. Vaarat kirjataan ja niihin sisältyvä riski arvioidaan. Riskianalyysin lopputuloksena saadaan lista kaikista tunnistetuista vaaratekijöistä ja niiden aiheuttaman riskin suuruudesta. Riskejä tulee arvioida laaja-alaisesti ottaen huomioon mahdolliset vaikutukset potilaisiin, henkilöstöön, työympäristöön ja -välineisiin, tai muihin toimintaolosuhteisiin. Arvioidun riskin suuruuden perusteella määritellään tarvittavat muutokset suunnitelmaan tai muut keinot pienentää riski hyväksyttävälle tasolle. Riskianalyysiin kirjataan myös tarvittavat toimenpiteet riskienhallintaan sekä niiden toteuttamisvastuut.

Muutostilanteiden suunnittelussa puhutaan usein myös jatkuvuudenhallinnasta. Jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla organisaatio ennalta suunnitelluilla ja toteutetuilla järjestelyillä ja johtamismalleilla hallitsee erilaiset toimintaansa uhkaavat häiriötilanteet. Häiriötilanteiden varalle varmistetaan esimerkiksi kriittisten kumppaneiden kyky toimia korvaavana resurssina mahdollisissa häiriötilanteissa. Jatkuvuudenhallinnan avulla luodaan varmuus toimia häiriötilanteissa ja nopeuttaa häiriötilanteesta toipumista. Huoltovarmuuskeskus on julkaissut elinkeinoelämän ja julkishallinnon SOPIVA yhteistyönä tuotetut suositukset toiminnan jatkuvuudenhallintaan. Suositukset löytyvät huoltovarmuuskeskuksen sivuilta www.huoltovarmuus.fi.

4.4 Riskikartoitukset ja turvallisuuskävelyt työyksikössä

Työssä esiintyvien vaara- ja haittatekijöiden selvittäminen ei rajaudu pelkästään tapahetuneiden vaaratilanteiden tarkasteluun, vaan työympäristö, prosessien ja toimintatapojen sisältämiä **vaaroja on tarkkailtava myös ennakoiden ja jatkuvasti**, vaikka vaaratilanteita ei olisikaan sattunut. Ennakoivalla riskien tunnistamisella saatetaan havaita sellaisia turvallisuusuhkia, joita vaaratilanneraporteista ei nouse esiin.

Jatkuvan ja järjestelmällisen tarkkailun avulla voidaan varmistaa hoidon pysyminen turvallisena tai toisaalta havaita aiemmin huomaamatta jääneitä vaaroja tai puutteita. Ennakoivilla riskikartoituksilla ja turvallisuuskävelyillä on vaikutusta vaaratapahtumien vähenemiseen.

Yksikön riskikartoituksessa pyritään löytämään kaikki vaara- ja haittatekijät liittyen kohteen normaaliin toimintaan ja normaaleihin työtehtäviin, harvinaisempiin ja satunnaisempiin

tilanteisiin sekä poikkeamiin ja häiriöihin liittyen. Poikkeavia tilanteita voivat olla esimerkiksi eri yksiköiden yhdistäminen, ruuhkahuiput ja sesongit, loma-ajat, ylityöt ja yövuorot, sijaisten tai harjoittelijoiden läsnäolo. Vaarojen tunnistusvaiheessa tulee ottaa huomioon tarkastelukohteessa aiemmin sattuneet vaara- tai läheltä piti -tilanteet, sellaiset mahdolliset vaaratekijät, jotka aiemmin eivät ole vielä aiheuttaneet vahinkoa, mutta joiden toteutuminen on mahdollista.

Vaarojen tunnistusvaiheessa on erittäin tärkeää kirjata riittävän tarkasti muistiin kaikki tunnistettuun vaaratekijään liittyvät tiedot. Hyvin kirjatut tarkennukset auttavat asian käsittelyä jatkossa. Kunkin todetun vaaran osalta tulisi selvittää ainakin seuraavaa: mihin toimintoon tai työvaiheeseen vaara liittyy, missä tilanteissa se esiintyy, mikä sen aiheuttaa ja missä tilanteessa altistuminen tapahtuu. Potilaan lisäksi tulee ottaa huomioon myös muut vaaralle mahdollisesti altistuvat henkilöt, joita voivat olla esimerkiksi työntekijät ja omaiset.

Riskit listataan riskianalyysilomakkeeseen. Lomakkeeseen kuvataan mahdollinen vaaratilanne, sille altistavat tekijät, arvioidaan riskin suuruus, todetaan tarvittavat toimenpiteet ja nimetään toimenpiteille vastuuhenkilöt ja aikataulut.

Taulukko 2. Esimerkki yksikön riskianalyysistä

Tehtävän vaihe/ työvaihe	Vaara	Vaaralle altistavat tekijät	Todennäköisyys	Vakavuus	Riski	Parannustoimenpiteet
Lääkkeenanto potilaalle	Potilaalle annetaan väärät lääkkeet	Potilaiden virheellinen tunnistaminen, lääkkeenantotilanne on rauhaton	3 (mahdollinen)	4 (merkittävä)	12 (korkea riski)	Potilas tunnistetaan aina käyttäen kahta eri tunnistusmetelmää. Potilaille laitetaan tunnistusrannekkeet. Lääkkeenantotilanne rauhoitetaan

Työt ja työolosuhteet muuttuvat, joten riskikartoitusten tietoja tulee aktiivisesti päivittää. Riskikartoitusten tiheys riippuu yksikön toiminnan luonteesta ja riskitasosta, käytössä olevista resursseista ja työolosuhteissa tapahtuvista muutoksista. Joissain yksiköissä kartointus on syytä päivittää vuosittain kun taas, joissain päivitysväli voi olla 3–4 vuotta.

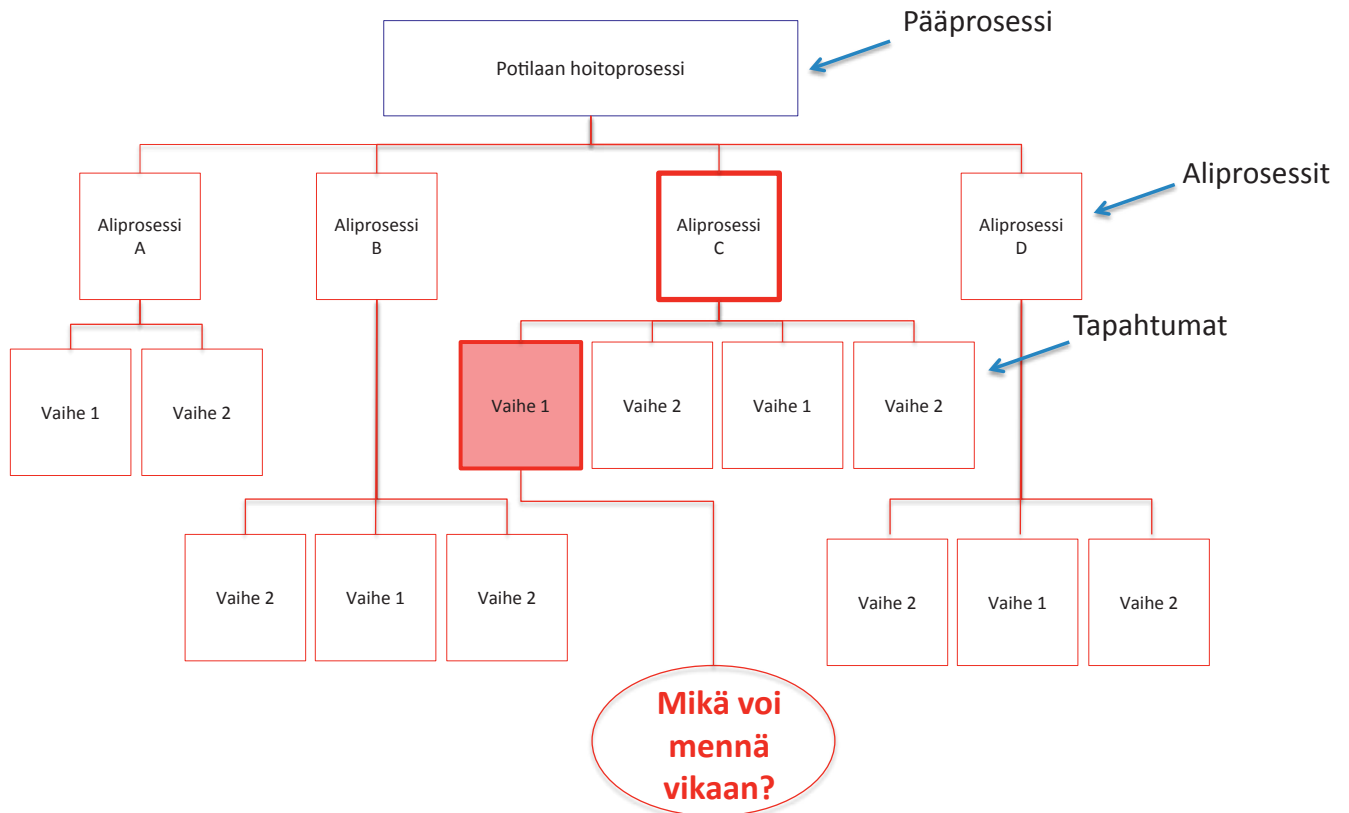
Turvallisuuskävelyitä voidaan tehdä monia eri tarkoituksia varten ja eri tavoin. Joskus tarkoituksena voi olla saada mahdollisimman laajaa ja yleistä tietoa työntekijöiden tai potilaiden näkökannoista turvallisuuteen liittyen. Turvallisuuskävelyllä voi olla myös rajatumpi aihe tai tietty osa hoitoprosessista, joka halutaan tarkastaa. Turvallisuuskävelyitä on hyvä tehdä eri työvuorojen aikaan.

Onnistuneen turvallisuuskävelyn järjestämiseen tarvitaan sekä osaamista että valmisteltavaa työtä. Turvallisuuskävelyistä on hyvä tehdä lyhyt raportti, johon kirjataan kehittämis-kohteet ja mahdolliset hyvät käytänteet. Raporttia voi elävöittää ottamalla kuvia havaituista poikkeamista tai hyvistä käytänteistä.

Tärkeää turvallisuuksikävelyn vaikuttavuudessa on toistaa se uudelleen, mikäli kehittämis-kohteita on edellisellä kerralla löytynyt.

4.5 Hoitoprosessien riskianalyysit (HFMEA)

Hoitoprosessien riskien arviointi on tärkeä osa prosessien määrittelyä, kehittämistä ja niiden muutosten hallintaa. Prosessien riskejä voidaan tarkastella hyödyntämällä Health Care Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) -mallia. Riskien arviointi tulisi toteuttaa moniammatillisessa työryhmässä. HFMEA toimii sekä ennakoivassa merkityksessä prosessien määrittelyn apuna että jälkikäteen tapahtuvassa riskienhallinnassa arvioitaessa prosessien turvallisuutta.



Kuvio 4. Esimerkki hoitoprosessin kuvaamisesta (HFMEA)

1. Valitse tarkasteltava prosessi tai sen osa

Tarkastelun kohteeksi voidaan valita prosessi tai sen osa, ja siihen sisältyvät työvaiheet

2. Kuva prosessi

Tarkasteltava prosessi tai sen osa piirretään vuokaavion muotoon ja siihen lisätään kaikki havaittavissa olevat aliprosessit.

3. Kirjaa mahdolliset vaarat ja arvioi niiden riski

Prosessista ja sen aliprosesseista pyritään tunnistamaan kaikki mahdolliset vaiheet, joissa joku vaaratekijä voi aiheuttaa turvallisuutta uhkaavan poikkeaman prosessin kulusta. Tämän jälkeen määritellään riskin suuruus hyödyntämällä siihen tarkoitettua matriisia. Vaarat ja niiden aiheuttamat riskit listataan analyysistä tehtävään riskirekisteriin (kts. Taulukko 3.). Riskien suuruuden mukaan voidaan arvioida vaatiiko havaittu vaara toimenpiteitä.

4. Määrittele kehittämistoimenpiteet, joilla riskit hallitaan

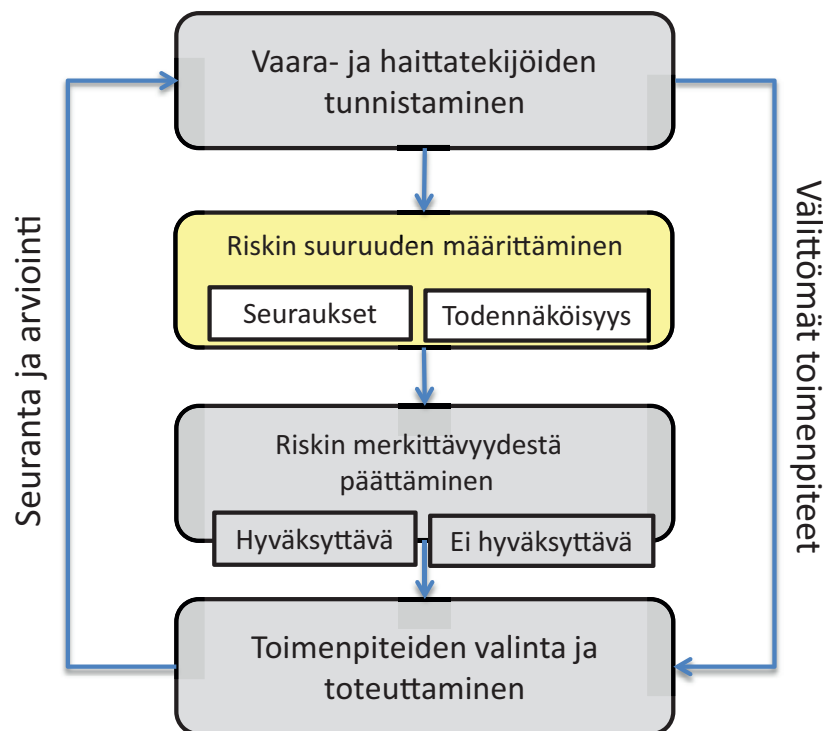
Kehittämistoimenpiteet tulee suunnitella siten, että ne voidaan toteuttaa ja lopputulos arvioida. Lisäksi varmistetaan, että prosessiin osallistuvat ymmärtävät riskit ja tietävät miten toimia.

Taulukko 3. Esimerkki potilaan siirtoprosessi (vuodeosastolta valvontaan päivystysaikana) HFMEA analyysistä.

Tehtävän vaihe/työvaihe	Vaara	Vaaralle altistavat tekijät	Todennäköisyys	Vakavuus	Riski	Toimenpiteet/ varautuminen
Päätös potilaan siirrosta	Tieto potilaan siirrosta ei tavoita valvonnan henkilökuntaa	Päivystysaikana lääkäriä/hoitohenkilökuntaa vaikea tavoittaa työtehtävien vuoksi (henkilökunta kiinni toimenpiteissä)	3 (mahdollinen)	2 (vähäinen)	6 (kohtalainen)	Päivystysaikana työskentelee koordinaattori, joka vastaa osastojen välisten siirtojen organisoinnista.
Potilaan valmistelu vuodeosastolla siirtoa varten	Potilaan lääkitystiedot eivät ole ajan tasalla oikeassa tietojärjestelmässä	Valvonnassa käytössä erillisjärjestelmä, johon kirjataan lääkitykset eri tavalla.	4 (todennäköinen)	3 (kohtalainen)	12 (korkea)	Lääkehoitoprosessissa kuvataan, että lähettävän lääkärin vastuulla on lääkeshoidon ajantasainen kirjaaminen siihen tietojärjestelmään, jonka pariin potilas on menossa tai vähintään lääkärin on kuitattava potilaan lääkitys. Ennen potilaan siirtoa tulostetaan mukaan viimeisimmät lääkitystiedot, jotka käydään läpi ja kuitataan vastaanotettavassa yksikössä lääkärin toimesta.
Potilaa siirto osastolta toiselle	Potilaan vointi huonontuu siirron aikana	Happipullon loppuminen ennen valvontaan ehtimistä (pitkä kuljetus)	3 (mahdollinen)	2 (vähäinen)	6 (kohtalainen)	Happipullot tarkistetaan säännöllisesti, nimetään tehtävään vastuuhenkilö, kirjataan minimipaine, sekä ohjeistetaan selkeästi koska uusi on tilattava. Aina ennen happipullon käyttöönottoa tarkistetaan pullossa olevan hapen määrä.
Potilaan vastaanotto uudelle osastolle	Potilaan jatkohoidon kannalta tärkeät ohjeistukset jäävät huomioimatta kiireellisessä siirtilanteessa.	Potilaan siirrossa kiire, ehtiikö vastaanottava hoitohenkilökunta kuunnella raporttia.	3 (mahdollinen)	3 (kohtalainen)	9 (korkea)	Potilaan hoidosta vastaava sairaanhoitaja keskittyy hetkeksi vain raportointiin. Potilaan hoidosta vastaava hoitaja arvioi potilaan tilan ja kutsuu paikalle tarvittavan määrän henkilökuntaa potilaan optimaalisen hoidon varmistamiseksi. Käytetään standatointua viestitäteknikkaa (esim.ISBAR).

5 POTILASTURVALLISUUSRISKIEN ARVIOIMINEN

Kuten oppaan alussa todettiin, tunnistettujen riskien merkittävyyttä on arvioitava suhteessa niiden vaikutuksiin ja toteutumisen todennäköisyyteen.



Kuvio 5. Riskin suuruuden määrittäminen

Riskin suuruus määritellään tunnistetun vaaran aiheuttamien vaikutusten vakavuuden ja todennäköisyyden perusteella. Näiden tekijöiden muodostamasta yhtälöstä syntyy riskin suuruus ennen riskin hallinnaksi tehtyjä toimenpiteitä. Riskin suuruus ohjaa priorisoida toimenpiteet niiden vaarojen hallintaan, jotka aiheuttavat suurimman uhan potilaiden turvallisuudelle. Korkean riskiarvon saavat tapahtumat edellyttävät usein välittömiä toimia, koska riskin hallintaa on parannettava heti. Usein toimenpiteisiin sisältyykin välittömät korjaavat toimenpiteet, sekä pysyvämmät muutokset, joilla riski hallitaan tulevaisuudessa. Potilasturvallisuusriskien arvioinnissa käytetään yleisesti viisiportaista asteikkoa, jossa toisella ulottuvuudella arvioidaan tapahtuman todennäköisyyttä ja toisella sen vakavuutta.

Taulukko 4. Riskien arviointi = Seuraus x Todennäköisyys

Todennäköisyys \ Seuraus	1 HARVINAINEN Tapahtuu tuskin koskaan	2 EPÄTODENNÄKÖINEN Esiintyy harvoin. Tapahtuma ei ole odotettavissa, mutta se on mahdollinen	3 MAHDOLLINEN Saattaa tapahtua tai on tapahtunut silloin tällöin	4 TODENNÄKÖINEN Tapahtuu usein/todennäköisesti, mutta ei ole jatkuva ongelma	5 MELKEIN VARMA Tapahtuu jatkuvasti tai uusiutuu lähiaikoina
5 VAKAVA Tapahtuma johtaa kuolemaan tai vakavaan haittaan tai pysyvään vammautumiseen. Tapahtuma vaikuttaa suureen potilasjoukkoon.	5	10	15	20	25
4 MERKITTÄVÄ Kohtalainen vamma joka johtaa pitkän ajan työkyvyttömyyteen. Sairaalassaoloaika pitenee > 15 vrk. Potilaan hoidon laiminlyöminen, jolla on pitkäaikaisia seurauksia.	4	8	12	16	20
3 KOHTALAINEN Kohtalainen vamma, joka vaatii ammattilaisen apua. Sairaalassaoloaika pitenee 4–15 vuorokautteen. Tapahtuma koskee pientä potilasryhmää.	3	6	9	12	15
2 VÄHÄINEN Vähäinen haitta tai vamma, joka vaatii pieniä toimenpiteitä. Sairaalassaoloaika pitenee < 3 vrk.	2	4	6	8	10
1 OLEMATON Olematon haitta, vamma joka ei vaadi hoitoa. Lieviä vammoja tai lieviä vaikutuksia; esimerkiksi nyrjähdyksiä, mustelmia, ohimenevä sairaus tai epämukavuutta	1	2	3	4	5

Matriisissa olevat luvut kertovat riskin suuruudesta. 1 kuvaa pientä riskiä ja 25 erittäin suurta. Taulukon värit osoittavat mitkä riskit ovat hyväksyttävällä tasolla ja mitkä vaativat vielä toimenpiteitä, jotta riski saadaan riittävän pieneksi.

- 1–3 Alhainen riski
- 4–6 Kohtalainen riski
- 8–12 Korkea riski
- 15–25 Äärimmäinen riski

Todennäköisyyden ja seurausten vakavuuden arviointi ei ole helppoa tai suoraviivaista. Eri henkilöt saattavat arvioida eri tavoin sitä, kuinka todennäköinen joku tapahtuma on tai kuinka vakavat sen seuraukset ovat. Siksi on tärkeää muodostaa selvät määrittelyt sille, mihin arviointi perustuu. Arviointia voidaan työyhteisössä yhtenäistää esimerkiksi teke-mällä riskiarviointeja ryhmässä keskustellen. Näin työyhteisöön syntyy yhtenäisempi näkemys toiminnan sisältämistä riskeistä ja niiden merkityksestä toimintaan.

5.1 Todennäköisyyden arviointi

Riskin todennäköisyyden arviointi ohjautuu helposti taaksepäin katsovaan tarkasteluun eli siihen kuinka usein vastaavia tapahtumia on sattunut aiemmin. Ennakoivassa riskien hallinnassa voi olla kuitenkin niin, että toimintaa ei sellaisenaan ole aiemmin ollut ole-massa. Mahdollinen tapahtuma on ensimmäinen laatuaan, mutta kenties silti uudessa toiminnassa hyvin todennäköinen. Tällöin todennäköisyyttä tulee arvioida sen mukaan, kuinka mahdollisesti tilanne voi toistua uudessa tilanteessa.

Kuten edellä esitetyn taulukon määrittelyistä voi huomata, niissä on kuvattu sekä enna-koitu riskin toteutumisen todennäköisyys että historiaan perustuva arvio riskin toistumi-sesta. Harvinaiseksi luokitellut tapahtumat voivat olla satunnaisia yksittäistapauksia, tai niiden todennäköisyys voidaan ennakoida äärimmäisen pieniksi. Esimerkkinä tästä voisi olla vaikka totaalinen sähkökatkos, josta johtuen potilaiden hoidon kannalta kriittiseen tietoon ei olisi useisiin tunteihin pääsyä. Yleensä tällaiset tekniset järjestelmät ovat hyvin varmistettuja tämän kaltaisilta käyttökatkosilta, joten esimerkin kaltaisen tilanteen syn-tyminen edellyttäisi kahden asian yhtäaikaista poikkeustilannetta.

Epätodennäköiseksi voidaan arvioida sellaiset tilanteet, joita ei normaalisti pitäisi sattua, mutta mahdollisuus tapahtumalle on kuitenkin olemassa. Esimerkiksi tilanne, jossa leikkaussalin defibrilaattorin akku olisi tyhjä silloin kun laitetta tarvittaisiin. Mikäli akun varauksen tarkistus on normaali osa leikkaussalivalmisteluja, niin tilannetta voidaan pi-tää epätodennäköisenä, mutta on kuitenkin mahdollista että varaus jää jonain päivänä tarkistamatta. Defibrillaattorin tarve on kuitenkin niin harvinainen ja on epätodennäköis-tä, että se sattuisi sille päivälle, kun varauksen tarkistus on unohtunut.

Taulukon mukaan mahdollisina voidaan pitää tilanteita, joita on silloin tällöin ta-pahtunut, tai joita uudessa toimissa saattaa käydä. Esimerkiksi lääkärin määräämä lääke jää huomaamatta osastolla potilaan tiedoista. Tarkastellen olemassa olevaa toimintaa, voitaisiin ehkä todeta, että vastaavia tilanteita on tapahtunut silloin täl-löin. Mikäli taas kyse olisi esimerkiksi uuden potilastietojärjestelmän tai lääkkeiden kirjaamistavan ennakoivasta riskiarviosta, tulisi miettiä voisiko määräys jäädä silloin tällöin huomaamatta ja potilas ei tästä syystä saisi määrättyä lääkettä. Mikäli lää-kitystietojen löytäminen potilastietojärjestelmästä olisi joskus erityisen haastavaa, esimerkiksi järjestelmän käytettävyyden tai epäyhtenäisten kirjaamistapojen vuoksi, voi tapahtumaa pitää todennäköisenä. Tällöin voidaan kohtuullisella varmuudella todeta, että näin voi käydä tai tiedetään että niin on käynyt. Ero melkein varmaan tapahtumaan on ainoastaan siinä, että ennakoitavissa oleva toistuvuus on pienempi. Melkein varmaksi voidaan luokitella sellaiset tilanteet, joita tiedetään tapahtuvaksi

esimerkiksi kuukausittain tai useammin, tai jotka voidaan tällä tiheydellä uskoa toistuvan muutoksen jälkeen.

5.2 Seurauksen arviointi

Seurauksen arviointi ei sekään ole suoraviivaista. Yksittäisessä tapahtumassa todelliset seuraukset saattoivat jäädä pieniksi, mutta useimmissa samanlaisissa tapahtumissa olisi syntynyt merkittävä haitta.

Palataan aikaisempaan esimerkkiin vaaratapahtumasta, jossa osastolta haettiin väärä henkilö ja hänelle tehtiin turha kuvantamistutkimus. Tapahtumaan myötävaikuttavia syitä olivat seuraavat: Osastolla oli kaksi samannimistä potilasta, joilla ei ollut tunnustusrannekeita. Hänet haki tutkimukseen potilaskuljettaja, jonka ohjasi potilaan nimen perusteella väärään huoneeseen hoitaja, joka ei ollut tietoinen samaan aikaan osastolla olleesta toisesta samannimisestä henkilöstä. Käyttäen yllä olevia periaatteita, voidaan näiden kolmen tekijän aiheuttaman riskin suuruus arvioida seuraavasti.

Tarkastellaan ensimmäiseksi sitä, että osastolla oli kaksi samannimistä henkilöä eikä hoitajalla ollut tästä tietoa. Tästä syystä hän ohjasi potilaskuljettajan väärän huoneeseen epäilemättä millään tavalla virheen mahdollisuutta. Tilanne, jossa hoitaja ei tiedä osastolla olevista samannimisistä potilaista on suhteellisen epätodennäköinen huomioiden osaston raportointikäytännöt vuoroja vaihdettaessa. Hyvä raportointi pienentää mahdollisuutta sille, että samannimisistä potilaista ei olisi tietoa, ja siksi vähentää riskiä todennäköisyyden kautta. Esimerkkitapauksessa oli kuitenkin käynyt niin, että samanniminen henkilö oli tuotu osastolle päivän aikana, eikä tieto tästä ollut vielä välittynyt kaikille hoitajille. Tilannetta voidaan joka tapauksessa pitää hyvin epätodennäköisenä.

Seurausten vakavuuden arvioimiseksi pitää miettiä mitä vaikutuksia kuvantamistutkimuksella voisi olla, mikäli se suoritettaisiin väärälle henkilölle. Tähän luonnollisesti vaikuttaa tapauskohtaisesti paljonkin tutkimustoimenpiteen tyyppi sekä potilaan tausta ja tilanne. Jollekin havaittavia vaikutuksia ei välttämättä synny lainkaan ja toiselle tietty tutkimustoimenpide voi aiheuttaa vakavankin haitan. Arvioinnissa tulisi ottaa huomioon osastolla tyypillisesti olevien potilaiden lähtökohdat, eikä ainoastaan kyseisessä tapahtumassa ollut potilasta. Samoin tulisi ajatella millaisia kuvantamistutkimuksia potilaille tyypillisesti tehdään ja mitä mahdollisia haittavaikutuksia niillä voi olla. Seurauksia voi olla esimerkiksi ylimääräinen säteilyannos, pidentynyt hoitojakso tarkkailun tarpeen vuoksi tai lääketyksellä hoidettavissa oleva allerginen reaktio. Näin riskin suuruus voidaan määritellä alla olevan mukaan.

Taulukko 5. Esimerkki riskin arvioinnista

Vaara	Vaaralle altistavat tekijät	Todennäköisyys	Vakavuus	Riski
Hoitaja erehtyy tutkimukseen haettavasta potilaasta.	Osastolla on kaksi samannimistä potilasta eikä hoitajalla ole tästä tietoa.	1 (harvinainen)	2 (vähäinen)	2 (alhainen)

Toinen tapahtumaan myötävaikuttanut tekijä oli tunnustusrannekkeen puuttuminen. Tämä heikensi oleellisesti mahdollisuutta varmistaa potilaan henkilöllisyys sekä potilas-

ta haettaessa että ennen tutkimustoimenpidettä. Rannekkeiden puuttuminen on yleinen ongelma kyseisellä osastolla. Osaksi tähän saattoi vaikuttaa se, että osastolla tyypillisesti hoidetaan hyväkuntoisia potilaita, jotka pystyvät kommunikoimaan normaalisti. Näin potilaalta voidaan varmistaa suullisesti henkilötunnus nimen lisäksi.

Tunnistuskäytäntö oli kuitenkin hyvin vaihteleva, eikä sitä ollut täsmällisesti ohjeistettu, joten kohtuullisen usein sattui tilanteita, joissa potilaille annettiin lääkkeitä, heiltä otettiin verikokeita, tai heidät siirrettiin toimenpiteisiin ilman, että henkilötunnusta kysyttiin erikseen. Kuten tässäkin tapauksessa, potilas haettiin toimenpiteeseen vain sen perusteella, että kysyttiin mistä tämän niminen potilas löytyy ja vastauksena annettiin huoneen numero ja sänky paikka.

Seurausten vakavuus pysyy luonnollisesti samana kuin edellisenkin esimerkin kohdalla, mutta todennäköisyys on huomattavasti korkeampi. Koska tiedetään että tunnustusrannekkeita puuttuu jatkuvasti, niin todennäköisyyden voisi jopa määritellä lähes varmaksi. Toisaalta virheen mahdollisuutta pienentää se, että potilaat kommunikoivat hyvin ja pystyvät keskustelemaan hoidostaan, jolloin todennäköisyys voidaan laskea melkein varmasta todennäköiseksi.

Taulukko 6. Esimerkki riskienarvioinnista

Vaara	Vaaralle altistavat tekijät	Todennäköisyys	Vakavuus	Riski
Potilaskuljettaja hakee väärän potilaan kuvantamistutkimukseen.	Potilaalta puuttuu tunnustusranneke.	4 (todennäköinen)	2 (vähäinen)	8 (korkea)

5.3 Potilasturvallisuusriskien hallinta

Riskienhallinta pienentää riskin suuruutta ja **riskin suuruus muuttuu riskienhallinnan kautta**. Kun vaaratekijä poistetaan tai sen vaikutukset saadaan paremmin hallintaan, muuttuu myös sen aiheuttama riski. Riskin suuruus muuttuu sen mukaan kuinka vaaran aiheuttaman tapahtuman todennäköisyys muuttuu, tai kuinka tapahtuman seurauksia saadaan lievennettyä. Riskillä on siis tietty suuruus siinä vaiheessa kun se tunnistetaan, mutta riskienhallinnan toimenpiteiden jälkeen suuruus ei ole enää sama. Muutos kertoo siitä, kuinka tehokkaat toimenpiteet ovat olleet. Riskin suuruus voi muuttua myös siksi, että muutos toimintaympäristössä vaikuttaa siihen kuinka todennäköinen tietyn tekijän aiheuttama vaaratilanne on.

Esimerkiksi voidaan ottaa tunnistettu mahdollisuus sekoittaa kaksi lähes samannimistä lääkettä toisiinsa lääkkeenjaon yhteydessä. Virheelle altistavat nimikkeiden samankaltaisuus ja pakkausten yhdennäköisyys. Oletetaan että osastolla suoritetaan aina lääkkeenjaon kaksoistarkistus, jolloin useimmissa tapauksissa virheen tulisi tulla esille. Tämä pitää huomioida todennäköisyyttä arvioitaessa ja se vaikuttaa riskin suuruuteen. Ilman kaksoistarkistuskäytäntöä voitaisiin riski luokitella ehkä mahdolliseksi. Jos ajatellaan, että kaksoistarkistus suoritetaan lähtökohtaisesti aina, ja tabletit eroavat ulkonäöltään niin paljon, että virheen pitäisi tarkistuksessa tulla esille, pienentää se todennäköisyyden epä-

todennäköiseksi. Lääkepakkausten ulkonäön muuttaminen erottuvuuden parantamiseksi saattaisi laskea todennäköisyyttä edelleen hyvin epätodennäköiseksi, eli harvinaiseksi.

Vaikka virheen aiheuttamat vaikutukset potilaalle pysyisivätkin samana, pienentyisi riskin suuruus siitä mitä se alkutilanteessa oli. Riskille altistavan olosuhteen muutos (lääkepakkausten ulkonäkö) muutti siis riskin suuruutta pienemmäksi. Muutos tulisi nyt kirjata riskirekisteriin, vaikka toiminnassa sinänsä ei muuttuisikaan mikään muu. Riskin suuruutta arvioidaan siinä vaiheessa kun 1) riski tunnistetaan, huomioiden sen hetkinen vaarautuminen, eli keinot riskin hallintaan (riskin lähtötila) ja 2) uudestaan aina sen jälkeen kun toiminnassa on tapahtunut muutos, joka vaikuttaa tapahtuman todennäköisyyteen tai seurauksiin (riskin nykytila).

Riskienhallinnan kannalta tärkeintä on **tieto riskien nykytilasta**. Sen avulla voidaan nähdä mitkä ovat suurimmat toimintaan kohdistuvat riskit. Mikäli riskienhallintajärjestelmästä on saatavissa myös tieto riskien lähtötilasta, voidaan muodostaa kokonaiskuva riskienhallinnan tehokkuudesta. Jos riskejä on saatu pienennettyä, on riskienhallinta toiminut kuten sen pitäisi.

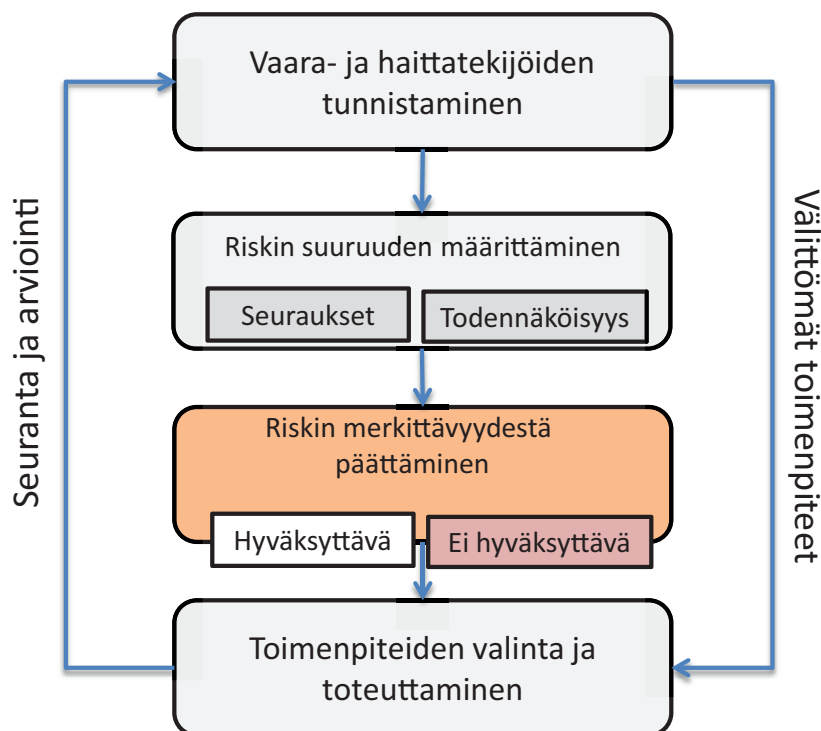
Taulukko 7. Esimerkki riskienhallintaan

Työvaiheet tunnistetun riskin arviointiin ja hallintaan	
Vaaratekijän tai -tilanteen kuvaus	Kuvaa vaaratekijä- tai tilanne mahdollisimman yksityiskohtaisesti: Missä vaara esiintyy, mikä sen aiheuttaa ja kuka vaaralle on alttiina?
Riskin arviointi	Merkitse riskin suuruus todennäköisyyden ja vakavuuden perusteella.
Toimenpiteet	Kuvaa toimenpiteet riskin poistamiseksi tai pienentämiseksi mahdollisimman selkeästi ja konkreettisesti.
Vastuuhenkilö	Nimeä toimenpiteelle vastuuhenkilö. Varmista, että henkilöt ovat tietoisia heille nimetyistä tehtävistä.
Aikataulu	Laadi toimenpiteelle aikataulu, tai ainakin seuraavan tarkistuskerran ajankohta.
Kuittaus toimenpiteen toteutuksesta	Kun toimenpide on toteutettu, kuittaa se suoritetuksi. Toimenpiteen toteuttamisen jälkeen on syytä arvioida riski uudelleen.
Riskin nykytilan arviointi	Merkitse riskin suuruus todennäköisyyden ja vakavuuden perusteella sen jälkeen kun toimenpiteet riskin hallintaan on toteutettu. Näin voit seurata riskin hallinnan tehokkuutta.

Riskin suuruuden arvioinnissa tulee pyrkiä mahdollisimman objektiiviseen arvioon. Yleis-pätevien ohjeiden antaminen suuruuden arviointiin on kuitenkin lähes mahdotonta, koska toiminnan luonne vaikuttaa siihen merkittävästi. Tärkeintä on saada määritetyksi riskien suuruus kyseisen toiminnan kannalta johdonmukaisesti ja asettaa ne sen perusteella suuruusjärjestykseen, jolloin riskienhallinnan toimet voidaan laittaa myös kiireellisyysjärjestykseen. Olennaista on löytää tehokkaimmat mahdolliset toimenpiteet merkittävimpien vaarojen hallintaan ja riskien pienentämiseen.

6 RISKIN MERKITTÄVYYDESTÄ PÄÄTTÄMINEN

Riskin suuruuden määrittelemisen jälkeen on päätettävä riskin merkittävyydestä. Riskin merkittävyydestä päättäminen tarkoittaa käytännössä rajanveroa sille, pienennetäänkö riskiä vai ei. Kaikkien riskien poistaminen ei aina ole mahdollista, mutta tavoitteena tulee olla aina kaikkien tunnistettujen **riskien pienentäminen hyväksyttävälle tasolle**.




Kuvio 6. Riskin merkittävyydestä päättäminen

Riskien hyväksymisen yleinen periaate on hyväksyä riskin, joiden suuruus on **niin pieni kuin käytännössä mahdollista**. Tämä tarkoittaa tasoa, jolla ylimääräisen turvallisuustoimenpiteen toteuttaminen ole enää järkevää tai mahdollista. Tällöin vaaroista aiheutuva riski voidaan luokitella hyväksyttäväksi (**hyväksytty riski**). Vaaran aiheuttamaa riskiä voidaan pitää yleisesti hyväksyttävänä todennäköisyyden ja seurausten näkökulmasta, jos

- vaaran esiintymistiheys katsotaan olevan tarpeeksi alhainen vaaran vakavuudesta riippumatta tai
- vaaran seurauksen vakavuus katsotaan olevan tarpeeksi alhaiseksi vaaran esiintymistiheydestä riippumatta.

Riskin merkittävyydestä päättäminen liittyy olennaisesti riskienhallintajärjestelmän vastuiden määrittelyyn. Jonkun tulee ottaa vastuu päätöksestä hyväksyä riski. Riskien arvioinnin toteuttaminen vaarojen tunnistamisesta riskin suuruuden määrittelyyn voidaan tehdä työntekijöiden, sisäisten asiantuntijoiden tai ulkopuolisten asiantuntijoiden toimesta, mutta toiminnan vastuuhenkilön tulee tehdä päätös siitä onko joku tunnistettu riski hyväksyttävä vai ei.

Mitä selkeämmin riskien suuruuden määrittelyn periaatteet on sovittu ja mitä yhtenäisempää arviointi on, sitä helpompaa on tehdä päätös riskien merkittävyydestä. Riskienhallinnan suunnittelussa voidaan valmiiksi sopia mikä on hyväksyttävä riskitaso. Esimerkiksi yllä esitetyn riskin suuruuden arviointimallin perusteella voidaan sopia, että alhaisen riskitason asiat eivät vaadi toimenpiteitä, kohtalaisen ja korkean riskitason asiat vaativat toimenpiteitä sovitulla aikavälillä ja äärimmäisen riskin aiheuttaville tekijöille on tehtävä jotain välittömästi ennen kuin toimintaa jatketaan.



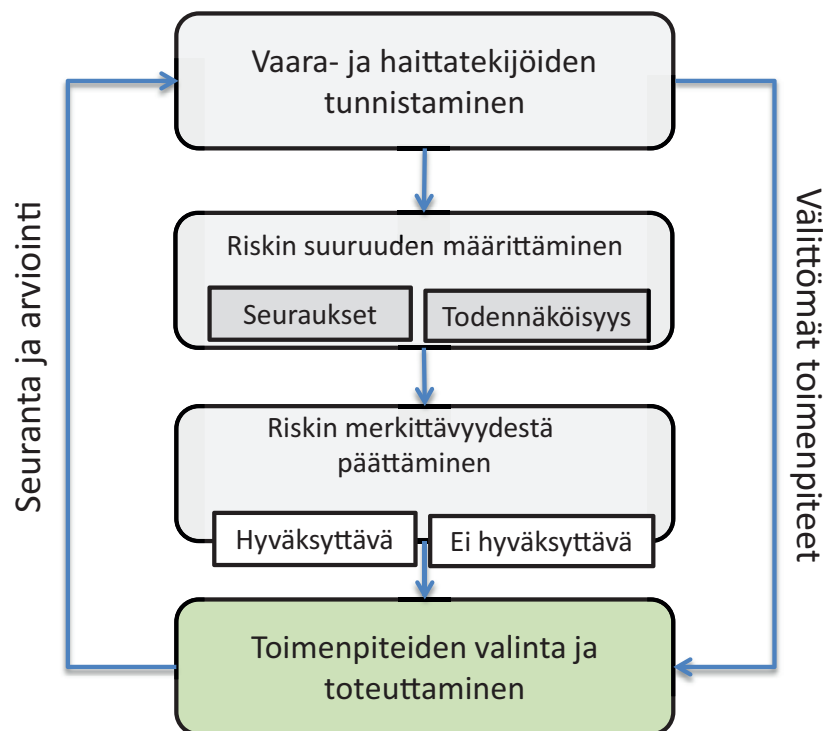
1–3	Alhainen riski: Ei vaadi toimenpiteitä <ul style="list-style-type: none">• Riski on niin pieni että toimenpiteitä ei tarvita
4–6	Kohtalainen riski: Edellyttää muutosta toiminnassa pitkällä aikavälillä (6 kk) <ul style="list-style-type: none">• Riskiä tulee pienentää• Toimenpiteet tulee mitoittaa ja aikatauluttaa• Jos seuraukset ovat vakavat, on tarpeen selvittää miten todennäköisyyttä voisi pienentää
8–12	Korkea riski: Edellyttää muutosta toiminnassa lyhyellä aikavälillä (1 kk) <ul style="list-style-type: none">• Riskin pienentäminen on välttämätöntä• Toimenpiteet tulee aloittaa nopeasti• Riskialtis toiminta on saatava muutettua nopeasti tai loppumaan kunnes riski on pienennetty riittävästi
15–25	Äärimmäinen riski: Edellyttää välitöntä muutosta toiminnan jatkamiseksi <ul style="list-style-type: none">• Riskin poistaminen on välttämätöntä• Toimenpiteet tulee aloittaa välittömästi• Riskialtis toiminta tulee lopettaa välittömästi eikä sitä saa aloittaa ennen kuin riski on poistettu

Kuvio 7. Riskin merkittävyys

Riskin merkittävyyttä voi arvioida myös etsimällä **yhteisriskejä**. Yhteisriskit ovat sellaisia, jotka esiintyvät samanlaisina useissa yksiköissä tai työpisteissä. Niiden merkittävyys on usein suuri sitä kautta että ne kohdistuvat laajempaan joukkoon ihmisiä ja sitä kautta niiden aiheuttama kokonaisriski on suuri, vaikka yksittäisen yksikön kannalta tekijä ei olisikaan yhtä merkittävä.

7 RISKIENHALLINNAN TOIMENPITEIDEN VALINTA JA TOTEUTTAMINEN

Kun riskin merkittävyydestä on päätetty, on sovittava tarvittavista toimenpiteistä. Riskien arvioinnin ideana on käyttää riskin suuruutta toimenpiteiden kohdistamisen perusteena. Suurimpien riskien pienentäminen tai poistaminen on etusijalla turvallisuustoimenpiteitä toteuttaessa.



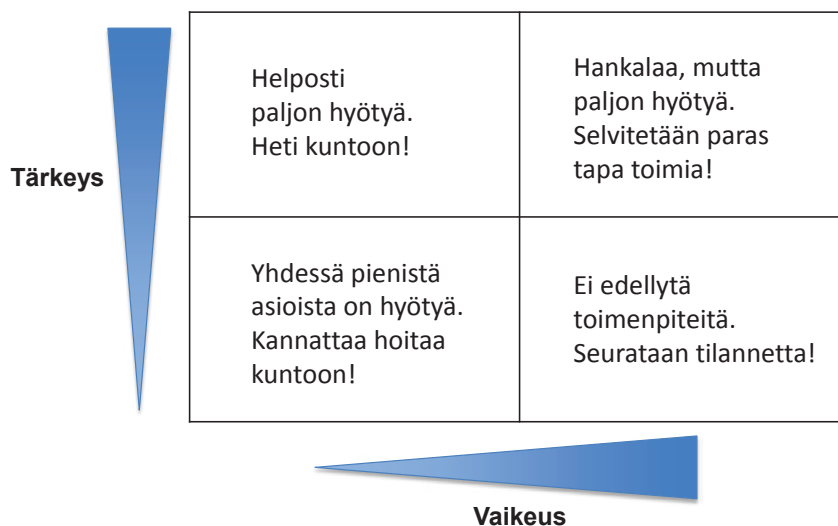
Kuvio 8. Toimenpiteiden valinta ja toteuttaminen

Riskin pienentämiseksi tehtävien toimenpiteiden toteuttaminen on osa riskienhallintaa. Tavoitteena on löytää parhaat mahdolliset keinot riskien pienentämiseksi. Toimenpiteen arvioinnissa on luontevaa tarkastella sen toteuttamisen mahdollisuuksia, kuten kustannuksia tai muita edellytyksiä, sekä toimenpiteen vaikuttavuutta. Pelkkä tiedottaminen tunnistetusta riskistä ei riitä toimenpiteeksi, jolla riskiä voidaan pienentää, vaan jotain pitää tehdä havaitulle vaaratekijälle ja joko pyrkiä poistamaan se tai vähentämään sen aiheuttamien seurausten todennäköisyyttä tai vakavuutta.

Otetaan esimerkiksi tilanne, jossa osaston riskikartoituksessa havaitaan, että yhdessä laitteessa on muista vastaavista laitteista poikkeava ominaisuus, joka saattaa tietystä tilanteesta johtaa vaaralliseen käyttövirheeseen. Riskin poistaminen kokonaan on mahdollista vaihtamalla laite samanlaiseksi kuin muut. Virheen mahdollisuus estettäisiin näin kokonaan.

Toinen vaihtoehto olisi pyrkiä vähentämään virheen todennäköisyyttä esimerkiksi liimamalla laitteeseen varoitustarra, joka muistuttaa käyttäjää laitteen poikkeavasta toiminnasta. Riskin suuruutta saataisiin pienennettyä todennäköisyyttä pienentämällä.

Kolmas vaihtoehto voisi olla siirtää laite sellaiseen paikkaan, jossa sitä käytettäisiin vähemmän kriittisiin toimenpiteisiin, joissa käyttövirheen seuraukset eivät olisi niin vakavat. Riskin suuruus pienenesi seurausten vakavuuden kautta.



Kuvio 9. Toimenpiteen merkityksen ja vaikeuden arviointi (Riskien arviointi työpaikalla, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työturvallisuuskeskus. 2013)

Kuvassa olevan taulukon avulla toimenpide-ehdotuksia voidaan arvioida niiden tärkeyden ja vaikeuden mukaan. Taulukon avulla toimenpiteet voidaan jakaa neljään luokkaan:

- A (Helppo ja tärkeä):** Helppoja toimenpiteitä, joilla saadaan paljon aikaan. Kannattaa hoitaa heti kuntoon.
- B (Vaikea mutta tärkeä):** Vaikeampia toimenpiteitä kuin A-kohdassa, mutta tärkeytensä takia tulee hoitaa kuntoon. Työ kannattaa kuitenkin suunnitella kunnolla ja etsiä kustannustehokkaita toimenpiteitä asian hoitamiseksi.
- C (Vähän tärkeä mutta helppo):** Toimenpide ei ole kovin tärkeä, mutta sen toteuttaminen on helppoa. Pieniä parannuksia kannattaa aina tehdä.
- D (Vähän tärkeä ja vaikea):** Liian hankaliin toimenpiteisiin ei kannata ryhtyä, mikäli toimenpiteillä saavutettava hyöty on vähäinen. Tilannetta on kuitenkin seurattava ja tarvittaessa arvioitava tilanne uudelleen.

Riskien hallinnassa tulisi miettiä toimenpiteitä toiminnan korjaamiseksi ja riskien pienentämiseksi, mutta myös vastaavien riskien syntymisen estämiseksi tulevaisuudessa. Tällöin toimenpiteiden määrittämiseksi tulee pohtia mikä organisaation toiminnassa on johtanut vaaran syntymiseen ja millä tavalla toimintaa pitää muuttaa jotta vastaavaa vaaraa ei synny uudestaan. Ennaltaehkäiseviä toimia riskienhallintaan voivat olla esimerkiksi:

- Laitteiden tai järjestelmien modifiointi ja turvallisuusergonomian parantaminen
- Prosessien selkeyttäminen ja kehittäminen
- Käyttöönottotestauksen parantaminen
- Henkilöstön koulutus- ja perehdytysohjelmien kehittämien
- Dokumentointi- ja tiedonsiirtotapojen kehittäminen
- Viestinnän ja tiedottamisen kehittäminen
- Työympäristön kehittäminen ja häiriöiden poistaminen
- Resurssien lisääminen ja/tai työnkuorman jakautumisen muuttaminen
- Työaikarajoitusten ja työvuorojärjestelyjen parantaminen
- Kunnossapito-ohjelmien kehittäminen
- Laadunvarmistusohjelmien kehittäminen

8 SEURANTA JA ARVIOINTI

Seurannan tavoitteena on valvoa ja arvioida toimenpiteiden toteutumista ja seurata tilanteen muuttumista. Toimenpiteiden jälkeen tulee arvioida uudelleen niiden riskien suuruus, joihin toimenpiteillä on ollut vaikutusta. Siten voidaan todentaa toimenpiteiden vaikuttavuutta turvallisuustasoon. Organisaation johdolle oleellinen tieto on riskitason nykytila, jonka tulisi jatkuvasti päivittyä organisaation riskirekisteriin.

Työ ja työympäristö muuttuvat, joten riskiarviointia on tehtävä säännöllisesti ja systemaattisesti. Säännöllisesti toistuvien riskien arviointien avulla on mahdollista havaita riskitason muuttuminen ja huomata uusien riskien syntyminen. Riskitason tarkka mittaaminen pelkän riskikartoituksen perusteella on kuitenkin hankalaa. Uusia riskejä voi syntyä jatkuvasti ja niitä voidaan säännöllisten arviointien lisäksi tunnistaa useiden muidenkin kanavien kautta, kuten aiemmin on esitetty. Yhtenä keskeisenä riskienhallinnan tehokkuuden arviointiperusteena kannattaakin käyttää sovittujen toimenpiteiden laatua, toteuttamista ja vaikuttavuutta.

Toimintayksiköiden johdolla on vastuu riskienhallinnasta ja turvallisuuden järjestämisestä. Johdon on huolehdittava, että toimintaympäristön olosuhteet mahdollistavat turvallisen työn tekemisen, sekä turvallisen ja laadukkaan hoidon. Johtamisen ja päätöksenteon tueksi tarvitaan riittävästi oikeaa ja ajantasaista tietoa sekä asianmukaiset sisäisen valvonnan järjestelmät.

LÄHTEET

European Agency for Safety and Health at Work – <http://osha.europa.eu>.

Healthcare risk assessment made easy. National Patient Safety Agency. 2007.

Maarit Outinen. Riskit hallintaan – Miten lähdän riskienhallinnan polulle?
Riskienhallinnan kehittämisprojekti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille
2004–2005. Stakes, Työpapereita 12/2005. Helsinki 2005. 57 sivua. ISBN 951-33-1652-1.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print –
Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere 2011.

Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon
johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15.
ISBN 978-952-00-3315-6 (PDF). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3315-6>.

Vincent, C. (edit) 2006. Clinical Risk Assessment.



www.potilasturvallisuusyhdistys.fi

