

# Johdon potilasturvallisuuskävelyt

(Patient Safety Leadership WalkRounds, IHI)

## TAVOITTEET

- johto kannustaa työntekijöitä havainnoimaan potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja kehittämään omaa työtään sen mukaisesti
- osoitetaan johdon sitoutuminen potilasturvallisuuden kehittämiseen
- toimii keinona parantaa potilasturvallisuuskulttuuria ja lisätä sekä työntekijöiden että johdon ymmärrystä potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista

## TOTEUTUS

- organisaation ylin johto ja keskijohto tekevät potilasturvallisuuskävelyjä
- ensisijaiset yksiköt, joissa kävelyjä tulisi suorittaa, ovat vuodeosastot, päivystyslinikka, teho-osasto, leikkaus- ja anestesiosasto, röntgen, lääkekeskus ja laboratorio
- tapahtuman koordinoi potilasturvallisuusvastuuhenkilö ja tapahtumasta laatii raportin ennalta sovittu henkilö (esim. osastonsihtööri)

## VALMISTAUTUMINEN

- yksiköt valmistautuvat kävelyyhin kokoamalla kaikki potilasturvallisuuteen liittyvät tiedot ja dokumentit yhteen ja valmistautuvat esittelemään oman potilasturvallisuustilanteensa johdolle (esim. HaiPro tilastot, asiakaspalautteet, vakavista vaaratapahtumista saadut suositukset, riskienarvioinnit, suunnitellut ja viime aikoina toteutetut kehittämistoimenpiteet, henkilökunnan esiin nostamat ongelmat, haasteet jne.)
- johtajat valmistautuvat kävelyyhin tutustumalla ohjeessa oleviin mallikysymyksiin, joita henkilökunnalle esitetään sekä kukin omaan rooliinsa kävelyllä

## TAPAHTUMAN KULKU

- tapahtuman kesto on 2 tuntia
- 1. tunti. Yksikkö esittelee oman potilasturvallisuustilanteensa, josta keskustellaan yhdessä. Tässä vaiheessa mukana johdon lisäksi mm. kaikkien ammattiryhmien esimiehet ja edustajat, potilasturvallisuusvastaavat, osastofarmaseutti, hygieniahoitaja
- 2. tunti. Kierretään yksikköä keskustellen henkilökunnan ja potilaiden kanssa. Käydään loppukeskustelu ja tehdään yhteenveto.

## JOHDON ESITTÄMIÄ KYSYMYKSIÄ

(malliesimerkkejä)

- Tuleeko mieleesi jokin tapahtuma viimeisen muutaman päivän aikana, joka olisi pitkittänyt potilaan sairaalassaoloaikaa tai potilaan hoitoprosessia tarpeettomasti?
- Mitä läheltä piti -tilanteita muistat viime päiviltä?
- Minkä haittatapahtuman luulet olevan seuraava, jonka työssäsi kohtaat?
- Mitä ympäristötekijöitä pidät todennäköisinä aiheuttamaan seuraavan vaaratilanteen?  
*Esimerkiksi hoitoon pääsy, sairaalaympäristö, ammattiryhmien välinen tiedonkulku ja tiedonkulku yleensä, tietotekniikka ja ohjelmistot*
- Mitä mielestäsi tämä yksikkö voisi tehdä parantaakseen potilasturvallisuutta?
- Mikä on mielestäsi pahin skenaario, jonka saatat kohdata työssäsi; miten se voitaisiin estää?
- Onko jotain, mitä me voisimme tehdä?

## LOPUKSI

- tehdään yhteenveto kävelyn tuloksista, kehitettävistä asioista ja määritellään vastuuhenkilöt kehittämistoimenpiteiden toteutukselle sekä sovitaan aikataulu toimenpiteiden toteuttamiseen
- tapahtumasta tehdään raportti ja se toimitetaan kävelyyhin osallistuneille
- yksikkö toimittaa sovittuun määräaikaan mennessä (3–6 kk) potilasturvallisuusvastaavalle raportin toteutetuista kehittämistoimenpiteistä.

## VASTUUT

- yksikön esimiehet vastaavat kehittämis-toimenpiteiden toteuttamisesta
- kävelyyhin osallistunut johto sitoutuu omalta osaltaan toteuttamaan potilasturvallisuuskävelyllä sovitut kehittämistoimenpiteet

## SEURANTA

- potilasturvallisuuskävelyllä esille tulleiden kehittämistoimenpiteiden toteutuksesta tai toteutuksen suunnitelmasta raportoidaan sovittuna aikana (3–6 kk) potilasturvallisuusvastuuhenkilölle
- raportoidut toimenpiteet käydään läpi myös seuraavalla potilasturvallisuuskävelyllä

