

This is an electronic reprint of the original article. This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Kotiin annettavien palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden käytänteet– kyselytutkimus julkisille ja yksityisille palveluntuottajille

Vaartio-Rajalin, Heli; Rauhala, Auvo; Kalliokoski, Jaana; Ikonen, Tuija

Published in:
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti

DOI:
[10.23990/sa.122139](https://doi.org/10.23990/sa.122139)

Published: 01/12/2023

Document Version
Final published version

Document License
Publisher rights policy

[Link to publication](#)

Please cite the original version:
Vaartio-Rajalin, H., Rauhala, A., Kalliokoski, J., & Ikonen, T. (2023). Kotiin annettavien palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden käytänteet– kyselytutkimus julkisille ja yksityisille palveluntuottajille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 60(4), 392-405. <https://doi.org/10.23990/sa.122139>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Kotiin annettavien palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden käytänteet – kyselytutkimus julkisille ja yksityisille palveluntuottajille

Tutkimuksen tavoite oli kartoittaa kotihoidon (kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä kotisairaalahoidon) asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteitä julkisten ja yksityisten palveluntuottajien parissa Suomessa. Webropol-kysely toteutettiin vuodenvaihteessa 2021–2022. Tutkimusjoukko kartoitettiin Valverin ja THL:n rekistereistä ja kysely osoitettiin kotihoito-organisaatioiden asiakas- tai potilasturvallisuusvastaaville henkilöille. Aineisto analysoitiin IBM:n SPSS-ohjelmalla, pääasiassa Fisherin testillä.

Vastanneiden edustamista organisaatioista ($n = 114$) 48% tuotti sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluja ja 45% edusti julkisen ja yksityisen palveluntarjoajan yhteistyötä. Kotihoiton henkilöstö koostui perus- tai lähihoitajista ja sairaanhoitajista (AMK). Asiakas-potilasturvallisuussuunnitelma oli suurimmassa osassa (89%) organisaatioista, ja suunnitelman sisältö vastasi pääosin annettuja säädöksiä. Myös asiakas- tai potilasturvallisuuden vastuualueet oli niissä tavallisesti määritelty, mutta monelta osin tilastollisesti merkitsevästi useammin ($p \leq 0,001$) julkisissa kuin yksityisissä palveluntuottajaorganisaatioissa. Kotihoiton asiakkaiden tai potilaiden ja heidän omaistensa osallistuminen turvallisuustyöhön mahdollistettiin pääasiassa yksilötason keinoin, kollektiiviset menettelyt olivat harvinaisempia.

Tässä aineistossa kotihoiton asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteet vaikuttivat rakenteiltaan noudattavan pääosin lakien vaatimuksia, etenkin julkisissa palveluntuottajaorganisaatioissa. Kotihoiton turvallisuusprosesseja on kuitenkin syytä pohtia valtakunnallisesti nyt, kun sote-integraatio edellyttää yhtenäistä asiakas- ja potilasturvallisuustyötä: miten asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelmissa huomioidaan turvallisuuden ulottuvuudet, palvelunsaajien osallisuus ja eri tahojen yhteistyö turvallisuuden varmentamisessa.

ASIASANAT: kotihoito, kotisairaanhoido, asiakasturvallisuus, potilasturvallisuus

HELI VAARTIO-RAJALIN, AUVO RAUHALA, JAANA KALLIOKOSKI, TUIJA IKONEN

YDINASIAT

- Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantumisen riski on kotihoidossa suuri
- Tässä aineistossa julkisten palveluntuottajien asiakas- tai potilasturvallisuuskäytänteet rakennetään kokonaisuutena (suunnitelmat, vastuutahot, turvallista toimintaa tukevan henkilöstöjohtamisen periaatteet) olivat osin kattavammat kuin yksityisten.
- Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota asiakas- ja potilasturvallisuusprosesseihin: turvallisuuden eri ulottuvuuksien varmentamiseen, julkisen ja yksityisen sektorin työnjakoon sekä eri tahojen yhteistyöhön kotihoidon kontekstissa. Tässä aineistossa asiakkaiden, omaisten sekä henkilöstön turvallisuustyöhön osallistumiseen oli käytössä vain yksilötason keinoja, mikä vähensi yhdessä oppimista.

JOHDANTO

Itsenäisen asumisen tukeminen kotona ja kotiin annettavien palvelujen kehittäminen kuuluvat hallituksen sosiaali- ja terveystalouden tavoitteisiin (1), mikä tarkoittaa kotihoidon lisääntyvää tarvetta.

Sosiaalihuoltolain (2) ja Terveystaloudellain (3) mukaan kuntien on järjestettävä kuntalaisille kotihoitoa eli kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoidon (4) väestön terveyden, hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn, sosiaalisen turvallisuuden, laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseksi ja säilyttämiseksi. Lisäksi Terveystaloudellaisissa (3) suositellaan kotisairaanhoidon eli jaksottaisen, tehostetun kotisairaanhoidon organisoimista kaiken ikäisille potilaille perusterveydenhuollon, somaattisen tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon, näiden yhdistelmän tai yksityisten tahojen tarjoamana. Tavoite on vähentää laitoshoidon määrää - samanaikaisesti kun hoito- ja hoivapalveluita tarvitsevien ikääntyvien määrä kasvaa ja kotihoidon asiakkaiksi ohjautuu yhä huonokuntoisempia asiakkaita.

Kotiin tarjottavat palvelut sijoittuvat nimensä mukaisesti kodin tai kodinomaisen asuinpaikan ja muun palvelu- tai hoitopaikan rajapinnalle. Kotiin annettaviin palveluihin saattaa kuitenkin olla haastavaa soveltaa hoito- ja hoivapalveluita edellytettyjä asiakas- ja potilasturvallisuuden rakenteita ja prosesseja. Georgan (5) mukaan asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantumisen riski

on kotihoidossa jopa 60% suurempi kuin laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän pirstoutuneisuuden ja palvelujen määrän, akuutin luonteen ja kompleksisuuden sekä ammattihenkilöiden koulutustaustan kirjavuuden lisääntyessä (6) on aihetta kohdistaa asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteiden tutkimusta myös kotiin annettaviin palveluihin erityisesti palvelujärjestelmän muutosvaiheessa.

Asiakasturvallisuuden ja potilasturvallisuuden määritelmät eroavat toisistaan, mutta ovat sisällöltään samankaltaisia. Sosiaalityössä asiakasturvallisuudella tarkoitetaan palveluiden järjestämistä, tuottamista ja toteuttamista siten, etteivät asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus vaarannu (7). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Tällöin potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta, sisältäen lääkitysturvallisuuden. (8.)

Sosiaali- ja terveystaloudellainin asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa korostetaan palvelujärjestäjien ja -tuottajien vastuuta potilasturvallisuuden varmistamisessa sekä turvallisuuden kokonaisvaltaisen hallinnan tärkeyttä. Lisäksi edellytetään muun muassa potilaiden ja asiakkaiden sekä heidän omaistensa osallisuutta, laadun ja potilasturvallisuuden sisällyttämistä osaksi organisaatioiden riskienhallintaa, palveluprosessin ja toimintatapojen turvallisuutta sekä laadun ja turvallisuuden seuranta. Strategian mukaan potilas- ja asiakasturvallisuusriskien arviointi tulisi olla säännöllistä ja ennakoivaa ja raportointi läpinäkyvää. (9.)

Kotiin annettavista palveluista ei ole kansainvälistä, tarkkaa määritelmää. Suomessa kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaisissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta (4) ja tavallista palveluasumista, kun taas tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskuksen vuodeosasto edustavat ympärivuorokautista hoivaa.

Kotipalvelu määritellään Sosiaalihuoltolaisissa (2) asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen

elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi tai niissä avustamiseksi. Kotipalvelua annetaan sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen edellä mainituista tehtävistä ja toiminnoista. (2.) Sosiaalihuoltolain vaatimukset asiakasturvallisuudesta perustuvat omavalvontavelvoitteeseen, eli sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. (2.)

Kotisairaanhoidon puolestaan on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jonka tarkoituksena on helpottaa potilaan kotiutumista sairaalahoitosta, helpottaa sairaan henkilön kotona selviytymistä ja tukea hänen omaisiaan sairaan henkilön hoitamisessa. Kotisairaanhoidon sisältävät erilaiset lääkärin määräämät toimenpiteet kuten näytteiden otot, mittaukset, lääkähoidon valvominen ja potilaan terveydentilan seuraaminen. Suurin osa kotisairaanhoidon asiakkaista on ikääntyneitä henkilöitä. (1.) Terveydenhuoltolain mukaan toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta, ja siinä on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (3.) Tämä pykälä korvautuu uudessa valvontalaissa, jossa säädetään tarkemmin omavalvontamenettelyistä hyvinvointialueilla.

Kotihoidon lisäksi on tarjolla kotisairaalahoidoa, joka määritellään Terveydenhuoltolain (2010) mukaan määräaikaiseksi, tehostetuksi kotisairaanhoidoksi eli sairaalatasen erikoissairaanhoidoksi potilaan kotona. Se kattaa kotisairaanhoidon komplisoituneempia, preventiivisiä, kuratiivisia tai palliatiivisia hoitotoimenpiteitä kuten laskimonsisäistä nesteytystä tai -lääkitystä infektio-, diabetes-, keuhko- syöpä- tai saattohoitopotilaiden hoitamiseen. Lisäksi kotisaira-

lahoittoon kuuluu potilaan tilan standardisoitu tarkkailu, sairauden pahenemisen ehkäiseminen sekä potilaan omaisille tarjottava tuki. Kotisairaala-apua järjestetään kaiken ikäisille potilaille ja se voidaan organisoida perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, niiden yhdistelmän tai yksityissektorin puitteissa. (3.)

Julkisen erikoissairaanhoidon keskeiset potilasturvallisuutta koskevat säädökset löytyvät terveydenhuoltolaista (3). Sen mukaan terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa koskeva suunnitelma, jossa on määriteltävä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuutahot, turvallista toimintaa tukevan henkilöstöjohtamisen periaatteet, menettelytavat, joilla henkilökunta osallistuu toiminnan kehittämiseen ja saa palautetta toiminnastaan sekä menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta havaitsemistaan potilasturvallisuuteen liittyvistä puutteista. Lisäksi suunnitelmassa tulee sopia, miten organisaatiossa ennakoidaan turvallisuus- ja laatuongelmia ja tunnistetaan turvallisuusriskit. Asetus edellyttää, että organisaatioilla on järjestelmä haitta- ja vaaratapahtumien tunnistamista ja raportointia varten ja että ne systemaattisesti seuraavat ja oppivat tällaisista tapahtumista. (3,10.) Myös muut säädökset (10–14) sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) (15), ovat jo vuosia edellyttäneet asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman olemassaoloa sekä yksityisiltä että julkisilta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoilta. Laki terveys- ja sosiaalipalvelujen valvonnasta (voimaan 2024) tulee merkittävästi vaikuttamaan omavalvontavelvoitteisiin (<https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/sosiaali-ja-terveydenhuollon-valvontaa-uidistetaan-esitys-valvontalaiksi-lausunnolla>).

Kotihoidon asiakas/potilasturvallisuus koostuu 1) fyysisestä ulottuvuudesta (kotiympäristön konkreettiset puitteet ja mahdolliset turvallisuusriskit kuten huono hygienia, huono ilmanlaatu, puutteellinen jätehuolto tai vaaralliset aineet) johon suurin osa kotiin annettavien palvelujen turvallisuustekijöistä kohdentuu: lääkehoito, infektioiden kontrollointi, ravitsemus, kaatumis- tai kompastumisriski, kompleksinen kliininen hoito ja hoidon koordinointi. Kotihoidossa esiintyy myös ainutlaatuisia vaaratekijöitä kuten esimerkiksi asiakkaan omaisten, kotieläinten tai naapu-

reiden ennakoimaton aggressiivisuus (16,17); 2) psyykkisestä tai emotionaalisesta ulottuvuudesta, johon liittyvät stressi, trauma ja epämukavuus kotona saatavaan tai osittain omaisen taholta tarjottavaan hoitoon liittyen, sekä 3) sosiaalisesta ulottuvuudesta, jotka liittyvät yhteisöjen ja sosiaalisten verkostojen sekä terveydentilan vaikutuksiin ADL-toimintoihin. (= Activities of Daily Living, päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen; 16,18,19.) Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä kotihoidon piirissä ovat myös 4) organisaatioiden välisen ja sisäisen tiedonkulun haasteet, sisältäen teknologian ja laiteturvallisuuden sekä palveluohjauksen aspektit (19,20). Uusimpana asiakas- ja potilasturvallisuuden osana on 5) taloudellinen turvallisuus (16). Nämä ulottuvuudet liittyvät toisiinsa erottamattomasti, ja ilmenevät potilaiden ja heidän omaistensa sekä työntekijöiden välisessä kommunikaatiossa ja vähän säädellyssä, osittain kontrolloimattomassa kotihoitokontekstissa, jossa sekä potilaiden, heidän omaishoitajiensa, että työntekijöiden kompetenssi ja autonomia joutuvat koetukselle (21). Kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuuden vaikuttavat myös työntekijöiden rajallinen turvallisuusosaaminen sekä vähäinen tai olematon valvonta. (16,17.)

Suomessa Valvira valvoo sekä kotisairaanhoidoa että kotisairaalahoidoa, mutta kansallisten kompetenssivaatimusten lisäksi kotisairaalassa toimiville henkilöille ei ole erityisvaatimuksia. Työnantajan tulee valvoa, että työntekijällä on tarvittava ammattitutkinto ja ammatilliset kompetenssit, etenkin lääkehoidossa ja laiteturvallisuudessa. Lisäksi THL voi antaa laatusuosituksia työntekijän lisäkompetensseista. Toisaalta tiedetään, että myös kotiin annettavien palvelujen parissa työskentelee laaja ja vaihtuva kirjo ihmisiä, joilla kaikilla ei ehkä ole riittävää ammatillista kompetenssia ja/tai riittäviä aikaresursseja (6,22,23) tähän monella tavalla vaativaan työhön. Suomen perushoitajaliitolle tehdyssä selvityksessä Erkkilä totesi jo 2018 (24), että kotihoidon henkilöstöresurssit ja asiakkaiden tarpeet eivät kohdanneet, mistä syystä 96 % kotihoidon työntekijöistä oli toistuvasti tai jatkuvasti huolissaan kotihoidon laadusta. Liian vähäisellä henkilökunnalla ei taata turvallista ja laadukasta kotihoitoa vanhuksille, ja kotona asuu ihmisiä, jotka eivät koe oloansa turvalliseksi (6).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulaitoksissa erilaiset haitta- ja vaaratapahtumat näkyvät palvelu- ja hoitoprosesseissa selkeämmin ja siksi ne usein analysoidaan systemaattisesti, kun taas kotona haitta- ja vaaratapahtumat saattavat jäädä havaitsematta, raportoimatta ja siksi myös analysoimatta, koska asiakkaat ja heidän läheisensä eivät välttämättä niitä huomaa. Kotihoidon turvallisuutta on aiemmin tutkittu potilaiden (25,26), omaisten (20), työntekijöiden (27,28) sekä työterveyden näkökulmista (29,30), mutta tietääksemme ei organisatorisesta näkökulmasta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon (kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä kotisairaalan) asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteitä Suomessa. Tutkimus rajattiin koskemaan asiakkaan/potilaan kotiin annettavia palveluja, ei siis palveluasumiseen liittyvää kotihoitoa. Tutkimuskysymykset laadittiin koskemaan turvallisuuskäytänteitä sekä 1. rakenteina että 2. prosesseina:

1. Missä määrin kotihoidossa on olemassa asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma ja missä määrin niissä huomioidaan vastualueet?
2. Missä määrin kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa on määritelty asiakas- tai potilasturvallisuuden ulottuvuudet, asiakkaiden tai potilaiden, heidän omaistensa osallisuus sekä henkilökunnan osallistuminen turvallisuustyöhön?

MENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena loppuvuodesta 2021 ja alkuvuodesta 2022. Tutkimusajankohta valittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ensimmäisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian (2017-2021) (9) päättymiseen, jotta voitaisiin hahmottaa juuri tällöin vallitsevaa tilannetta.

TUTKIMUSPOPULAATIO JA KYSELYN SUORITTAMINEN

Tutkimusjoukoksi kartoitettiin Valverin ja THL:n rekisterin mukaan 3089 kotihoitoa tarjoavaa organisaatiota, joista yksityisiä kotisairaanhoidoita tai kotisairaalaorganisaatioita oli rekistereiden mukaan 564, yksityisiä sosiaalialan kotipalveluorganisaatioita 2098, julkisia kotisairaanhoidon tai kotipalvelun organisaatiota 357 ja julkisia koti-

sairaaloita 70. Näistä 263 poistettiin otoksesta, sillä ne tarjosivat kotipalvelua siivouksen, jalkahoidon tai kampaamon oheistuotteena, tai rajautuivat palliatiiviseen tai pediatriiseen kotisairaala-hoitoon.

Syyskuussa 2021 sähköinen kysely lähetettiin 2826:lle kotihoidon organisaatiolle ja osoitettiin kotihoitoa tarjoavien organisaatioiden asiakas- tai potilasturvallisuustavalle henkilöille, jotka ohjeistettiin vastaamaan kyselyyn yhdessä mahdollisen asiakas- tai potilasturvallisuustiimin kanssa. Loppuvuoden 2021 aikana, kahdesta muistutusviestistä huolimatta, vastausten määrä oli alhainen, todennäköisesti COVID-pandemian vuoksi. Koska kahden eri rekisterin yhdistäminen (Valverin ja THL:n kotihoidon rekisterit) oli saattanut vaikuttaa tutkimusjoukon hahmottamiseen, tehtiin joulukuussa 2021 täydentävä pienimuotoinen kysely tutkimusjoukolle, jossa organisaatiolistalta valittiin joka 50. ja puhelimitse tiedusteltiin, antaako se edelleen kotihoidon palveluja. Näistä 23 ilmoitti, ettei enää tarjoa kotihoidon palveluita, ja usea muu, että heillä on useita kotihoidon palveluja yhtäaikaista (esimerkiksi kotisairaanhoidoa ja kotisairaalahoidoa). Tämän perusteella tutkimusjoukon kooksi estimoitettiin 1526 organisaatiota (95% luottamusvälillä, 1136-1916).

MUUTTUJAT

Aineistonkeruu suoritettiin nimenomaista tutkimusta varten kehitetyllä strukturoidulla kyselylomakkeella, sillä kotiin annettavien palvelujen asiakas- tai potilasturvallisuuden kartoittamiseen ei ole olemassa validoituja mittareita palvelutarjoajien näkökulmasta. Ainoat tähän kontekstiin liittyvät validoidut mittarit (31,32) kohdistuvat kotihoidon henkilökunnan näkemyksiin siitä, missä määrin potilasturvallisuuskulttuuri heidän organisaatioissaan toteutuu suhteessa tiettyihin tekijöihin kuten työstressiin, moniammatillisuuteen, hoitotyön johtajan tukeen jne. Kysely oli saatavissa sekä suomeksi että ruotsiksi, ja sisälsi asiakas/potilasturvallisuusstrategian sekä aihetta koskevien lakien ja asetusten viitoittamia kysymyksiä asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelmiin liittyen. Kysely koostui 11 taustakysymyksestä (mm. kotihoidon tyyppi, palvelutarjoajan tyyppi, asiakasmäärä, henkilökuntarakenne jne.) sekä asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman rakennetta ja sisältöjä kuten siinä määriteltyjä

vastuualueita, sekä turvallisuusprosesseja (seitsemän kysymystä, vastausvaihtoehdot 1 = Kyllä, 2 = Osittain, 3 = Ei ja 4 = Ei kuulu meille; sekä yksi avoin kysymys). Lisäksi kyselyssä oli 14 kysymystä ainoastaan kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon edustajille liittyen potilasturvallisuustyön menetelmiin.

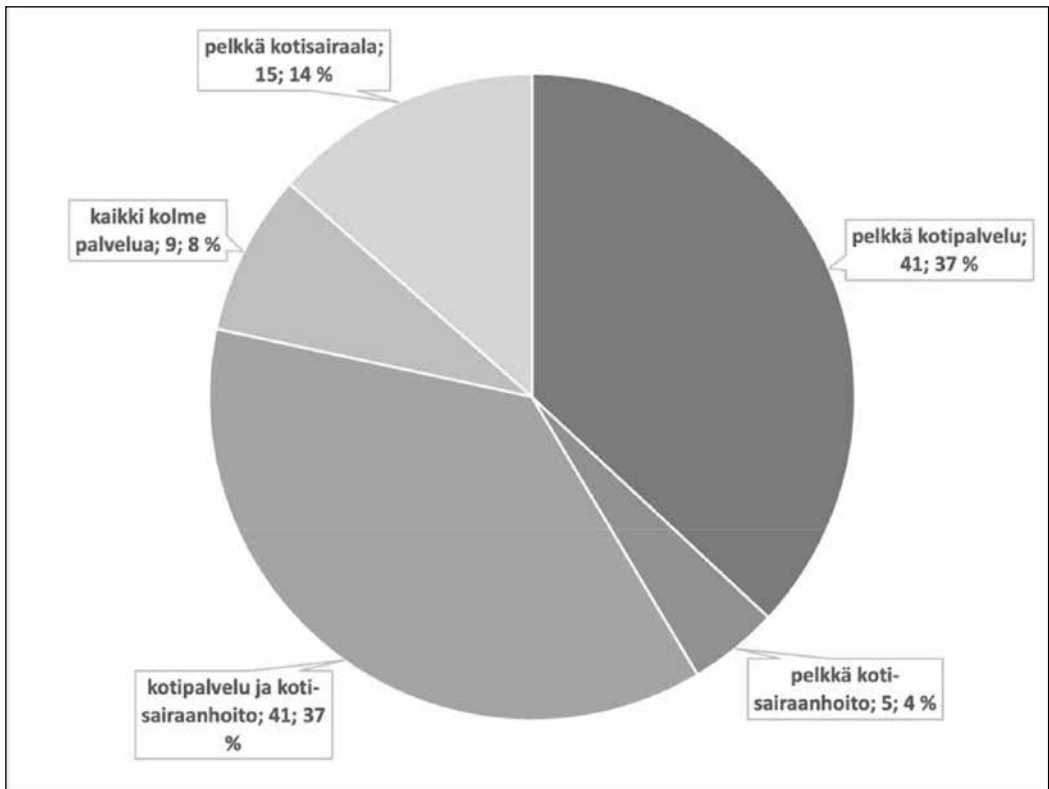
ANALYYSI

Analyseissä neljä vastausvaihtoehtoa yhdistettiin Microsoft Excelissä kaksiluokkaiseksi siten, että kyllä- ja osittain-vastaukset koodattiin kyllä-vastauksiksi, loput ei-vastauksiksi. Henkilökunnan osallistumista asiakas- ja potilasturvallisuustyöhön kuvaavista 12 osallistumuudosta tuotettiin lisäksi summamuuttuja, joka oli niiden kysymysten summa, joihin oli annettu kyllä- tai osittain-vastaus. Aineisto analysoitiin IBM SPSS tilasto-ohjelmalla versio 28.

Laadullisista muuttujista raportointiin frekvenssit ja prosenttiosuudet, määrällisistä keskiarvo. Kaikki prosentit esitetään ns. valideina, eli puuttuvia vastauksia ei lasketa mukaan. Kaikki merkitsevyytestaukset tehtiin kahdensuuntaisina. P-arvoissa käytettiin tilastollisen merkitsevyyden rajana $<0,05$ ja väliestimaatteina käytettiin 95% luottamusvälejä. Tilastollisissa testauksissa käytettiin nominaaliasteikollisten muuttujien analyyseissä Fisherin testiä ja määrällisten muuttujien analyyseissä Mann-Whitney U -testiä. Koska tutkimus oli luonteeltaan eksploratiivinen, ei monitestauskorjauksia tehty (33).

Tässä tutkimuksessa tuloksia raportoidaan ja verrataan pääsääntöisesti palveluntuottajista sektorin ja sijainnin mukaisesti muodostettujen viiden ryhmän välillä: yliopisto- tai keskussairaala- ja kuntien julkiset palveluntuottajat; muiden kuntien julkiset palveluntuottajat; yliopisto- tai keskussairaala- ja kuntien yksityiset palveluntuottajat; muiden kuntien yksityiset palveluntuottajat; yksityiset valtakunnalliset tai alueelliset palveluntuottajat.

Tutkimuksen empiirisessä aineistonkeruuvaiheessa, analyysivaiheissa ja tutkimustulosten raportoinnissa noudatetaan kansainvälisiä (34) ja kansallisia (35) eettisiä linjauksia (salassapitovelvollisuus, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, anonymiteetti, oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen, rehellisyys). Jokaiselta vastaajalta kysyttiin kirjallinen tietoinen suostumus täytetyn kyselylomakkeen muodossa.



Kuvio 1. Tutkimukseen vastanneiden edustamat kotihoidon organisaatiotyypit ja niiden yhdistelmät. Kuvatekstisuorakulmioissa lukuina lukumäärät ja prosenttiosuudet.

TULOKSET

KOTIHOIDON PALVELUNTARJOAJIEN KUVAUS

Tutkimukseen vastanneiden edustamista kotihoidon organisaatioista (n = 114) tarjosi pelkkää kotipalvelua 41 (37%), pelkkää kotisairaanhoidoa 4 (4%), molempia edellä mainittuja 41 (37%), pelkkää kotisairaalahoidoa 15 (14%) sekä kaikkia kolme palvelutyyppeä 9 (8%), tyhjiä vastauksia oli 3. **Kuvio 1.** Pelkkää kotipalvelua oli vastanneiden organisaatioista tilastollisesti merkitsevästi enemmän yksityisillä palveluntuottajilla etenkin keskus- ja yliopistosairaalakunnissa, kun niissä julkiset palveluntuottajat vastaavat kotisairaanhoidosta sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistelmistä (p=0,001).

Vastanneiden organisaatioista lähes puolet (45%) edusti julkisen ja yksityisen palveluntuottajan yhteistyötä (kts. **Taulukko 1**). Kuten todettu, sama vastaajataho saattoi kuitenkin tarjota useampaa eri palvelua. Kaikista 114 vastannees-

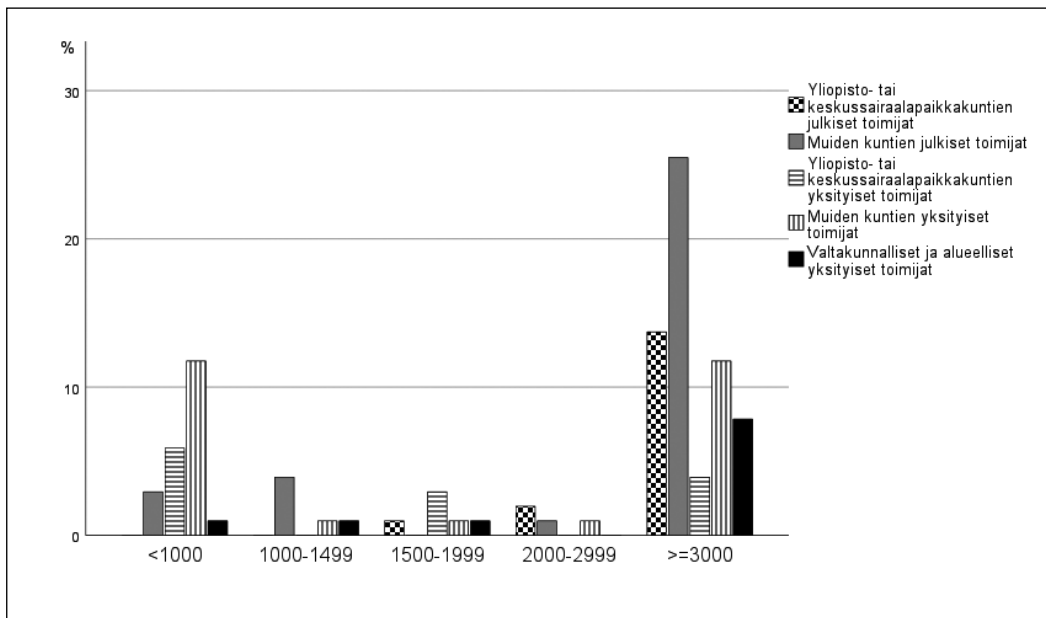
ta yhteensä 96:lla (84%) oli sosiaalihuollon palveluja, 73:lla (64%) terveydenhoidon palveluja jolloin yhdistetyt sosiaali- ja terveydenhuolto olivat edustettuina 55:llä (48%).

Palvelun tuottajana toimi yksityinen (n = 55, 48%), kunta (n = 36, 32%), kuntayhtymä (n= 16, 14%) tai sairaanhoitopiiri (n = 3, 3%). Valtakunnallisia palveluntuottajia oli otoksessa 9 (9%), usealla paikkakunnalla toimivia 2 (2%), molemmat ryhmät koostuivat vain yksityisistä palveluntuottajista. Keskussairaalakunnissa toimivia 17 (16%), yliopistosairaalakunnissa toimivia 13 (13%) ja muissa kunnissa toimivia 63 (61%), näistä paikallisista toimijoista vajaa puolet (40, 43%) oli yksityisiä.

Kotihoidon vuosittaisten asiakaskäyntien määrä organisaatioissa vaihteli alle 1000:sta vuosittaisesta käynnistä (n = 22, 22% vastanneista) yli 3000:een (n = 64 vastaajaa, 63%). Näistä pienet, alle 1000 käynnin yksiköt olivat valtaosin yhdellä paikkakunnalla toimivia yksityisiä yrityk-

Taulukko 1. Organisaation tyyppi (tyhjiä vastauksia 4 kpl)

Organisaation tyyppi	Julkinen n=55 (%)	Yksityinen n=55 (%)	Yht n=110 (%)
Julkinen erikoissairaanhoido	4 (7)	0 (0)	4 (4)
Julkinen perusterveydenhuolto	27 (49)	5 (9)	32 (29)
Julkinen sosiaalihuolto	29 (53)	26 (47)	55 (50)
Yksityinen julkisrahoitteinen perusterveydenhuollon palvelutuotanto	12 (22)	5 (9)	17 (15)
Yksityinen julkisrahoitteinen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto	1 (2)	0 (0)	1 (1)
Yksityinen julkisrahoitteinen sosiaalihuollon palvelutuotanto	13 (24)	19 (35)	32 (29)
Julkisen ja yksityisen yhteistyö	14 (25)	35 (64)	49 (45)
Tyhjiä: vastaajaorganisaation tyyppi			12 (11)
Tyhjiä: palvelujen tuottaja julkinen/yksityinen			4 (4%)



Kuvio 2. Vuosittaisten asiakaskäyntien prosentuaalinen jakautuminen palveluntuottajien sektorin ja sijainnin mukaisessa viidessä ryhmässä.

siä, kaikissa muissa ryhmissä sen sijaan yli kolme neljännestä oli suurempia, yli 3000 vuosittaisen käynnin palveluntuottajia. Kts. **Kuvio 2**.

Kotihoidon organisaatioissa pääasialliset ammattinimikkeet olivat perus/lähihoitaja (keskiarvon vaihteluväli palveluntuottajien sektorin ja

sijainnin mukaisessa viidessä ryhmässä 3 – 109/organisaatio), ja sairaanhoitaja AMK (ka 0,4 – 2,5/organisaatio vastaavissa viidessä ryhmässä). Hoitoapulaisia, kodinhoitajia, opistoasteen koulutuksen saaneita sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, ylemmän amk-tutkinnon suorittaneita

sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia ei vastaajien edustamissa organisaatioissa ollut kuin jaettuna toimena tai virkana kotihoidon ja muun hoidon välillä, kuten ei myöskään sosionomeja, geronomeja, fysioterapeutteja eikä kuntoutusohjaajia. Lääkäreitä oli ka 0,3/organisaatio. Keskussairaala- ja yliopistosairaalakunnissa julkisella puolella asiakas- tai potilasturvallisuudesta vastaavat henkilöt olivat pääasiassa ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita, ja yksityispuolella amk-tutkinnon suorittaneita ($p = 0,001$).

KOTIHOIDON ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUSKÄYTÄNTEET RAKENTEINA

Asiakas- tai potilasturvallisuutta tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet oli määritelty 82 (85%) organisaatioissa, turvallisen hoidon, hoidon ja palvelun edellyttämät henkilöresurssit 79 (83%) ja henkilöstön osaamisen varmistamisen menetelmät 86 (91%) organisaatioissa. Niiden sisältöä ei tässä kyselyssä tarkasteltu. Tässä aineistossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa vastanneiden edustamien palveluntuottajien sektorin ja sijainnin mukaisten viiden ryhmän välillä.

Asiakas/potilasturvallisuussuunnitelmissa oli vastaajien edustamissa organisaatioissa määritelty vastuualueet omavalvonnalle 88 (92%), rekisteritietovalvonnalle 82 (87%), hoitohenkilökunnan toiminnan valvonnalle 80 (85%), asiakirjavalvonnalle 78 (83%), asiakaskyselyjen ja -ilmoitusten valvonnalle 77 (83%), työntekijäkyselyjen ja -ilmoitusten valvonnalle 68 (73%), sopimusvalvonnalle 66 (72%), ostopalveluiden valvonnalle 67 (71%), ja lääkäreiden toiminnan valvonnalle 53 (46%) organisaatioissa. Näistä työntekijäkyselyjen ja -ilmoitusten valvontavastuu oli määritelty useammin julkisissa palveluntuottajaorganisaatioissa kuin yksityisissä organisaatioissa (85 % vs. 64 %; $p = 0,021$). Samoin oli tilanne myös lääkäreiden toiminnan valvonnan suhteen (94 % vs. 24 %; $p < 0,001$).

KOTIHOIDON ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUSKÄYTÄNTEET PROSESSEINA

Kotihoidon asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelma oli olemassa (ainakin osittain) suurimmassa osassa ($n = 91$, 89%) vastaajatahoista, ja se sisälsi fyysisen turvallisuuden ulottuvuuden 90 organisaatioissa (89%), psyykkisen turvallisuuden 89 (88%) organisaatioissa, sekä sosiaalisen että tiedollisen turvallisuuden (molemmat) 87 (86%)

organisaatioissa ja taloudellisen turvallisuuden 60 (59%) organisaatioissa. Asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolon tai sen kattamien ulottuvuuksien suhteen tässä aineistossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa vastanneiden edustamien palveluntuottajien sektorin ja sijainnin mukaisten viiden ryhmän välillä.

Asiakkaiden tai potilaiden osallisuutta vahvistavia menettelyjä käytettiin kotihoidon organisaatioissa seuraavasti: palvelu- tai hoitoneuvotteluja asiakkaan kanssa käytti 85 (89%), asiakkaiden epäkohtailmoituksia 83 (86%), asiakaskyselyjä 80 (83%), ja potilas- tai asiakasraateja 27 (29%). Asiakkaiden tai potilaiden omaisten osallisuus turvallisuustyössä oli hieman harvinaisempaa: omaisten kanssa tehtäviä palvelu- tai hoitoneuvotteluja käytti 85 (89%), omaisten ilmoituksia 69 (73%), omaiskyselyjä 61 (66%) ja asiakasraateja, joissa omaiset osallisena, vain 27 (29%). Niiden suhteen tässä aineistossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa vastanneiden edustamien palveluntuottajien sektorin ja sijainnin mukaisten viiden ryhmän välillä.

Henkilökunnan osallistuminen asiakas- ja potilasturvallisuustyöhön vaihteli aktiivisesta huoli- ja epäkohtailmoitusten tekemisestä passiivisempaan ohjaus- ja valvontakäynteihin tai turvallisuuskävelyihin osallistumiseen. (Taulukko 2.) Näistä 12:sta osallistumuodosta kahdeksassa oli tilastollisesti merkitseviä eroja julkisesti tuotetun kotihoidon hyväksi. Kun osallistumuodot yhdistettiin summamuuttujaksi, tilastollisesti merkitsevä ero vahvistui myös Mann-Whitney U-testillä ($U = 793,5$, $p < 0,001$). Yksityisellä sektorilla valtakunnallisten ja alueellisten yritysten osallisuusmuodot olivat kuitenkin samaa tasoa julkisen sektorin tuottajien kanssa ja erot johtuivat siten paikallisesti toimivista pienemmistä yksityisistä toimijoista

POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa, miten kotihoidon (kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä kotisairaalan) asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteitä on organisoitu Suomessa. Tämä kuvaileva poikkileikkaustutkimus on tietääksemme ensimmäinen selvitys aiheesta, ja antaa arvokasta tietoa tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyörakenteiden, vastuiden ja tuloksellisuuden muutosten odotetaan onnistuvan yhtäaikaa väestön ikäänty-

Taulukko 2. Henkilökunnan osallistuminen asiakas-/potilasturvallisuustyössä osallistumismuotojen

Osallistumismuoto	Kaikkiaan organisaatioista n/kaikki (%)	Julkisen palveluntuottaja n/kaikki (%)	Yksityinen palveluntuottaja n/kaikki (%)	p-arvo
Huoli-ilmoitusten tekeminen	88/104 (85)			NS
Epäkohtailmoitusten tekeminen	86/102 (84)			NS
Työntekijäpalautteen kirjoittaminen	86/101 (85)	48/51 (94)	38/50 (76)	0,012
Henkilökuntailmoitusten tekeminen	79/101 (78)	45/51 (88)	34/50 (68)	0,017
HaiPro-järjestelmän hyödyntäminen	66/99 (67)	41/51 (80)	25/48 (52)	0,005
Johdon katselmuksiin osallistuminen	65/101 (64)	41/51 (80)	24/50 (48)	0,001
Suunnitelmallisiin ohjaus- ja valvontakäynteihin osallistuminen	64/102 (63)	38/51 (75)	26/51 (51)	0,02
Reaktiivisiin ohjaus- ja valvontakäynteihin osallistuminen	47/98 (48)	30/50 (60)	17/48 (35)	0,02
RAI-indikaattoreiden käyttäminen	44/96 (46)	29/49 (59)	15/47 (32)	0,008
Turvallisuuskiertoihin osallistuminen	43/99 (43)			NS
Potilasturvallisuustyöryhmiin osallistuminen	41/99 (41)	29/51 (57)	12/48 (25)	0,002
Asiakas/potilasturvallisuuskävelyihin osallistuminen	39/99 (39)			NS

misen ja moniongelmaisuuksien, valtiontalouden säästöbudjetin sekä koulutetun hoitohenkilökunnan puutteen kanssa. Vastaajien edustamista organisaatioista lähes puolet tuotti sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja ja suuri osa harjoitti yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välistä yhteistyötä. Useimmilla organisaatioilla asiakas- ja potilasturvallisuuden vastuut ja menettelyt olivat kuvattu säädösten mukaisesti, mutta erityisesti asiakkaiden ja omaisten osallisuuden sekä henkilöstön osallistumisen keinot olivat yksilökeskeisiä.

Kotiin annettaville palveluille on suuri tarve, sillä suurin osa (yli 93%) yli 75-vuotiaista asuu edelleen kotonaan (36), mutta tarvitsee enenevässä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon ajoitaisia tai jatkuvia palveluja kotonaan. Kotihoidon käyntejä oli vuonna 2019 THL:n mukaan yhteensä 31 miljoonaa. Tässä tutkimuksessa yli puolella kyselyyn vastanneiden edustamista organisaatioista oli yli 3000 vuosittaista asiakaskäyntiä, etenkin julkisten palveluntuottajien kotihoidossa keskussairaala- ja yliopistosairaalakunnissa. Koska aineistomme analyysin mukaan

yksityiset palveluntuottajat vastasivat keskussairaala- ja yliopistosairaalakunnissa pääasiassa kotipalvelusta, voidaan olettaa, että julkisten palveluntuottajien vastuulla oli näissä pääosin kotisairaanhoidon ja/tai kotisairaala-apalvelut. Kotipalvelu edellyttää yleensä yhdestä kolmeen käyntiä päivässä, kun taas kotisairaanhoidon ja kotisairaala-hoidon edellyttävät usein kahdesta kuuteen käyntiä vuorokaudessa, mikä vie huomattavasti aikaa hoitohenkilökunnalta ajomatkoineen ja kirjaamisineen (23). SOTE-uudistuksen puitteissa hyvinvointialueiden tulisi siis tarkkaan suunnitella, mitkä palveluntuottajat vastaavat mistäkin kotihoidon osa-alueesta, sekä miten heidän yhteistyönsä toteutetaan järkevästi, painottaen asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuuskäytänteet ovat ainakin osittain olemassa lainsäädännön edellyttäminä rakenteina, mitä tulee kotihoidon henkilökuntarakenteeseen, asiakas- ja potilasturvallisuuden vastuualueisiin sekä henkilöstöjohtamisen periaatteisiin. Tässä aineistossa perus- ja lähihoitajat olivat ylivoimaisesti suurin kotihoidon ammatti-

ryhmä sekä kotipalveluissa, kotisairaanhoidossa että kotisairaalassa. Pidemmän tai erityiskoulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden osuus oli vähäinen. Saattaa olla, että perus- tai lähihoitajien suuri määrä on seurausta siitä, ettei muita ammattiryhmiä ole saatu rekrytoitua kotihoidon virkoihin, tai sitten virat olivat nimenomaan perus- tai lähihoitajille. Tällainen henkilökuntarakenne saattaa olla haastava (22), kun iäkkäiden, monisairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden määrä kotihoidossa kasvaa. Kotikäynnit kestävät yleensä melko lyhyen aikaa, ja tuossa ajassa ammattilaisen tulisi kohdata sekä asiakas että hänen mahdolliset läheisensä, hoitaa yhtäaikaan sekä kliinisiä että ohjauksellisia tehtäviä sisältäen erilaisten riskien havainnoinnin ja asiakkaan moniulotteisen kuntouttamisen, sekä tarkkailla kotiympäristön turvallisuutta ja reagoida sekä proaktiivisesti että reaktiivisesti erilaisiin ughiin. (23.) Lääkäreitä oli tässä aineistossa hyvin vähän, eli vaikka kotihoidossa toimii lääkäreitä, heidän virkansa on usein jaettu esimerkiksi terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä, mikä haastaa edelleen kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuutta: digikonsultaatiot eivät voi korvata asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista, ja digikonsultaation pyytäminen edellyttää kotikäynnin tekevältä henkilöltä sekä kliinistä analyysiä, päätöksentekoa että aloitekykyä. Yhtenä ratkaisuna tähän voisi olla kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan maisteri- tai YAMK-tutkinnon suorittaneiden rekrytoiminen kotihoitoon vastaamaan hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman kliinisestä tasosta sekä palvelujen koordinoimisesta kuten esimerkiksi Englannissa. Osalla heistä on myös rajattu lääkkeenmääräoikeus, mikä vähentäisi lääkäriyön tarvetta.

Tämän tutkimuksen perusteella kotihoidon asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelma oli (ainakin osittain) olemassa (2,3,16) useimmilla vastanneilla organisaatioilla, tai sen laatiminen on meneillään. Useimmissa kotihoidon asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelmissa on vastaajien mukaan määritelty (ainakin osittain) myös asiakas- tai potilasturvallisuutta tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet, turvallisen hoidon, hoivan ja palvelun edellyttämät henkilöresurssit ja henkilöstön osaamisen varmistamisen menettelmät (9). Vastuu työntekijäkyselyjen ja -ilmoitusten valvonnasta oli määritelty tilastollisesti merkitsevästi useammin julkisissa palveluntuot-

tajaorganisaatioissa kuin yksityisissä, samoin kuin lääkäreiden toiminnan valvonta. Tämä saattaa viitata selkeytymättömiin tai puutteellisiin rakenteisiin organisaatioiden sisäisessä laadunvarmistuksessa, mikä pahimmillaan johtaa vähäiseen tai olemattomaan valvontaan (17,18) – ainakin jos myös ulkoinen laadunvarmistus eli esimerkiksi ohjaus- ja valvontakäynnit puuttuvat. Aikaisemmin raportoimiemme (37) tutkimustulosten mukaan vastuu asiakas- tai potilasturvallisuuskulttuurista kotihoidossa katsotaan kuuluvan useimmiten ylemmälle johdolle, kun organisaatioiden omistajille osoitetaan vastuu asiakas- tai potilasturvallisuuskulttuurin strategisesta johtamisesta, ja lähiesimiehille vastuu turvallisuuden jokapäiväisestä johtamisesta. Näissä kaikissa tehtävissä tarvitaan tiedolla johtamista eli jatkuvaa prosessien ja niiden taustalla vaikuttavien rakenteiden, sekä tulosten monitorointia. Yksityisten heikompa tulosta saattaa myös selittää se, että vastaajien joukossa oli hyvin pieniäkin sosiaalipalvelujen tuottajia.

Kun asiakas- ja potilasturvallisuuskäytäntä tarkastellaan prosesseina, kuten asiakas- tai potilasturvallisuuden ulottuvuuksina, asiakkaiden tai potilaiden sekä heidän omaistensa osallisuutena sekä henkilökunnan osallistumisena turvallisuustyöhön, on kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuudessa vielä kehitettävää. Tämän tutkimuksen perusteella kotihoidon asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelmissa huomioidaan asiakas- ja potilasturvallisuuden ulottuvuudet (11–15) ainakin osittain, mutta taloudellinen turvallisuus muita harvemmin (9,17). Tämä saattaa osittain johtua asiakas- ja potilasturvallisuuden määritelmien eroista sosiaali- ja terveysaloilla. Kotihoidon palveluissa olisi välttämätöntä kiinnittää huomioita myös taloudelliseen turvallisuuteen, etenkin kun asiakkaista suuri osa eläkeläisiä ja/tai monisairaita, jotka saattavat olla taloudellisesti hyvin haastavassa tilanteessa.

Vastausten mukaan kotihoidon asiakas- tai potilasturvallisuussuunnitelmissa oli useimmiten määritelty asiakkaiden tai potilaiden ja heidän omaistensa osallisuus sekä henkilökunnan osallistuminen turvallisuustyöhön (7), mutta osallisuus mahdollistettiin melko suppealla menetelmävalikolla. Asiakkaiden tai potilaiden osallisuus toteutui pääasiassa hoito- ja palveluneuvotteluiden tai kyselyiden kautta. Kuitenkaan läheskään kaikissa organisaatioissa ei oltu

määritely kenelle vastuu asiakaskyselyjen ja -ilmoitusten valvonnasta kuuluu, ja sen myötä esiin tulleiden asiakas- tai potilasturvallisuushaasteiden käsittelemisestä. Koska kansalaisten ja palveluiden käyttäjien osallisuus ja palvelumuotoilu ovat olennaisia uusien SOTE-palveluiden rakenteiden ja prosessien arvioinnissa sekä tulosten seurannassa, tulisi heidän osallisuutensa mahdollistaa monipuolisesti, esimerkiksi asiakasraatien kautta. On huomattava, että myös sellaisilla henkilöillä, joilla ei vielä ole kotihoidon tarvetta, mutta muuten kuuluvat todennäköiseen kohdeyhmään, on usein arvokas näkemys siitä, miten palvelut tulisi järjestää (37). Myös kotihoidon asiakkaiden tai potilaiden omaisten osallisuuden mahdollistavat menetelmät, muutkin kuin tässä aineistossa vallitsevasti käytetyt palvelu- tai hoitoneuvottelut, epäkohtailmoitukset ja asiakaskyselyt, ovat tärkeä osa asiakas- ja potilasturvallisuutta: kun kotihoidon asiakkaiden ikä ja kunto heikkenevät ja muistisairaudet yleistyvät, tarvitaan asiakkaiden ja potilaiden turvallisuuden ylläpitämiseen heidän omaistensa aktiivista osallisuutta.

Henkilökunnan osallistuminen asiakas- ja potilasturvallisuustyöhön oli tässä aineistossa pääasiassa ennakoivaa kuten erilaisten huoli- ja epäkohtailmoitusten kirjoittaminen. Reaktiiviset menetelmät kuten HaiPro-järjestelmän käyttäminen tai reaktiivisiin ohjaus- ja valvontakäynteihin osallistuminen oli harvinaisempaa. Saattaa olla, että vastaajaorganisaatioissa silti käytettiin näitä turvallisuustyön menetelmiä, mutta vain asiakas- tai potilasturvallisuusvastaavien tai -työryhmän taholta ilman muun henkilökunnan osallistumista. Olisi kuitenkin tärkeää integroida asiakas- ja potilasturvallisuustyö osaksi jokaisen henkilökunnan jäsenen arkipäivää, myös opiskelijoiden ja sijaisten kohdalla, ja lisätä mahdollisuuksia oppia yhdessä vaaratilanteista. Erilaisten ilmoitusten kirjaaminen jää usein yksilön viitseliäisyyden ja aikaresurssien varaan, mutta jos kotihoidon käynneillä järjestettäisiin turvallisuuskävelyitä tai -kiertoja (17) tai turvallisuustyöryhmä, joihin henkilökunta osallistuisi, lisääntyisi moniammatillinen reflektio. Tässä aineistossa henkilökunnalla oli selkeästi useampia osallistumismahdollisuuksia asiakas- ja potilas-

turvallisuustyöhön julkisten palveluntuottajien organisaatioissa kuin yksityisten. Tämä saattaa ainakin osittain johtua organisaatioiden kokoeroista tai asiakas- ja potilasturvallisuusvastaavien korkeammasta koulutustasosta julkisella sektorilla.

Tässä tutkimuksessa käytettiin menetelmänä sähköistä kyselyä. Tutkimusjoukon koko on erilaisista rekisterikannoista johtuen epävarma, ja vastausprosentti siksi vaikea määritellä (6–10%). Kyselyn saatekirjeessä se osoitettiin asiakas- tai potilasturvallisuusvastaavalle henkilölle, mikä saattaa olla esimerkiksi toimitusjohtaja, laatu- ja ylläpitäjä, ylihoitaja tai muu yksikön esimies, eli vastaajien asiakas- ja potilasturvallisuusosaaminen suhteessa organisatoriseen rakenne- ja prosessituntemukseen on saattanut vaihdella suuresti. Vaikka ikäihmisten kotiin annettavat palvelut olivat Valviran ja aluehallintovirastojen suunnitelmallisen valvonnan painopisteenä vuonna 2020 (38), eli ennen tämän tutkimuksen aineistonkeruuvaihetta, saattaa olla, että tähän tutkimukseen vastasivat pääasiassa ne kotihoidon organisaatiot, joiden käytänteet olivat jo muodostuneet. Tutkimustulokset eivät siten ole suoraan yleistettävissä. Toisaalta tämän eksploratiivisen otoksen voidaan katsoa valaisevan kotiin annettavien palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden organisatorisia käytänteitä juuri ennen hyvinvointialueiden muodostamista.

Tutkimustulosten voidaan odottaa antavan aineksia kotihoidon asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistyölle, kuten asiakas- ja potilasturvallisuuden eri ulottuvuudet näkyväksi ja mitattavaksi tekeville turvallisuussuunnitelmi- le, kotihoidon toimijoiden välisten yhteistyörakenteiden ja vastuunjaon selkeyttämiselle, sekä kotihoidon asiakkaiden ja potilaiden, heidän omaistensa sekä henkilökunnan systemaattiselle osallistamiselle asiakas- ja potilasturvallisuustyöhön. Lisätietoa tarvittaisiin kuitenkin asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevista henkilöstöjohtamisen periaatteista, turvallisen hoidon, hoivan ja palvelun edellyttämistä henkilöresursseista, henkilöstön osaamisvaateista, henkilöstön osaamisen varmistamisen menetelmistä; sekä esimerkiksi palvelutalojen sekä pitkäaikaishoidon asiakas- tai potilasturvallisuuskäytänteistä.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Vaartio-Rajalin on vastannut tutkimuksen suunnittelusta, alkuun saattamisesta, aineiston keräämisestä, artikkelin kaikista osa-alueista, sekä osallistunut aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan.

Rauhala on vastannut aineiston analyysistä ja tulkinnasta, ja osallistunut artikkelin sisällön

viimeistelemiseen ja kriittiseen tarkastamiseen, sekä lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Kalliokoski on osallistunut aineiston keräämiseen, artikkelin sisällön viimeistelemiseen ja kriittiseen tarkastamiseen, sekä lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Ikonen on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun ja analyysien tulkintaan, artikkelin sisällön viimeistelemiseen ja kriittiseen tarkastamiseen, sekä lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Vaartio-Rajalin, H., Rauhala, A., Koskeniemi, J., Ikonen, T. *The client- and patient safety practices at home services – a survey for the public and private service producers. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2023; 60: 392–405.

The aim of this research was to explore the client- and patient safety practices of home services (home help services, home nursing, hospital-at-home) with a Webropol-survey sent to the persons responsible for client- and patient safety. Data was analyzed with IBM program SPSS, mainly with Fisher's test.

Of respondents (n = 114) organizations nearly half (45%) produced home services as collaboration between the public and the private sector. The personnel consisted of practical nurses, and RNs. The client/patient safety plan existed in 89% of organizations, and the content of it partially met the requirements of Acts. In plans, the responsibilities for different parts of client/patient safety were delineated – often in favor of the public sector (p = 0,001). The co-partnership

of clients, their near-ones and personnel in safety management was enabled mainly with individual means.

In this data the client- and patient safety structures in home care contexts fit to the requirements of Acts, at least in the public sector. However, the integration of social- and health care services anticipate unified client/patient safety processes: how to include all dimensions of safety and co-partnership of different instances into the safety management.

Keywords: home services, home help services, home nursing, client/patient safety

Saapunut (05.10.2022)
Hyväksytty (23.03.2023)

LÄHTEET

- (1) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalaohito 2022. Luettu 10.8.2022. <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalaohito>
- (2) Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- (3) Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- (4) Kuntaliitto. Kotihoito 2021. Luettu 23.6.2022 <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>
- (5) George C. National Action Plan for Increased Patient Safety in Swedish Health Care 2020–2024. III National seminar on client and patient safety. Finnish Centre for Client and Patient. Vaasa: Finnish Centre for Client and Patient Safety; 2021.(6) Sairaanhoidotaloyhdistys. Sairaanhoidotaloyhdistys. Luettu 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- (7) Jylhä V, Kurki T, Kekoni T. Asiakasturvallisuus käsitteenä. Kirjassa: Kurki T, Jylhä V, Kekoni T. (toim.) Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. 1. p. Helsinki: Gaudeamus; 2021, 15–26.
- (8) Terveystieteiden tutkimuskeskus. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy; 2011. Luettu 29.9.2022. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- (9) Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. 2017. Sairaanhoidotaloyhdistys 2018, Raportti osiosta potilasturvallisuus/ julkaistu 22.6.2020. 2020. Luettu 18.6.2022. https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/06/Raportti-potilasturvallisuudesta_.pdf

- Luettu 20.8.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf;sequence=1
- (10) Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>
 - (11) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>
 - (12) Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>
 - (13) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisistä sosiaalipalveluista 28.9.2011/1053. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20111053>
 - (14) Laki sosiaalihuoltolain 2 a §:n kumoamisesta 27.6.2014/491. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140491>
 - (15) Valvira. Yksityisen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma, määräys 2/2012. 2012. Luettu 28.9.2022. https://www.valvira.fi/documents/14444/37132/Maarays_2_2012_yksityisen_terveydenhuollon_omavalvontasuunnitelma.pdf
 - (16) National Steering Committee for Patient Safety. Safer Together A National Action Plan to Advance Patient Safety 2020. Luettu 16.4.2022. www.ihp.org/SafetyActionPlan
 - (17) Schablon A, Wendeler D, Kozak A, ym. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—A survey. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15:1274. Doi:10.3390/ijerph15061274
 - (18) Hardicre N, Murray J, Shannon R, ym. Doing involvement: A qualitative study exploring the ‘work’ of involvement enacted by older people and their carers during transition from hospital to home. *Health Exp* 2021; 24:1936–1947. Doi: 10.1111/hex.13327
 - (19) Evans EA, Perkins E, Clarke P, ym. Care home manager attitudes to balancing risk and autonomy for residents with dementia. *Aging Ment Health* 2018; 22:261–269. Doi.org/10.1080/13607863.2016.124480320.
 - (20) Schaepe C, Ewers M. “I see myself as part of the team” - family caregivers’ contribution to safety in advanced home care. *BMC Nurs* 2018;17. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0308-9>
 - (21) Kavanagh J, Sharpnack P. Crisis in Competency: A Defining Moment in Nursing Education. *OJIN* 2021; 26:Doi: 10.3912/OJIN.Vol26No01Man02
 - (22) Vaartio-Rajalin H, Näsman Y, Fagerström L. Nurses’ activities and time management during home healthcare visits. *Scand J Caring Sci* 2019 Dec 1; 34:1045–1053. Doi: 10.1111/scs.12813
 - (23) Vaartio-Rajalin H, Näsman Y, Santamäki-Fischer R, ym. Working in home healthcare and suggestions for development. *Home Health Care Serv Q*. 2019; 38:257–269. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1641450>
 - (24) Erkkilä S. “Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särky” Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä 2018. Luettu 16.9.2022. Helsinki: Super ry. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon_selvitys_super_2018.pdf
 - (25) Silverglow A, Lidén E, Berglund H, ym. What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nurs Open* 2021; 8:191–199. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1641450>
 - (26) Schaepe C, Ewers M. ‘I need complete trust in nurses’ – home mechanical ventilated patients’ perceptions of safety. *Scand J Caring Sci* 2017; 31:948–956. <https://doi.org/10.1111/scs.12418>
 - (27) Lindblad M, Unbeck M, Nilsson L, ym. Identifying no-harm incidents in home healthcare: A cohort study using trigger tool methodology. *BMC Health Serv Res* 2020; 20:289. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12418>
 - (28) Ree E, Johannessen T, Wiig S. How do contextual factors influence quality and safety work in the Norwegian home care and nursing home settings? A qualitative study about managers’ experiences. *BMJ Open* 2019; 9. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-025197
 - (29) Bien E, Davis K, Reutman S, ym. Occupational Exposures in the Homecare Environment: Piloting an Observation Tool. *Home Health Care Manag Pract* 2021; 33:162–170. Doi: 10.1177/1084822320986917
 - (30) Quinn MM, Markkanen PK, Galligan CJ, ym. Healthy Aging Requires a Healthy Home Care Workforce: the Occupational Safety and Health of Home Care Aides. *Curr Envir Health Rpt*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH 2021; 8:235–244. Doi: 10.1007/s40572-021-00315-7
 - (31) Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2004.
 - (32) Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, ym. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006; 6. Doi: 10.1186/1472-6963-6-44
 - (33) Bender R. & Lange S. Adjusting for multiple testing – when and how? *J of Clin Epid* 2001; 4:343-349. Doi: 10.1016/s0895-4356(00)00314-0
 - (34) World Medical Association. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310: 2191–2194. Doi: 10.1001/jama.2013.281053
 - (35) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarvointi

Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. 2. uud. p. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta; 2019. Luettu 28.9.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

- (36) Lintunen J. Yhä useampi ikäihminen asuu kotona – yli puolet pientaloissa 2019. Luettu 28.9.2022. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/yha-useampi-ikaihminen-asuu-kotona-yli-puolet-pientaloissa/>
- (37) Vaartio-Rajalin H, Rauhala A, Kalliokoski J ym. 2022. Patient/client safety structures and processes in home care: A cross-sectional online survey. *Jour of Pat Safety and Qual Impr* 2022; 10(4): 131-146. Doi: 10.22038/PSJ.2022.68780.1380
- (38) Valvira, Aluehallintovirastot. Vuonna 2020 suunnitelmallinen sote-valvonta keskittyy palveluihin, joiden saatavuudessa tai laadussa on puutteita 2020. Luettu 28.9.2022. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/vuonna-2020-suunnitelmallinen-sote-valvonta-keskittyy-palveluihin-joiden-saatavuudessa-tai-laadussa-on-puutteita?publishereleaseId=69818103&releaseId=69907854>

HELI VAARTIO-RAJALIN

TtT, Lehtori

Turun ammattikorkeakoulu/Terveys ja hyvinvointi, Master School

Dosentti

Åbo Akademi/terveystieteet_

AUVO RAUHALA

FT, dosentti, ylilääkäri

Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

Työelämäprofessori

Åbo Akademi/terveystieteet_

JAANA KALLIOKOSKI

TtM, palvelupäällikkö

Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

TUIJA IKONEN

LT, potilasturvallisuuden professori

Turun yliopisto, Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus,