

POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIN TILA SAIRAALASSA SEKÄ
JOHTAMISESTA TEHTYJEN ARVIOINTIEN YHTEYS SIIHEN

-analyysi sairaalahenkilöstön kyselyaineistosta

Satu Laurema
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2015

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIN JOHTAMINEN	3
2.1	Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku	3
2.2	Määritelmiä ja kriteerejä potilasturvallisuuskulttuurista	5
2.2.1	Potilasturvallisuuskulttuurin muodostuminen ja tasot	6
2.2.2	Potilasturvallisuuden osa-alueet	8
2.3	Systemilähtöisyys potilasturvallisuuskulttuurissa	9
2.4	Potilasturvallisuuskulttuurin osatekijät	11
2.4.1	Johtaminen potilasturvallisuuskulttuurissa	11
2.4.2	Lähijohtaminen potilasturvallisuuskulttuurissa	14
2.4.3	Kompetenssit ja osaaminen potilasturvallisuuskulttuurissa	15
2.4.4	Henkilöstömitoitus potilasturvallisuuskulttuurissa	16
2.4.5	Tiimityö potilasturvallisuuskulttuurissa	18
2.4.6	Vaaratapahtumien käsittely potilasturvallisuuskulttuurissa	20
2.5	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	23
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	26
4.1	Tutkimuksen aineiston keruu	26
4.2	Aineiston analysointi	27
5	TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1	Kyselyyn vastanneiden taustatekijät	30
5.2	Sairaalahenkilöstön arvioinnit johtamisesta	32
5.3	Sairaalahenkilöstön arvioinnit tiimityöstä	34
5.4	Sairaalahenkilöstön arvioinnit vaaratapahtumien käsittelystä	37
5.5	Arviot johtamisesta ryhmittäin	41
5.6	Arviot tiimityöstä ryhmittäin.	46
5.7	Arviot vaaratapahtumien käsittelystä ryhmittäin.	52
5.8	Yhteenveto tutkimustuloksista	59
6	POHDINTA	62

6.1	Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua	62
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	66
6.3	Johtopäätökset ja suositukset	69
6.4	Jatkotutkimushaasteet	70
LÄHTEET		71

LIITTEET

Liitetaulukko 1.HSPSC-mittarin sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfa-kertoimilla tarkasteltuna.

Liitetaulukko 2. Potilasturvallisuuskulttuuria käsitteleviä tutkimuksia.

TAULUKOT

Taulukko 1: Kirjallisuuden hakuprosessi.

Taulukko 2: Vastaajien sukupuoli, ikäluokka ja ammattiryhmä (n, %).

Taulukko 3: Vastaajien työskentelyalue, välitön vuorovaikutus potilaan kanssa, työkokemukseen liittyvät tiedot sekä työsuhteen ja työajan muodot (n, %.)

Taulukko 4: Vastaajien arvioinnit lähijohtajien odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden edistämiseksi, johon tuesta ja henkilöstömitoituksesta (n, %).

Taulukko 5: Vastaajien arvioinnit tiimityöstä yksiköissä ja yksiköiden välillä sekä työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä (n, %.)

Taulukko 6: Vastaajien arvioinnit kommunikoinnin avoimuudesta (n, %).

Taulukko 7: Vastaajien arvioinnit organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, yleisnäkemyksistä ja ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä (n, %).

Taulukko 8: Vastaajien arvioinnit vaaratapahtumiin liittyvästä palautteesta ja kommunikaatiosta sekä vaaratapahtumien raportoinnista (n, %).

Taulukko 9: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet vastaajien näkemyksiin lähijohtajien odotuksista ja toiminnasta, sairaalan johdon tuesta sekä henkilöstömitoituksesta (n, ka p-arvo.)

Taulukko 10: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet vastaajien näkemyksiin työyksikön ja yksiköiden välisestä tiimityöstä sekä työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä (n, ka, p-arvo).

Taulukko 11: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet vastaajien näkemyksiin kommunikaation avoimuudesta (n, ka, p-arvo).

Taulukko 12: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet vastaajien näkemyksiin organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, yleisnäkemyksistä ja ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä (n, ka, p-arvo).

Taulukko 13: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet vastaajien näkemyksiin vaaratapahtumiin liittyvästä palautteesta ja kommunikaatiosta sekä vaaratapahtumien raportoinnista (n, ka, p-arvo).

Taulukko 14: Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteiset arvioinnit osa-alueittain prosenttikeskiarvoilla tarkasteltuina (%).

Taulukko 15: Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteydet potilasturvallisuus-kulttuurin osa-alueiden keskiarvosummamuuttujiin ryhmittäin (n, ka, p-arvo).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuurin tilaa yhdessä suomalaisessa sairaalassa sairaalahenkilöstön arvioimana. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaista yhteyttä henkilöstön arvioinneilla lähijohtamisesta ja sairaalatasen johtamisesta oli heidän arviointeihinsa potilasturvallisuuskulttuurista.

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä vuonna 2014 kokonaisotoksella. Kyselyyn vastasi 862 vastaajaa ja vastausaktiivisuus oli 19 %. Kyselylomakkeena käytettiin standardoitua suomenkielistä Hospital Survey on Patient Safety Culture-kyselyä, joka mittaa näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista 12 osa-alueella likert-asteikollisilla väittämillä. Tutkielman aineisto analysoitiin käyttäen SPSS Statistics for Windows 21.0 -tilastollista ohjelmaa. Tulokset esitetään potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisten näkemysten prosenttiosuuksina sekä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista muodostettujen summamuuttujien keskiarvoina. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteyttä näkemyksiin potilasturvallisuuskulttuurista selvitettiin testaamalla johtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden ryhmien näkemysten välisen eron tilastollista merkitsevyyttä käyttäen Mann Whitney U-testiä.

Työyksikön sisäinen tiimityöskentely täytti ainoana potilasturvallisuuskulttuurin vahvan osa-alueen kriteerit, sillä sitä arvioi myönteisesti 76 %. Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta kaikkein kriittisimmän arvioitiin työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osa-alue (32 %). Lähijohtajien odotuksia ja toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi arvioitiin myönteisemmin (63 %) kuin sairaalan johdon tukea sille (38 %). Kokonaisuutena potilasturvallisuuskulttuurin myönteiset arvioinnit osa-alueittain olivat 32–76 %. Summamuuttujakeskiarvoin tarkastellen myönteinen näkemys lähijohtajan toiminnasta ja odotuksista potilasturvallisuuden edistämiseksi oli yhteydessä näkemyksiin potilasturvallisuuskulttuurista sen jokaisella osa-alueella. Myönteinen näkemys sairaalatasen johdon tuesta potilasturvallisuudelle oli myös yhteydessä näkemyksiin useimmilla potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueilla.

Sairalahenkilöstön arviot potilasturvallisuuskulttuurista olivat kriittisiä useilla osa-alueilla ja niihin kohdistuu runsaasti kehittämistarpeita. Lähijohdon merkitys on potilasturvallisuuskulttuurissa keskeinen. Lähijohtajien tulisi lisätä myönteisen palautteen antamista huomatessaan henkilöstön toimivan potilasturvallisesti sekä palautteen antamista vaaratapahtumaraporttien perusteella tehdyistä muutoksista. Sairaalatasen johdon roolia tulisi kehittää näkyvämmäksi ja aktiivisemmäksi.

Asiasanat: potilasturvallisuuskulttuuri, johtaminen ja HSPSC

Patient safety culture in a hospital and its connection with management evaluations – An analysis of results of questionnaire for the staff

Master's Thesis, 77 pages, 2 appendices, 11 pages

Professor, PhD Hannele Turunen

Senior Lecturer, PhD Pirjo Partanen

Supervisors:

May 2015

The purpose of this study was to describe the state of patient safety culture evaluated by the staff in one Finnish hospital. Furthermore, the purpose was to find out what kind of connection the staff's evaluation of front-line management and hospital management had with their evaluation of patient safety culture.

The data for this survey was collected in 2014 with an electronic questionnaire. 862 respondents answered the questionnaire and the response rate was 19%. The survey form was a Finnish version of the standardized Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire, which measures the views of patient safety culture on 12 areas with Likert-scale assertions. The data of the survey was processed with the statistical program SPSS Statistics for Windows 21.0. The results are presented based on frequency one assertion at a time, sum variables were calculated for the areas of patient safety culture, and these results are presented based on average values. The connection between the evaluation of management and the views of patient safety culture was studied by testing the statistical meaning of the difference between the views of those who gave a positive and those who gave a negative evaluation of the management. This was done by using the Mann Whitney U -Test.

Teamwork within a work unit is the only area which meets the criteria of a strong patient safety culture, since 76% of the respondents evaluated it positively. Concerning the patient safety culture, shift changes and transfers were evaluated most critically (32%). The front-line management's expectations and actions to promote patient safety were evaluated more positively (63%) than the hospital management's support to it (38%). As a whole, the positive evaluation of the patient safety culture in each area was 32–76%. By looking at the average values of the sum variables, the positive view of front-line manager's actions and expectations to promote patient safety was noticed to have a connection with views of patient safety culture on every area. A positive view of the hospital management's support to patient safety culture also had a connection with several areas of patient safety culture.

Staff had critical views on many areas of the patient safety culture. The front-line managers' role is a key factor. The front-line managers should give more positive feedback when the staff is promoting patient safety, and give more feedback about the changes made based on reports of error events. The role of the hospital management should be made more visible and active.

Keywords: Patient safety culture, management and HSPSC

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on merkittävä osa hoidon laatua sekä potilaan että organisaation toiminnan näkökulmista tarkasteltuna. Se nousi keskeiseksi kehittämisen kohteeksi 2000-luvulla Institute of Medicinen raportoitua hoidon aiheuttamista potilashaitoista ja niiden seurauksena syntyneistä kustannuksista (Kohn ym. 2000). Tästä käynnistyi potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen myös Suomessa.

Suomessa ajankohtaisen näkökulman potilasturvallisuuden tarkasteluun tuo valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. Uudistuksen tarkoituksena on luoda eheä palvelukokonaisuus saattamalla kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ja palvelut yhden toimijan, sote-alueen, vastuulle. Toteutuessaan sote-uudistus tulee merkittäväällä tavalla muuttamaan nykyistä palvelurakennetta ja tuotantovastuuta. Uudistuksen odotetaan vaikuttavan myönteisesti sekä sosiaali- ja terveystalouden laatuun että palveluiden saatavuuden tasavertaisuuteen. (STM 2014b, THL 2014b.)

Potilasturvallisuutta mahdollistaa potilasturvallisuuskulttuuri, jolla tarkoitetaan potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Se sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät käytännöt, korjaavat toimenpiteet sekä jatkuvan kehittämisen. (STM 2009a.) Potilasturvallisuuskulttuuria tuleekin siten tarkastella systeemisenä ominaisuutena, johon on yhteydessä hyvin monipuoliset organisatoriset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät (Reiman ym. 2008). Potilasturvallisuuskulttuuri edellyttää yhteisen vastuun ottamista, vaikka kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta kuuluukin aina delegoimattomana organisaation johdolle (THL 2011).

Terveydenhuolto lukeutuu turvallisuuskriittisiin aloihin, joilla vaaratapahtuman riski on aina olemassa (THL 2011). Potilasturvallisuutta ei sen vuoksi ole mielekästä määrittää sattuneiden vaaratapahtumien perusteella, vaan tietoisuutena toimintaan liittyvien riskien mahdollisuudesta ja toimina, joilla niitä ehkäistään. Keräämällä tiedot virheistä ja läheltä piti -tilanteista ja raportoimalla niistä koko henkilöstölle voivat terveydenhuollon organisaatiot edistää organisaatiotasoisia oppimista (Kinnunen 2010).

Johtaminen on avainasemassa potilasturvallisuuskulttuurin edistämisessä ja implementoinnissa. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että näkemykset lähijohtamisesta ovat olleet potilasturvallisuuskulttuurille huomattavasti myönteisempiä kuin näkemykset sairaalatason joh-

dosta. Kuitenkin myös sairaalatason johdolta saadun tuen on havaittu heijastuvan myönteisesti useille potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueille. Suomalaisissa sairaaloissa sairaalatason johdon tuki on arvioitu huomattavasti kriittisemmin verrattuna kansainvälisiin tutkimustuloksiin, sekä arvioiminen on koettu vaikeaksi. (Turunen 2012, Turunen ym. 2013, Husso 2013, Nie ym. 2013.) Vaikuttaa siltä, ettei sairaalahenkilö tunnista sairaalatason johdon osallisuutta potilasturvallisuuskulttuurissa. Useinkaan johdolla ei ole riittävästi aikaa käytettäväksi potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviin tehtäviinsä (Parand ym. 2013, Parand ym. 2014). Potilasturvallisuuskierroille osallistuminen on koettu hyväksi ja näkyväksi menetelmäksi ja se edistää myös vuoropuhelua johdon ja henkilöstön kesken (Kinnunen ym. 2009, Leonard ym. 2012, Parand ym. 2013, Morello ym. 2013).

Potilasturvallisuuskulttuuria tulee kehittää näyttöön perustuen. Suomessa potilasturvallisuuskulttuuria on laajimmin tutkittu hoitotyöntekijöiden arvioimana. Johtamisen näkökulmasta tutkimusta on vielä vähän, vaikka organisaation yhteisen näkemyksen edistämiseksi ja vakiinnuttamiseksi johdon ja muun henkilöstön käsityksiä vertailevaa tutkimusta tarvitaan. (Turunen ym. 2013.)

Itä-Suomen yliopistossa on käynnissä mittava Potilasturvallisuuskulttuuri-hanke, joka osallataan on vastaamassa tutkimushaasteeseen. Hankkeen tavoitteena on tutkia sairaalahenkilöstön, potilaiden ja hoitotyön opiskelijoiden näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista eri hoitoympäristöissä. (Turunen ym. 2013, Tella ym. 2013, Sahlström ym. 2014.) Hankkeen puitteissa on Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella tehty useita pro gradu -tutkielmia ja myös tämä tutkimus on hankkeen osatutkimus.

Pro gradu -tutkielmani tarkoitus on selvittää sairaalahenkilöstön näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurin tilasta. Erityisesti tutkimuksessa selvitetään sitä, millainen yhteys arvioilla lähihohdon ja sairaalatason johdon toiminnasta ja tuesta on arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueisiin. Tutkimukseni tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuskulttuurin edistämässä ja johtamisen kehittämässä sairaaloissa.

2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIN JOHTAMINEN

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku

Tämän tutkimuksen aiheen ja käsitteellisen taustan selvittämiseksi tehtiin systemaattinen tiedonhaku syksyllä 2014. Tiedonhaun ja kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin analyttistä tietoa siitä, kuinka aihetta on aiemmin tutkittu sekä mitä ja millaisia tuloksia siitä on saatu (Kankkunen ym. 2009). Tiedonhaku rajoitettiin koskemaan peer review -arviointimenettelyn mukaisesti läpikäytyjä tieteellisiä tutkimusartikkeleita Cinahl- ja Scopus-tietokannoista. Käytetyt tietokannat ovat tutkimusaiheen kannalta relevantit, sillä ne kattavat laajasti terveystieteen ja hoitotyön tieteelliset artikkelit pitkältä ajalta. Artikkeleiden hakurajoituksina olivat julkaisukielen osalta englannin tai suomen kieli sekä julkaisuajankohdan osalta vuodet 2004–2014. Tieteellisten tutkimusartikkeleiden lisäksi kirjallisuuskatsauksen aineistoon hyväksyttiin Itä-Suomen yliopistossa tehdyt potilasturvallisuuskulttuuriin liittyvät pro gradu -tutkielmat. Niiden osalta tiedonhaku suoritettiin Melinda-tietokannasta.

Tiedonhaku tehtiin käyttäen useita hakusanoja erilaisina yhdistelminä ja lyhennelminä. Hakusanojen valintaan kiinnitettiin erityistä huomiota. Eri hakusanojen yhdistelmillä pyrittiin siihen, että hakutulos rajautuu tarkasti tutkittavaan ilmiöön. Kattavuutta pyrittiin puolestaan vahvistamaan käyttämällä hakusanoista tiedossa olevia eri synonyymejä. Tiedonhaku kuvataan taulukossa. (Taulukko 1.)

Cinahl- ja Scopus-tietokannoista saatiin hakutulokseksi yhteensä 121 tutkimusartikkelia. Kaikki artikkelit luettiin huolellisesti ja arvioitiin niiden pätevyys tutkielman aineistoksi. Tutkimusaiheeseen soveltuviksi arvioitiin ne tutkimukset, joissa oli selvitetty ja raportoitu potilasturvallisuuskulttuurin johtamisesta sairaalassa. Mukaan valittiin 34 tutkimusta. Vanhin valittu tutkimusartikkeli on vuodelta 2007 ja uusimmat ovat vuodelta 2014. Tutkimusraportin liitteenä olevassa taulukossa esitellään olennaiset tiedot kaikista mukaan valituista tutkimuksista. (Liitetaulukko 1.) Sähköisen tiedonhaun lisäksi käytettiin manuaalista tiedonhakua.

Taulukko 1. Kirjallisuuden hakuprosessi.

Haku ajankohta	Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Saatu tulos	Valitut artikkelit
elokuu 2014	Cinahl	patient safety safety culture safety climate organizational culture organizational climate nurse manager nurse leader nursing leader charge nurse head nurse nursing administrator	Peer reviewed Research Article	101	17
elokuu 2014	Scopus	patient safety safety culture safety climate organizational culture organizational climate nurse manager nurse leader nursing leader charge nurse head nurse nursing administrator	Article or review	20	6
elokuu 2014	Melinda	potilasturvallisuuskulttuuri	-	6	4
syyskuu 2014- marraskuu 2014	Manuaalinen haku	kirjallisuudessa viitattut tutkimukset	julkaisukieli suomi tai englanti		7

2.2 Määritelmiä ja kriteerejä potilasturvallisuuskulttuurista

Potilasturvallisuuskulttuuria on alettu kehittää muilla korkean riskin toimialoilla syntyneen turvallisuuskulttuurin käsitteeseen perustuen. Muiden riskialttiiden toimialojen organisaatiot olivat vahvistaneet turvallisuutta kannustamalla virheiden esiintuomiseen sekä lisäämällä turvallisuustietoisuutta. (NPSA 2004). Merkittävimmin potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen ovat esimerkillään vaikuttaneet ydinvoimateollisuus ja ilmailuala (Reiman ym. 2008). Suomessa potilasturvallisuuskulttuurin kehittämistä ovat ohjanneet Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) ja kehittäminen vauhdittui 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä samaan aikaan kuin muualla maailmassa.

Potilasturvallisuuskulttuurin ollessa moniulotteinen ja abstrakti ilmiö (Kvist ym. 2013), on sen määrittäminen ja käsitteistön luominen ollut tärkeää kansallisen kehittämistyön alusta alkaen. Yhteinen käsitteistö tarvitaan, jotta potilasturvallisuuskulttuurin systemaattinen kehittäminen on mahdollista sekä organisaatioissa että ilmiötä tieteellisesti tutkittaessa. Potilasturvallisuuskulttuuriin sisältyvistä käsitteistä on laadittu muun muassa Potilasturvallisuussanasto, jonka tavoitteena oli yhdenmukainen termistö käyttötavoitteena. (Stakes 2006.)

STM:n mukaan potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Se sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät käytännöt, korjaavat toimenpiteet sekä jatkuvan kehittämisen. (STM 2009a.) THL puolestaan määrittelee potilasturvallisuuskulttuurin olevan organisaatiossa vallitseva taito ja tahto ymmärtää, millaista turvallinen hoito on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä sekä taito ja tahto toimia turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista. (THL 2009.)

Kansainvälisestikään ei ole olemassa yhtenäistä potilasturvallisuuskulttuurin määritelmää. (NPSA 2004). USA:ssa toimiva Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) määrittelee potilasturvallisuuskulttuuria siten, että organisaatiolla on ymmärrys toimintansa riskeistä ja päättäväisyys toimia turvallisesti, organisaation voimavarat on sitoutettu potilasturvallisuuteen sekä organisaation ilmapiiri on yhteistyöhön kannustava ja syyllistämätön, jolloin kaikki toimijat voivat pelotta raportoida virheistä ja läheltä piti -tilanteista. (AHRQ 2014.) Isossa-Britanniassa toimiva National Patient Safety Agency (NPSA) tuo esiin myös avoimen ja reilun suhtautumisen virheen tapahtumisessa osallisena olleisiin työntekijöihin, mitä ediste-

tään ymmärtämällä, että virheet ovat systeemissä tapahtuvia, eivät yksittäisen työntekijän aiheuttamia (NPSA 2004).

Maailman terveysjärjestö (WHO) ei ole määritellyt potilasturvallisuuskulttuuria, vaan on asettanut hyvälle potilasturvallisuuskulttuurille viisi kriteeriä. Kriteereistä ensimmäinen on, että kaikki työntekijät hyväksyvät henkilökohtaisesti vastuun omasta, työntekijöiden, potilaiden ja läheisten turvallisuudesta. Toisena kriteerinä on tuloksellisten ja luotettavien turvallisuusjärjestelmien riittävän resursoinnin ja organisoinnin mahdollistaminen. Seuraavat kriteerit ovat virheistä oppiminen järjestelmälähtöisesti ja turvallisuuden poikkeamien tunnistaminen, nostaminen yhteiseen keskusteluun sekä ratkaiseminen. Viides WHO:n kriteereistä asettaa turvallisuuden potilaan hoidossa etusijalle, ensisijaiseksi tavoitteeksi. (WHO 2004.)

2.2.1 Potilasturvallisuuskulttuurin muodostuminen ja tasot

Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu samoin kuin organisaatiokulttuurit yleensä. Se rakentuu sosiaalisessa kanssakäymisessä ja jaetaan kaikkien organisaation ihmisten kesken. Se on toimintamalli tai kokonaisuutena toimiva järjestelmä, joka luo yhteiset ajattelumallit ja henkisen ympäristön organisaatiolle. (Schein 1991.) Organisaatiossa vallitsevat rakenteet, sisäinen yhteneväisyys, kulttuuriset käsitykset ja henkilöiden kokemukset vaikuttavat siihen, miten ja millaiseksi potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu ja miten se kehittyy (Reiman ym. 2008). Terveysturvallisuuden turvallisuuskulttuurissa henkilökohtaisten asenteiden, organisaation rakenteiden lisäksi siihen vaikuttavat ammatilliset ja organisaation arvot (Groves ym. 2011).

Turvallisuus on potilasturvallisuuskulttuurin arvo, kuvastaen sitä, mihin potilasturvallisuuskulttuurissa uskotaan sekä vakaumusta siitä, mihin pyritään (Kauppinen 2002, STM 2009a). Potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuus voitaisiin jopa määrittää sen ydinarvoksi, jolla tarkoitetaan siihen uskottavan aidosti ja pidettävän kiinni kaikissa tilanteissa ja olosuhteissa. Ydinarvolle ominaista on vahva yhtäpitävyys kaikkien toimijoiden kesken (Järvensivu 2006), jolloin se on aidosti hyväksytty, yhteinen ja tärkeä kaikille toimijoille. Arvona turvallisuuden vaikuttavuus arkityössä edellyttää hyvää määrittelyä siitä, mitä se tarkoittaa eri henkilöiden rooleissa sekä integrointia päivittäiseen toimintaan, valintoihin ja päätöksentekoon (Kauppinen 2002, STM 2009a, Kinnunen 2010).

Potilasturvallisuuskulttuuria voidaan jäsentää sen organisatorisen, psykologisen ja sosiaalisen tason kautta (Pietikäinen ym. 2008). Ymmärrystä sen eri tasoista tarvitaan. Kun ilmiön kokonaisuus tunnetaan, voi se vahvistaa turvallisuuskulttuurin mekanismeihin vaikuttamisen mahdollisuuksia sekä ymmärrystä potilasturvallisuuskulttuuria edistävästä ja estävästä tekijöistä ja niiden tunnistamista. Tasojen kuvataan eroavan toisistaan muun muassa sen mukaan, miten niitä kyetään havaitsemaan ja tulkitsemaan (Schein 1991).

Potilasturvallisuuskulttuurin tasoista organisatorinen taso on helpoiten havaittavissa oleva. Organisatorisen tason ulottuvuuksia on kuvattu 13 ja ne ovat turvallisuuden ydintoimintoja. Ne ovat sellaisia konkreettisia toimintaprosesseja, jotka vaikuttavat keskeisesti potilasturvallisuuteen: johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen, johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi, turvallisuudesta viestiminen, lähiesimiestoiminta, yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä samoin yksiköiden välillä, eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen, organisatorisen oppimisen käytännöt, osaamisen varmistaminen ja käytännöt, resurssien hallinta, työn tukeminen ohjeilla, ulkopuolisten toimijoiden hallinta ja muutosten hallinta. (Pietikäinen ym. 2008.)

Psykologisen tason ulottuvuuksilla viitataan henkilöstön subjektiivisiin kokemuksiin, tunteuksiin ja käsityksiin. Näitä ovat: turvallisuusmotivaatio, ymmärrys organisaation vaaroista, vaaramekanismeista ja onnettomuuksista, ymmärrys organisaation turvallisuudesta, vastuu organisaation turvallisuudesta ja työn hallinta. Psykologisen tason ulottuvuudet toimivat organisatorisen tason ulottuvuuksien indikaattoreina. Psykologisen tasoon liittyy ajatus siitä, että yksilöt kokevat henkilökohtaisesti vastuuta ilmiöstä, jota eivät voi kuitenkaan yksin hallita. (Pietikäinen ym. 2008.) Psykologisen tason turvallisuuteen vaikuttaminen kuuluu olennaisena osana johtamiseen. Avaintekijä on avoin ilmapiiri, jossa uskalletaan ottaa esiin potilasturvallisuutta koskevat asiat yhteiseen keskusteluun, ilman pelkoa syyllistämisestä tai leimaantumisesta epäpäteväksi (Kinnunen 2010). Psykologista turvallisuutta on määritelty hoitotyöntekijän mukavuusalueeksi, jolla hän voi haastaa itseänsä enemmän valtaa pitäviä tietäen, ettei siitä aiheudu rankaisua. (Leonard ym. 2011, Leonard ym. 2012.)

Sosiaaliseen tasoon sisältyvät mekanismit, joiden kautta tulkitaan asioita, muodostetaan käytäntöjä sekä luodaan ja ylläpidetään merkityksiä. Se voi ilmentyä ryhmän sosiaalisena identiteettinä tai ryhmän sisäisten normien muodostumisena. Näihin tekijöihin vaikuttaminen on usein koettu vaikeimpana. (Pietikäinen ym. 2008.)

2.2.2 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Potilasturvallisuus on tulosta organisaatiossa vallitsevasta, hyvin omaksutusta ja käytännön arkityötä sekä strategisia valintoja ohjaavasta potilasturvallisuuskulttuurista. Organisaatiota-soinen sitoutuminen potilasturvallisuuteen indikoi organisaation kykyä tuottaa turvallista hoitoa (IOM 2001).

Potilasturvallisuuden kannalta tärkeät osa-alueet ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus. Hoidon turvallisuus käsittää hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden. Hoito on turvallista, kun se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan hyödyntämällä olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla ja käyttämällä vaikuttavia menetelmiä siten, ettei potilaalle aiheudu tarpeetonta haittaa. (STM 2009a, THL 2011, STM 2014a.) Edellytyksenä potilasturvallisuuden toteutumiselle on, että kaikessa hoitoon liittyvässä työssä ennakoidaan ja ehkäistään hoitovirheet, vahingot ja erehdykset niin pitkälti kuin mahdollista (Ruuhilehto ym. 2000, THL 2011).

Tärkeä turvakeino on luoda yhteiset turvalliset hoitokäytännöt, noudattaa näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä ja välttää hoitoja, joiden vaikuttavuudesta ei ole näyttöä (STM 2009a, THL 2011, STM 2014a). Jokaiselta toimijalta edellytetään sitoutumista tutkitun tiedon ja kokemuksen perustuvien yhtenäisten käytänteiden soveltamiseen työssä (STM 2009a, Sammer ym. 2010, THL 2011, STM 2014a). Potilasturvallisuuskulttuurin yhteydestä hoidon turvallisuuden on raportoitu kahdessa tuoreessa tutkimuksessa. Sairaaloissa, joissa oli korostettu virheistä oppimista, potilasturvallisuuskulttuurin arvoja ja tavoitteita sekä kommunikointia potilaiden siirtotilanteissa, oli kuolleisuus pienempi (HardtDiCuccio 2014). Samansuuntainen yhteys todettiin esiintyvän painehaavojen esiintyvyyteen (HardtDiCuccio 2014, Wang 2014).

Läkehoidon käytäntöihin on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä niihin sisältyy runsaasti riskitekijöitä ja lääkepoikkeamia esiintyy paljon. Useiden arvioiden mukaan noin neljännes kaikista potilasturvallisuuteen vaikuttavista vaaratapahtumista aiheutuu läkehoidossa tapahtuneesta poikkeamasta (Linden-Lahti ym. 2009). Lääkehoitoon liittyy piirre, että oikein käytettynäkin lääkkeet voivat aiheuttaa vaaratapahtumia (Ashcrof ym. 2007).

Läkehoidon turvallisuutta edistetään toimintayksiköiden lääkehoitosuunnitelmilla, lääkehoitoon liittyvien haittatapahtumien raportoimisella ja turvallisuutta lisäävillä tietokannoilla (THL 2011). HardtDiCuccio (2014) on raportoinut hyvän potilasturvallisuuskulttuurin olleen yhteydessä lisääntyneeseen lääkevirheiden ilmoittamisaktiivisuuteen. Vogus tutkimusryhmi-

neen (2007) selvitti lääkepoikkeamien raportoinnin yhteyttä arviointeihin luottamuksesta lähijohtajaan. Sairaanhoidaja-ryhmä, joka arvioi luottamuksen lähijohtajaansa hyväksi, raportoi merkittävästi vähemmän lääkepoikkeamia, kuin ryhmä, jossa luottamus lähijohtajaan arvioitiin heikommaksi. Vuorovaikutteinen johtamistyyli paransi lähijohtajan ja sairaanhoidajan välistä suhdetta, minkä voitiin todeta vahvistuneen turvallisuusilmapiirin kautta vähentävän lääkepoikkeamia (Squires ym. 2010).

Lääketurvallisuuteen liittyvänä epäkohtana on havaittu potilaan vähäinen osallistuminen omaan hoitoonsa. Eräänä selityksenä tälle voi olla se, ettei potilas tiedä, mitkä asiat ovat merkityksellisiä hoidon onnistumisen kannalta (THL 2011). STM:n Lääkepolitiikka 2020 -ohjelman kehittämiskohteenä onkin aktivoida potilaita osallistumaan lääkehoitoonsa sekä lisätä heidän tietouttaan ja kykyään arvioida lääkehoidostaan saamaansa tietoa (STM 2011).

Laiteturvallisuudesta on säädetty erillisessä terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita koskevassa laissa (629/2010). Perusperiaatteena on, että terveydenhuollon laitteiden tulee täyttää niille asetetut vaatimukset, olla käyttötarkoitukseensa sopivia, ja niiden tulee käyttötarkoituksensa mukaisesti käytettyinä saavuttaa niille suunniteltu toimivuus ja toimintakyky. Potilasturvallisuuden kehittämisessä laiteturvallisuuden näkökohdat tulisi ottaa entistä tarkemmin huomioon organisaatioiden hankintapolitiikassa ja -päätöksissä. Laitteistojen yhdenmukaisuus ja järjestelmien yhteensopivuus tukevat potilasturvallisuuden vahvistamista. (THL 2011.) Lääkepoikkeamia käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu, että infuusiolaitteiden vaihteleva laitekanta sekä laitteiden toimintahäiriöt heikensivät potilasturvallisuutta (Mrayyan ym. 2007, Ulanimo ym. 2007).

2.3 Systeemiähtöisyys potilasturvallisuuskulttuurissa

On arvioitu, että jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää ennakolta, siksi organisaatioiden tulisi olla proaktiivisia ja asettaa painopiste ennakointiin ja vaaratapahtumien ehkäisyyn. On tärkeää tietää ja tunnistaa, millaiset tekijät ovat yhteydessä turvallisuuteen ja millaiset tekijät sitä vaarantavat. Yksilötasoisesti, hoitajan tai potilaan näkökulmista, potilasturvallisuudesta ei saada riittävää tietoa, joten sitä on tarkasteltava järjestelmä- tai systeemiähtöisesti, kuten turvallisuutta arvioidaan muillakin turvallisuuskriittisillä aloilla. Vaaratapahtumien taustalla on usein piileviä tekijöitä, jotka olisi hyvä saada esiin jo ennen kuin haittoja syntyy. (Ruuhilehto ym. 2000, Kinnunen 2010, THL 2011.) Usein kuitenkin piilevien

virheiden tunnistaminen on ennakoita mahdotonta, sillä ne aktivoituvat vasta jonkin laukaisevan tekijän vaikutuksesta (Kinnunen 2010).

Systeemiähtöisyys tarkoittaa sitä, että pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään monimutkaisten järjestelmien vaikuttavia osia ja näiden toiminnan yhteisvaikutusta sen omassa kontekstissa. Se soveltuu potilasturvallisuuskulttuurin arviointinäkökulmaksi, sillä hoidon turvallisuuteen vaikuttavat hyvin monipuoliset organisatoriset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät kompleksisessa ympäristössä. Systeemiähtöisyydessä keskeistä on, että turvallisuus ei perustu vain yksittäisten henkilöiden ammattitaitoon, vaan siihen vaikuttavat monet systeemin osat. (Helovuo ym. 2011.) Systeemin osia ovat organisaation johtotason päätökset, lähiesimiestyö sekä fyysiset ja psyykkiset olosuhteet, joissa henkilöstö tekee työtään (Kilpeläinen 2009, Kinnunen 2010, Helovuo ym. 2011). Vastaavasti turvallisuuden vaarantuminen ei johdu ainoastaan yksittäisten henkilöiden toiminnasta, vaan vaaratapahtumankin synnyssä vaikuttavat systeemin eri tekijät. Systeemiähtöisyys tukee potilasturvallisuuteen liittyvän yhteisen vastuun ymmärtämistä (Kinnunen 2010) korostaen avoimuutta, syyllistämättömyyttä, virheistä oppimista ja toiminnan kehittämistä (Helovuo ym. 2011).

Systeemiähtöisesti potilasturvallisuuskulttuuria edistävä organisaatio suhtautuu virheisiin avoimesti hyväksyen myös inhimilliset virheet. Virheen selvittelyssä keskeistä ei ole syyllisen hakeminen, vaan virheen tapahtumiseen myötävaikuttaneiden olosuhteiden ja ympäristötekijöiden selvittäminen. Luomalla avointa, virheitä hyväksyvää ja jatkuvan toiminnan kehittämisen ilmapiiriä, vaikutetaan siihen, että tapahtuneet virheet ja epävarmuudet uskalletaan nostaa esiin. Tapahtuneet virheet tulee nähdä mahdollisuutena oppimiseen. (Sammer ym. 2010.)

Yksilöähtöinen suhtautuminen vaaratapahtumiin ei kehitä toimintaa organisaatiotasoisesti (Baker ym. 2007, Kinnunen 2010, Helovuo ym. 2011). Yksilöähtöinen tarkastelu keskittyy syyllisen hakemiseen, mikä voi aiheuttaa syylliseksi leimaamisen pelossa virheen vähättelyä, salailua ja peittelyä. Nykyisen tutkimustiedon perusteella ei-rankaisevaan virheiden käsittelyyn suhtaudutaan melko kriittisesti. Työntekijöiden arviot vaaratapahtumien käsittelystä ovat useissa tutkimuksissa olleet kielteisemmät kuin johtamistehtävässä työskentelevillä (Singer ym. 2008, Kuosmanen ym. 2013, Turunen ym. 2013).

Systeemiähtöisyyden mukaan poikkeamat ja inhimilliset virheet ovat seurausta toimintajärjestelmän heikkouksista. Henkilöstö nähdään osana systeemiä, jossa virhe tapahtuu. (Kinnunen 2010.) Virheet eivät ole tahallisia tai tarkoituksellisia. Usean tekijän myötävaikutuksesta syntyneen tilanteen selvittäminen ja syiden löytäminen on monimutkaista ja edellyttää aina pe-

rusteellista selvitystä. (Helovuo ym. 2011.) Perusteellinen tutkimus tapahtumaan vaikuttaneista tekijöistä paljastaa usein toiminnan sellaisia puutteita, jotka tilanteen välittömässä selvityksessä jäävät havaitsematta (Haavisto ym. 2012). Vaaratapahtumien analysoinnin tulee perustua aina niiden riskiin, eikä niiden aiheuttamiin seurauksiin (Helovuo ym. 2011).

Erilaisia vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttaneita riskitekijöitä voidaan tehokkaammin selvittää systeemilähtöisesti. Vaikeammin havaittavissa olevat riskit ovat systeemissä piileviä. ”Ajelehtimisen” kautta syntyneet vaaratapahtumat voidaan usein pysäyttää vain systeemilähtöisesti tarkastellen. Ajelehtimisella tarkoitetaan käytäntöjä, jotka ovat muotoutuneet ajan saatossa siten, ettei käytäntö enää ole potilasturvallisuuden kannalta tarkoituksenmukainen, mutta, jota ei kuitenkaan enää kyseenalaisteta. Toistuvasti esiintyviin turvallisuutta heikentäviin tekijöihin liittyy se vaara, että työntekijät tottuvat niihin ja korjaavat niitä automaattisesti. (Reiman ym. 2008, Helovuo ym. 2011.) Tämän kaltaisia riskitekijöitä voidaan ennakoida ja vaikuttaa niihin havainnoimalla hoitotyötä sen tapahtumaympäristössä (Ferguson ym. 2007).

Organisaatioiden on systemaattisesti seurattava ja arvioitava vallitsevia olosuhteita, rakenteita, prosesseja ja johtamista niiden sisältämän riskin näkökulmasta. Luomalla olosuhteista turvalliset voi vaikuttaa vaaratapahtumien riskeihin. Esimiehet voivat merkittäväällä tavalla vaikuttaa siihen, lähestytäänkö vaaratapahtumia syyllistämällä vai tarkastelemalla koko systeemin heikkouksia. (Kinnunen 2010, Helovuo ym. 2011.)

2.4 Potilasturvallisuuskulttuurin osatekijät

2.4.1 Johtaminen potilasturvallisuuskulttuurissa

Johdon tulee korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa ja varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti ja laadukkaasti. Sen on huolehdittava, että laadun- ja riskienhallinta toteutuvat ja, että seurantatietoa haittatapahtumista hyödynnetään tiimien, koko organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Potilasturvallisuuskulttuuria on johdettava ja huomioitava päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa. (Kinnunen 2010, THL 2011.) Hyödyntämällä erilaisia potilasturvallisuuskulttuuriin ja sen osatekijöihin liittyviä strategioita, teorioita ja mittareita voivat organisaation ja hoitotyön johtajat vaikuttavammin fasilitoida potilasturvallisuuskulttuuria koko organisaation tasolla (King ym. 2007, Morello ym. 2013).

Sammerin tutkimusryhmän (2010) mukaan sairaaloiden johdolla ei ole ollut riittävää tietämystä potilasturvallisuuskulttuurista ja siksi johdon on ollut vaikea arvioida, millaisilla toimilla potilasturvallisuuskulttuuria luodaan. Toisekseen potilasturvallisuuden operationalisointi on ollut haasteellista (Provonost ym. 2009, Sammer ym. 2010).

Potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen koskettaa koko organisaatiota, siksi johdon, organisaation hallitusta myöten, on toimittava sen tavoitteissa aktiivisesti ja sitoutuneesti (Parand ym. 2014). Johdolle kuuluu vastuu siitä, että taloudelliset ja ympäristön riskit huomioidaan osana potilasturvallisuuden edistämistä. Vähentämällä potilaille kohdistuvia haittoja voidaan saada merkittäviä säästöjä. (STM 2009a, THL 2011.) Suomessa on arvioitu, että vuosittain hoitovirheet ja haittatapahtumat aiheuttavat lisäkustannuksia yli 400 miljoonan euron edestä (Järvelin ym. 2010).

Organisaatioissa, joissa johto on vahvasti sitoutunut tukemaan potilasturvallisuutta, ovat näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista olleet myönteisempiä. Samankaltainen yhteys on havaittu olevan luottamuksella organisaation johtoon. (Vogus ym. 2007, Sammer ym. 2010, Feng ym. 2011, Auer ym. 2014, Parand ym. 2014.) Johdon toimiessa potilasturvallisuudessa henkilöstölle esimerkinkaltaisesti, vahvasti se näkemyksiä potilasturvallisuudesta (Sammer ym. 2010, Feng ym. 2011). Auer ryhmineen (2014) selvitti tutkimuksessaan tarkemmin sairaalan johdon tuen yhteyttä sekä yleiseen käsitykseen potilasturvallisuuden tasosta että luottamukseen johtoa kohtaan. Tutkimuksessa laadittu rakenneyhtälömalli ilmensi johdon tuen yhteyttä kohtalaisen positiivisesti luottamukseen sekä positiivisesti yleiseen käsitykseen potilasturvallisuuden tasosta. (Auer ym. 2014.) Linnilän (2012) mukaan johdon tuen osa-alue kokonaisuudessaan on keskeinen kehittämisalue potilasturvallisuuskulttuurissa.

Hospital Survey on Patient Safety Culture -mittarilla (HSPSC) johdon tukea positiivisesti arvioi vastaajista 48–74 % useissa tutkimuksissa (Wagner ym. 2009, Armellino ym. 2010, Nie ym. 2013, Husso 2014). Johdon tuki osoittautui kaikista heikoimmaksi potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueeksi sekä Bagnascon (2011) että Chaboyerin (2013) ryhmien tutkimuksissa, joissa HSPSC-mittarilla positiivisesti tätä osa-aluetta arvioi vain 19–28 %. Bagnascon ryhmän mukaan vastaajien omien suorien vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen sairaalan johdon osa-aluetta koskeviin tekijöihin selittää sitä kohtaan esiintyvän voimakkaan kriittisyyden. Kun tutkimuksissa arvioitiin sairaalan johdon toimia, joilla se osoittaa potilasturvallisuuden olevan keskeinen prioriteetti, vastasivat sairaanhoitajat suomalaisissa tutkimuksissa merkittävästi kriittisemmin kuin sairaanhoitajat kansainvälisissä tutkimuksissa. Kahdessa suomalaisessa

tutkimuksessa positiivisesti arvioineita oli reilu neljännes (27–28 %), kun sveitsiläisessä tutkimuksessa heitä oli yli puolet (58 %) ja kiinalaisessa tutkimuksessa huomattavasti tätäkin enemmän (70 %). (Nie ym. 2013, Turunen ym. 2013, Auer ym. 2014, Jalava 2014.) Kolmannessa suomalaisessa tutkimuksessa vastaajista reilu kolmasosa vastaajista (37 %) ei osannut lainkaan arvioida johdon toimia (Husso 2014). Nämä tulokset voivat kertoa siitä, että Suomessa johdon toimintaa potilasturvallisuuskulttuurissa ei tunneta. Johdon tuen on kuitenkin raportoitu kehittyneen myönteisesti vv. 2008–2011 (Turunen 2012).

Tutkimustietoa on vain vähän siitä, mitä sairaalatason johdon toiminta potilasturvallisuuskulttuurissa käytännössä on. Parand tutkimusryhmineen (2014) pyrki sitä tutkimuksessaan selvittämään ja mallintamaan johdon toimintaa hyvän ja turvallisen laadun saavuttamisessa. Tutkimuksessa havaittiin ja ryhmiteltiin toiminnot kolmeen ryhmään: 1) strategiaan keskittyvät, 2) raportoituun tietoon keskittyvät ja 3) kulttuuriin keskittyvät toiminnot. 80 % tutkituista organisaatioista oli laatinut strategiset tavoitteet turvallisuus- ja laatutyölle. Niitä ei kuitenkaan systemaattisesti käsitelty hallituksen kokoontuessa. Osa hallituksen jäsenistä koki roolinsa passiivisena laatua ja potilasturvallisuutta koskevassa päätöksenteossa. Kulttuurikeskeisinä toimintoina esiintyi vahvaa viestintää turvallisuudesta ja laadusta. Hallituksilla oli käytävissään tietoa laadusta ja turvallisuudesta ja niitä käsiteltiin muutosten aikaansaamiseksi. Positiivinen yhteys sairaalan turvallisuus- ja laatusuoriutumisen ja hallituksen toiminnan välillä havaittiin organisaatioissa, joissa hallitus asetti tavoitteita hoidon laadulle ja turvallisuudelle, viestitti ja raportoi niistä. Sairaaloissa, joissa oli turvallisuuden ja laadun valvonta käytäntönä, oli laatu parempi ja kuolleisuus pienempi. Tutkimuksessa selvisi myös, että yleisesti organisaatiotason johtajien hoidon laatuun käyttämä aika oli liian vähäinen. (Parand ym. 2014.)

Parandin tutkimusryhmä (2013) tutki haastatteluin organisaation johtajien näkemyksiä omasta osallistumisestaan potilasturvallisuuden ja laadun kehittämiseen. Haastateltavien kuvauksista erottui viisi ulottuvuutta: 1) resurssien tarjonta, 2) henkilöstön innostaminen ja sitouttaminen, 3) tuki, 4) prosessien seuranta sekä 5) potilasturvallisuuden ja laadun kannalta merkittävien tekijöiden asettaminen osaksi systeemiä. Vaikuttavimpana organisaation johtajat pitivät edellä viimeisenä mainittua, systeemitasoista toimintaa, jossa potilasturvallisuuden tekijöitä ”upoteetaan” systeemiin, järjestelmiin, strategioihin ja prosesseihin. Henkilöstön innostamista ja sitouttamista he pitivät tärkeänä ja erityisesti se kohdistuikin ammattiryhmiin, joilla esiintyi voimakkainta vastustusta potilasturvallisuutta kohtaan. Omaan sitoutumistaan organisaation johtajat pitivät asian edistämässä tärkeänä. (Parand ym. 2013.) Johdolta odotetaan näkyviä

toimia. Johdon näkyvänä toimintana voidaan pitää sen jalkautumista työpaikoille säännöllisesti toteutettavilla potilasturvallisuuskierroilla (engl. Patient Safety Leadership Walk-Rounds), joiden yhteys potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttaa olevan positiivinen. (Kinnunen ym. 2009, Leonard ym. 2012, Parand ym. 2013, Morello ym. 2013). Parandin tutkimusryhmän (2013) tutkimuksessa organisaation johtajat pitivät potilasturvallisuuskiertoa hyvänä menetelmänä.

Hoitotyön johtajan rooli potilasturvallisuuden ja laadun varmistamisessa ei ole selkeä, varsinkin lääkärijohtajille. Tutkittaessa hoitotyön johtajan roolia potilasturvallisuuden ja laadun varmistamisessa, nähtiin hoitotyön johtajan roolin tuovan esiin hoitotyön ja potilaan näkökulman, samoin kuin roolin edistävän organisaatiotason tavoitteiden etenemistä hoitotyöhön. Hoitotyön johtajat itse kokivat omaavansa mahdollisuuksia edistää potilasturvallisuutta ja reagoida havaitsemiinsa näkökohtiin. Heillä oli lähes yhtäläinen näkemys siitä, että organisaation johto tukee hoitotyön johtajaa potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyvissä tehtävissä. Vain yhdessä sairaalassa epäiltiin, onko hoitotyön johtajalla riittäviä resursseja potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyvien tehtäviensä hoitamiseen. (Disch ym.2011.)

Tutkittaessa hoitotyönjohtajien näkemyksiä organisaation johdon tuesta potilasturvallisuuskulttuurille, on tullut esiin ristiriitaisia tuloksia. Kahdessa suomalaisessa tutkimuksessa (Kuosmanen ym. 2013, Turunen ym. 2013) hoitotyönjohtajien käsitykset organisaation johdon tuesta olivat myönteisemmät, kuin australialaisessa tutkimuksessa (Chaboyer ym. 2013).

2.4.2 Lähijohtaminen potilasturvallisuuskulttuurissa

Henkilöstöjohtamisen tulee tukea laadukasta ja turvallista toimintaa sekä luoda toimintakulttuurista avoin ja syyllistämätön. Henkilöstön sitouttaminen potilasturvallisuustyöhön on ratkaisevan tärkeää henkilöstövoimavarojen ja osaamisen varmistamisen ohella. Henkilöstösuunnitteluun on sisällyttävä myös varautuminen mahdollisiin poikkeus- ja muutostilanteisiin. (STM 2009a, THL 2011.)

Johtamistavassa empaattisuuden, vuorovaikutteisuuden, oikeudenmukaisuuden ja demokraattisuuden on havaittu olevan yhteydessä myönteisempään näkemykseen turvallisuusilmapiiristä (Squires ym. 2010, AbuAlRub ym. 2012). Myös näkyvällä ja kompetentilla johtamisella

on havaittu olevan positiivinen yhteys sairaanhoitajien näkemyksiin yleisestä potilasturvallisuuden tasosta (SmedsAlenius ym. 2014).

Lähijohtajan ja alaisen välisen suhteen laadun (hyvä-kohtalainen-heikko) on havaittu vaikuttavan potilasturvallisuuskulttuuriin ja sen ilmapiiriin. Kun lähijohtajan ja alaisen suhde koettiin hyväksi, olivat myös näkemykset organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, lähijohtajan odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden kehittämisessä, avoimesta kommunikoinnista, palautteesta ja virheistä kommunikoinnista sekä virheiden ei-rankaisevasta käsittelystä merkittävästi myönteisemmät, kun niitä verrattiin vastaajaryhmään, joka arvioi lähijohtajan ja alaisen välisen suhteen heikommaksi. (Thompson ym. 2011.)

Useissa tutkimuksissa, joissa aineisto on kerätty HSPSC-mittarilla, on lähijohtajien odotuksia ja toimintaa arvioitu tutkimuksissa melko samansuuntaisesti ja kohtuullisen myönteisesti. Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti sitä arvioi 62–75 % vastaajista. (Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Turunen 2012, Nie ym. 2013, Husso 2014.) Vertailtaessa sairaanhoitajien ja lähijohtajien käsityksiä, arvioivat sairaanhoitajat koko osa-alueen lähijohtajia kriittisemmin (Turunen ym. 2013). Fergusonin tutkimusryhmä (2007) käytti tutkimusmenetelmänään havainnointia ja totesi positiivisen vaikutuksen riskienhallintaan, kun lähijohtaja antoi henkilöstölleen hyvää palautetta ja huomioi potilasturvallisuudelle myönteiset käytännöt. Jalava (2014) raportoi, että 73 % piti lähijohtajaltaan saamaansa tukea hyvänä.

2.4.3 Kompetenssit ja osaaminen potilasturvallisuuskulttuurissa

Henkilöstön pätevyys ja osaaminen ovat keskeisiä rakenteita potilasturvallisuuskulttuurissa (Reiman ym. 2009). Osaamiseen ja työn hallintaan kohdistuu aiempaa suurempia odotuksia, sillä lääketiede, teknologia ja hoitomenetelmät kehittyvät kohti vaikuttavampaa, mutta samalla oikean käytön ja hallinnan suhteen vaativampaan suuntaan (Ferguson ym. 2007, Sammer ym. 2010, THL 2011, STM 2014a). Organisaatioille tämä asettaa haastetta osaamisen ja tehtävien vastaavuuden seurantaan ja varmistamiseen, sillä potilaiden sairauksien vaatiman tason mukainen osaaminen ja henkilöstömäärä on taattava myös tilanteissa, joissa henkilöstö vaihtuu ja työtehtävät muuttuvat. Toiminnan porrastamisessa huomioitavaksi tulee, että kriittistä osaamista vaativa hoito keskitetään siten, että vain riittävän koulutuksen saanut henkilöstö vastaa korkean riskin potilaiden hoidosta. (STM 2014a.)

Ammatillisen osaamisen lisäksi osaaminen on myös ei-teknistä osaamista. Ei-teknisellä osaamisella tarkoitetaan esimerkiksi viestinnän, tiimityön, yhteistyön tukemisen, tehtävän koordinoinnin, tilannetiedon ylläpidon, päätöksenteon osaamista ja muita inhimillisiin tekijöihin liittyviä taitoja. Näiden taitojen merkitykseen tulee terveydenhuollossa kiinnittää huomiota erityisesti siksi, että vastuu potilaan turvallisuudesta hajaantuu usein omaa toimintayksikköä laajemmalle. (Reiman ym. 2009, THL 2011, Helovuori ym. 2011.)

Suomessa STM linjaa Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön -toimintaohjelmassaan, että hoitotyön johtajan tulee luoda toimintakulttuuria, joka voimaannuttaa henkilöstöä ja kannustaa oman ammattitaidon, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämiseen (STM 2009b). Hoitotyönjohtajan tehtäviin liittyvää kompetenssia selvitettyä tärkeimpänä tulivat esiin potilasturvallisuudesta, sen tavoitteista ja siinä suoriutumista kommunikointi. (Disch ym. 2011.)

Potilasturvallisuuskulttuuria voidaan pitää suhteellisen tuoreena ilmiönä, sen vuoksi sitä on syytä tarkastella sen edellyttämien kompetenssien näkökulmasta. Tätä King tutkimusryhminen (2012) selvitti Kanadassa. Potilasturvallisuuden kompetenssi määriteltiin olevan joukko tietoja, taitoja ja asenteita, jotka ovat yhteisiä kaikille terveydenhuollossa toimiville. Niitä tarvitsevat ja käyttävät jokainen yhtä lailla henkilökohtaisessa toiminnassaan kuin tiimityössä potilaan turvallisen hoidon varmistamisessa. Ryhmä kuvaa kuusi kompetenssiosa-alueita: 1) potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen, 2) yhdessä toimiminen, 3) tehokas kommunikointi, 4) riskienhallinta, 5) henkilöstövoimavarojen ja ympäristötekijöiden optimoiminen, 6) vaaratapahtumien tunnistaminen, reagointi ja avoimuus. Kingin tutkimusryhmän mukaan potilasturvallisuuden kompetenssien määrittäminen tukee ammatillista kehittymistä ja johtaa potilasturvallisuuden edellyttämiin yhtenäisiin taitoihin ja ymmärrykseen. (King ym. 2012.)

2.4.4 Henkilöstömitoitus potilasturvallisuuskulttuurissa

Henkilöstömitoitus on tärkeä osa-alue potilasturvallisuuskulttuurissa, eikä potilasturvallisuutta voida käsitellä arvioimatta sitä. Arvioinnissa huomio on henkilöstömäärässä, -rakenteessa, osaamisessa ja työtyytyväisyyteen liittyvissä tekijöissä. Terveydenhuollon henkilöstövoimavaroja on leimannut rajallisuus, niukkuus ja suuri vaihtuvuus (THL 2011).

Henkilöstömitoitusta tarkastellaan myös kulujen ja kustannustehokkuuden näkökulmasta, sillä henkilöstökulut muodostavat suuren kulun organisaatioille. Kustannustehokkuuden tavoittelussa tuloksia saavutetaan nopeammin henkilöstöä vähentämällä kuin tehostamalla toimintaa ja se voi ajaa tilanteeseen, jossa pitää tehdä liian paljon liian nopeasti. Laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa selvitettiin henkilöstökuormituksen yhteyttä 30-päivän kuolleisuuteen tavallisimpien kirurgisten leikkauspotilaiden osalta. Tulokset osoittivat, että 30-päivän kuolleisuuden todennäköisyys kasvoi 7 %:lla, kun hoidettavien potilaiden määrä sairaanhoitajaa kohden nousi yhdellä potilaalla. (Aiken ym. 2014.)

Aikenin tutkimusryhmän mukaan henkilöstömitoituksen ja kustannustehokkuuden yhteydestä tarvitaan lisää tutkimusta. Erityisesti tarvetta vaikuttaisi olevan henkilöstömitoituksen muutoksia selvittävälle pitkittäistutkimukselle sekä kustannustehokkuuden tehostamistoimenpiteitä vertailevalle tutkimukselle. (Aiken ym. 2014.)

Arviot henkilöstömitoituksesta olivat tutkimuksissa kriittisiä. Tutkimuksissa, joissa mittarina käytettiin HSPSC-mittaria, positiivisten vastausten osuus oli 24–51 %. (Wagner ym. 2009, Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Turunen 2012, Nie ym. 2013, Wang ym. 2014, Husso 2014.) Fergusonin ym. (2007) tutkimuksessa mitoitusta ei pidetty optimina ympäristöön ja potilaskuormitukseen nähden, erityisesti tämä havaittiin vuoronvaihtotilanteissa. Husso (2014) raportoi omassa tutkimusraportissaan vuoronvaihtotilanteiden olleen vastaajille vaikeita arvioitavia. Positiivisten vastaajien osuus väittämään ”*Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden*” oli vahvistunut 10 % vv. 2008–2011 (Turunen 2012).

Varis (2011) raportoi tutkimuksessaan, että riittämätön henkilöstöresurssi oli potilasturvallisuutta heikentävä tekijä. McKinnonin (2012) mukaan lähijohtajat kokivat henkilöstömitoituksen niukkuuden vaikeana. Hänen haastattelututkimuksessaan eräs tutkittava kertoi, että varoja hoitotarvikkeisiin on helpompi saada kuin varoja henkilöstöön. Sairaanhoitajien näkemykset potilasturvallisuudesta paranivat 2.5 kertaisiksi, kun he arvioivat henkilöstömitoituksen olevan kunnossa (Smeds Alenius ym. 2012). Thompsonin ryhmän (2011) tutkimuksessa ei saatu tutkimusnäyttöä sille, että hyvänä arvioitu lähijohtajan ja alaisen välinen suhde olisi yhteydessä henkilöstömitoituksen arvioimiseen, vaan henkilöstömitoitus arvioitiin samankaltaisesti huolimatta lähijohtaja-alaisuuden kokemuksesta.

2.4.5 Tiimityö potilasturvallisuuskulttuurissa

Potilaan hoidon onnistuminen edellyttää hyvää yhteistyötä ja eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittamista. Mitä laajemmasta tiimistä on kyse, sitä enemmän toiminnan suunnitteluun ja ohjaamiseen tulee kiinnittää huomiota. (Claridge ym. 2007.) Ammattiryhmien osaamisen yhteensovittamisen tulisi näkyä ammattiryhmien keskinäisenä kunnioituksena ja päätöksenteon joustavuutena erityistilanteissa, mutta myös siten, että organisaation toiminnan ja potilaan hoidon suunnittelussa hyödynnetään kokonaisvaltaisesti erilaisten ammattien edustajien erikoisosaamista. Kun tiimin arvioidaan toimivan hyvin, koetaan sen tekevän työtä asiantuntijaryhmänä, ei ryhmänä asiantuntijoita. (Pietikäinen ym. 2008, Helovuori ym. 2011.)

Vastuun ottaminen potilasturvallisuudesta kuuluu jokaiselle tiimissä työskentelevälle. Tiimityössä asennoidutaan arvioimaan tilanteita ja työtä siihen potilaalle liittyvien riskien kannalta ja toimitaan niiden minimoimiseksi. (STM 2009.) Työntekijöillä on tällöin oltava kokemus vaikutusmahdollisuuksistaan sekä arkityössä että potilasturvallisuuden kehittämisessä (Pietikäinen ym. 2008).

Moniammatillisen yhteistyön edistäminen nähdään haasteena (THL 2011). Haasteelliseksi sen tekevät terveydenhuollossa vaikuttavat vahvat alakulttuurit, jotka voivat liittyä ammattiryhmiin, erikoisryhmiin tai toimialoihin. Erityisesti on nostettu esiin hoitohenkilöstön ja lääkäreiden välillä esiintyviä alakulttuureja sairaaloissa. (Kinnunen 2010.) Lääkäreiden on katsottu työskentelevän useammin yksilölähtöisesti (lääkärilähtöisesti) parantamisenorientaatiolla, kun taas hoitohenkilöstö työskentelee useammin kollektiivisella otteella (Degeling ym. 2001).

Lääkäreiden toimintaan on liitetty myös vahva autonomia sekä käsityömäinen asenne, joilla tarkoitetaan mahdollisuutta itse säädellä ja määritellä yksilöllisiä työskentelytapoja. Turvallisuuskriittisessä toiminnassa tämän kaltaiset toimintatavat jarruttavat potilasturvallisuuskulttuurin toteutumista, joten niistä tulisi luopua ja korvata ne toimintatavoilla ja käytännöillä, jotka edistävät toiminnan yhtenäisyyttä ja tasavertaisuutta työolojen sekä toimijoiden kesken. (Amalberti ym. 2005, Sammer ym. 2010, Pietikäinen ym. 2012.) Moniammatilliseen yhteistyöhön kiinnitettiin Suomessa huomiota uudistettaessa terveydenhuoltolakia (1362/2010), siinä todetaan myös johtamisessa tarvittavan moniammatillista osaamista.

Tiimityö vaikuttaa useiden tutkimustulosten perusteella olevan yksi vahvimmista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista HSPSC-mittarilla arvioituna. Yksikön sisäisen tiimityön arvioi myönteisesti 72–87% vastaajista. Myönteisesti arvioivien osuus vähenee, ollen 42–66 %,

kun arvioitavana oli muiden yksiköiden kanssa tehtävä tiimityö. (Armellino ym. 2010, Turunen 2012, Nie ym. 2013, Wang ym. 2014.) Kun vastaajina olivat sairaanhoitajat, neljännes heistä arvioi tiimien välisen yhteistyön myönteisesti (Bagnasco ym. 2011). Lääkäriin ja hoitajan välisen yhteistyön arvioi hyväksi yli $\frac{3}{4}$ (79 %) vastaajista (Jalava 2014). Sammerin tutkimusryhmän (2010) mukaan potilaiden hoitojen ja teknologian kehittymisen myötä, on tiimi- ja yhteistyön vaatimukset lisääntyneet. Kirjallisuuden mukaan tiimityön osa-alueella on havaittu myönteistä kehitystä (Linnilä 2012).

Eri taustatekijöillä voi olla yhteyttä arviointeihin tiimityöstä. Ammattiryhmistä lääkärit arvioivat tiimityötä myönteisemmin verrattuna hoitohenkilöstöön (Bagnasco ym. 2011). Tutkittaessa vastaajan työkokemuksen yhteyttä näkemyksiin tiimityöstä, on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Työkokemuksen lisääntyessä myönteisesti tiimityötä arvioivien määrä laski (Armellino ym. 2010), kun toisen tutkimuksen mukaan vähintään kymmenen vuoden työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat arvioivat tiimityötä positiivisemmin kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat (AbuAlRub ym. 2012). Myös vastaajien työyksikkö voi olla yhteydessä arviointeihin tiimityöstä. Tehohoitoyksiköissä toteutetussa tutkimuksessa havaittiin kriittisempää arviointia tiimityöstä, sillä vastaajista hieman alle puolet (45 %) arvioi sitä potilasturvallisuuskulttuurille myönteisesti (Chaboyer ym. 2013).

Kommunikoinnin ja viestinnän merkitys hyvässä tiimityössä on ilmeinen. Useasti huonon tiimityön taustalla piilevät viestintään liittyvät pulmat (Helovuo ym. 2011). Viestintä on turvallisen hoidon varmistamisen keskeinen työkalu ja potilasturvallisuuden osatekijä (Ferguson ym. 2007, Beyer ym. 2007, Sammer ym. 2010, Helovuo ym. 2011). Hyvä kommunikaatio edistää potilasturvallisuutta, huono kommunikaatio puolestaan on yleinen riskitekijä ja myötävaikuttaja vaaratapahtumissa. Kommunikaatioon liittyvien ongelmien on arvioitu myötävaikuttavan noin 65–70 %:ssa tapahtuneista haittatapahtumista (Leonard ym. 2004, Sandlin 2007).

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden viestintätapojen on raportoitu olevan erilaiset. Sairaanhoitajien viestinnässä korostuu laaja kuvaileva kerronta, kun puolestaan lääkäreiden viestintä on tiivistä ja ydinasioita korostavaa. Tämä voi johtaa kommunikaatiossa ongelmatilanteisiin. (Leonard ym. 2004.) Potilasturvallisuuden edistämiseksi onkin kehitetty erilaisiin hoitotilanteisiin strukturoituja kommunikointitapoja (Leonard ym. 2012.). ISBAR on viestintätyökalu, jonka avulla informaatio järjestetään sekä esitetään tiiviissä ja rakenteisessa muodossa. Lyhenne on muodostettu raportin vaiheita kuvaamaan (I= identify, S= situation, B= background, A= as-

essment, R= recommendation). ISBAR-menetelmä yhtenäistää viestintää kaikkien toimijoiden kesken (Thompson ym. 2011). SBAR rakenteistaa viestintää samaan tapaan (Beyer ym. 2007). Rajapintoihin liittyy usein tiedonkulun ongelmia ja ne voivat johtaa tilanteisiin, joissa hoitopäätöksiä tehdään puutteellisen tai väärän tiedon pohjalta (THL 2012).

Hoitotyössä on kiinnitettävä huomiota hyvään kommunikointiin myös potilaiden kanssa, jotta he saavat riittävästi tietoa hoidostaan ja sen suunnitelmista. Jos potilaat ovat tyytymättömiä kommunikointiin ja yleensä hoitosuhteeseensa, voivat he jättää kertomatta hoitonsa kannalta tärkeitä asioita. (Beyer ym. 2007.) Sahlström tutkimusryhmineen (2014) on raportoinut potilaiden näkemysten olleen myönteisiä omaan hoitoonsa osallistumisesta (89 %). Potilailla oli myönteinen näkemys myös siitä, että hoitajat kannustivat heitä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja että hoitajat puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla. (Sahlström ym. 2014.)

HSPSC-mittarilla arvioiduissa tutkimuksissa myönteisesti tiimityön kommunikoinnin avoimuutta arvioi 46–62 % vastaajista (Wagner ym. 2009, Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Nie ym. 2013, Auer ym. 2014, Husso 2014). Tutkimukset osoittavat, että lähijohto voi vahvistaa myönteistä näkemystä omalla johtamistoiminnallaan. Luomalla vuorovaikutteista ilmapiiriä, voi lähijohtaja vahvistaa henkilöstön käsityksiä turvallisuusilmapiiristä (Squires ym. 2010, Thompson ym. 2011). Lähijohtaja-alais-suhteen havaittiin vahvistuvan ja vaikuttavan turvallisuusilmapiiriin, kun johtamisessa ilmeni oikeudenmukaisuus, vuorovaikutteisuus ja empatia (Squires ym. 2010). Kun lähijohtajan ja alaisen välinen suhde koettiin hyväksi, arvioitiin myös kommunikoinnin olevan runsaampaa ja avoimempaa (Thompson ym. 2011).

2.4.6 Vaaratapahtumien käsittely potilasturvallisuuskulttuurissa

Organisaation tulee oppia omista virheistään. Yrityksen oppiminen näkyy sen kyvyssä havainnoida ympäristöään ja uudistaa toimintaansa sen mukaisesti. Olennaista siinä on, kuinka toimintaa arvioidaan tehtyjen havaintojen perusteella. (Viitala 2008.) Kokemuksista oppiminen on olennainen osa potilasturvallisuuden kehittämistä ja oman organisaation raportoima tieto on sen vuoksi ensisijaista (STM 2014a). Organisaatiot voivat oppia myös onnistumistaan (Sammer ym. 2010). Potilasturvallisuuskulttuurin prosesseja seuraamalla varmistetaan, että tavoitteet on saavutettu (Parand ym. 2013).

Terveydenhuollossa organisaatiotason oppiminen on kehittynyt myönteisesti (Linnilä 2012). Turunen (2012) ei kuitenkaan havainnut oppimisen ja jatkuvan kehittämisen osalta muutosta vv. 2008–2011. HSPSC-mittarilla arvioituna organisaation oppimista ja jatkuvaa kehittämistä koskevat näkemykset olivat positiivisia 68–72 % vastaajista (Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Auer ym. 2014). Wangin ryhmän (2014) tutkimuksessa organisaation oppiminen todettiin sairaaloissa potilasturvallisuuskulttuurin vahvuudeksi, sillä jopa 90 % arvioi tämän osa-alueen myönteisenä. Oppimisella, osaamisen tukemisella ja kehittämisellä arvioitiin olevan yhteyttä käsityksiin potilasturvallisuuskulttuurista, kun niitä tarkasteltiin esimiehen toimintana (Smith ym. 2009, Sammer ym. 2010, Thompson ym. 2011, Varis 2011).

Esimerkeistä oppiminen on mahdollista oman organisaation sisällä, kun käytössä on vaaratapahtumien ilmoitus- ja raportointimenettelyt. Suomessa yli 200 organisaatiota käyttää VTT:n kehittämää HaiPro-ohjelmaa. Käyttäjää sillä on yli 140 000. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. Raportointi on vapaaehtoista, syyttelemätöntä ja luottamuksellista. (HaiPro 2014.)

Jotta oppimista saavutetaan tapahtuneista virheistä raportoidun informaation kautta, on organisaatiossa vallittava ilmapiiri, jossa suhtaudutaan hyväksyvästi inhimillisiin virheisiin ja vaaratapahtumat käsitellään avoimesti ilman syyllistämistä ja rankaisua (Sammer ym. 2010). Syyllistämisen pelko voi vähentää ilmoittamisaktiivisuutta. Vaaratapahtumista ilmoittamisaktiivisuutta pidetään yhtenä kehittyneen potilasturvallisuuskulttuurin mittana. (Price ym. 2007, Helovuo ym. 2011.) Vaaratapahtuman satuttua on myös kiinnitettävä huomiota vaaratapahtumassa osallisina olleisiin, ymmärrettävä, että tilanne synnyttää heissä erilaisia tunteita ja tarjottava heille kaikki mahdollinen tuki käsittelyn eri vaiheissa (Price ym. 2007, Kinnunen 2010).

Nykytiedon perusteella vaaratapahtumien käsittelyä ei voitane pitää potilasturvallisuuskulttuurin vahvana osa-alueena. Se onkin todettu keskeiseksi potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisalueeksi (Linnilä 2012). Armellinon tutkimusryhmän (2010) tutkimuksessa ei-rankaiseva virheiden käsittely oli heikoin potilasturvallisuuskulttuurin osatekijä. Vain viidennes vastaajista suhtautui siihen positiivisesti. Positiivisimmin tätä osatekijää arvioivat sairaanhoitajat Turusen (2012) tutkimuksessa, jossa positiivisten vastausten osuus oli 51 %. Turusen tarkasteltua muutosta vv. 2008–2011 olivat myönteiset näkemykset ei-rankaisevan virheiden käsit-

telyn osa-alueella vahvistuneet 9 %. Yleisimmin positiivisten vastausten osuus oli tasolla 32–48 % (Wagner ym. 2009, Bagnasco ym. 2011, Nie ym. 2013, Wang ym. 2014).

Turusen tutkimusryhmän (2013) vertailtua sairaanhoitajien ja hoitotyön johtajien käsityksiä vaaratapahtuman käsittelyn osa-alueella, esiintyi selkeä ero vastaajaryhmissä. Hoitotyön johtajat olivat merkitsevästi myönteisempiä käsityksissään. Samansuuntaista havaitsi Singer tutkimusryhmineen, pelko syyllistämisestä jakoi voimakkaasti vastaajaryhmiä. Eniten pelkoa esiintyi työntekijöiden keskuudessa, jopa kaksinkertaisesti korkeimman johdon käsityksiin verrattuna. (Singer ym. 2008.)

Vaaratapahtumien kommunikointia ja palautetta arvioidessaan vastaajilla oli myönteisin näkemys liittyen kommunikaatiokäytäntöihin vaaratapahtumien toistumisen ehkäisemiseksi (Turunen ym. 2013, Nie ym. 2013, Auer ym. 2014). Auerin tutkimusryhmä totesi, että vastaajista 81 % keskusteli vaaratapahtumien toistumisen ehkäisemisestä, puolet vastaajista koki mahdolliseksi kyseenalaistaa tehtyjä päätöksiä ja toimintoja ja neljännes luotti, että johto on aktiivinen vastaajan esille ottaman asian selvittämisessä (Auer ym. 2014). Wagnerin tutkimusryhmän (2010) tutkimuksessa 60 % ja Turusen tutkimusryhmän (2013) tutkimuksessa 38 % arvioi, että yksikössä tapahtuneista vaaratapahtumista kerrotaan heille. Yksikön sisäinen tiedottaminen vaaratapahtumista oli Turusen (2012) tutkimuksen mukaan parantunut 7 % vv. 2008–2011, mutta samalla keskustelu vaaratapahtumien toistumisen ehkäisystä oli heikentynyt 6 %.

Fergusonin tutkimusryhmä (2007) käytti tutkimusmenetelmänään havainnointia ja totesi positiivisen vaikutuksen riskienhallintaan, kun lähijohtaja antoi henkilöstölleen hyvää palautetta ja huomioi potilasturvallisuudelle myönteiset käytännöt. Jalava (2014) raportoi, että 73 % piti lähijohtajaltaan saatua tukea hyvänä. Organisaation ja lähijohdon antama palaute motivoi virheiden esiin tuomiseen, siksi johtajien tehtävänä on hyödyntää ja arvioida virheistä saatua tietoa ja toimia keskusteluyhteyksien avaajina työyhteisöissä sekä organisaatiotasojen välillä (Kinnunen 2010).

2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Potilasturvallisuuskulttuuri on dynaaminen systeemi, johon vaikuttavat organisaation rakenteiden lisäksi ammatilliset ja organisaation arvot sekä henkilökohtaiset asenteet. Terveystuon ammattien vahvat ammatikulttuurit voivat toimia potilasturvallisuuskulttuuria jarruttavina tekijöinä. Hyvä johtaminen on avainasemassa potilasturvallisuuskulttuurin edistämisesä ja implementoinnissa. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin edellytyksenä on, että siinä toimivilla on vahva yhtäpitävyys ja yhteinen ymmärrys sen tärkeydestä.

Hoitotyön johtaja toimii roolissaan kahdensuuntaisesti: tuo esiin hoitotyön ja potilaan näkökulman sekä edistää organisaatiotason tavoitteiden etenemistä kliniseen hoitotyöhön. Hoitotyön johtajien tulee tarkastella hoitotyön prosesseja potilasturvallisuuden kannalta päivittäin laajalla näkökulmalla.

Tuntemus potilasturvallisuuskulttuuria edistävästä strategioista ja teorioista sekä arvioinnissa käytettävistä mittareista voivat lisätä ymmärrystä potilasturvallisuuskulttuurista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Potilasturvallisuuskulttuuria mittaavat kyselyt on ulotettava koko organisaation tasolle, sillä potilasturvallisuuden taso voi vaihdella suuresti organisaation sisällä. Kyselyiden lisäksi johdon turvallisuuskierrot yksiköissä voivat soveltua menetelmiksi potilasturvallisuuskulttuuria edistettäessä. Lääkehoidon turvallisuuden kehittämisessä on käytetty havainnointia ja menetelmän vaikuttavuudesta on saatu lupaavia tuloksia (Härkänen 2014).

Sairaalatason johdolta ja hoitotyön johtajilta saatu tuki heijastuu myönteisesti useille potilasturvallisuuden osa-alueille. Sairaalatason johdon tukea ei kuitenkaan tämän hetkisen tutkimustiedon mukaan arvioida kovin myönteisesti. Varsinkaan suomalaisissa sairaaloissa sairaalatason johdon tukea ei ole arvioitu kovin myönteisesti eikä sitä ole koettu helpoksi arvioida. Vaikuttaa siltä, että sairaalatason johdon toimintoja potilasturvallisuudessa ei tunneta. Osittain sairaaloiden johdossa on tunnistettu, ettei potilasturvallisuuskulttuurin johtamiseen ole käytettävissä tarpeeksi aikaa. Esimerkkinä toimiminen ja näkyvästi potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseen sitoutuminen voivat vahvistaa luottamusta johtajien ja työntekijöiden välillä. Johtajilta odotetaan mielenkiintoa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua kohtaan. Johtajan toiminnassa oikeudenmukaisuuden, luottamuksen, empatian ja vuorovaikutteisuuden on havaittu olevan yhteydessä myönteisempään näkemykseen potilasturvallisuuskulttuurista. Hoitotyön johtajan kompetenssina kommunikointi on tärkeimpiä.

Organisaatioilla on haastetta potilasturvallisuuskulttuuria tukevan ja edistävän ilmapiirin rakentamisessa. Ei-rankaiseva vaaratapahtumien käsittely on useiden tutkimusten perusteella heikoimpia potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita. Syyllistämisen pelkoa esiintyy, mikä voi heikentää vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta. Avoin ilmapiiri, jossa havaintoja potilasturvallisuudesta voi nostaa yhteiseen keskusteluun ja tehtyjä ratkaisuja voi kyseenalaistaa, on potilasturvallisuuskulttuurin edistämisen kannalta myönteinen. Systeemilähtöisesti vaaratapahtumaa tarkastellaan usean myötävaikuttaneen tekijän tuloksena.

Tiimityön ja kommunikaation sujuvuutta voidaan pitää hoidon turvallisuuden kannalta erittäin merkittävänä. Yksikön sisäinen tiimityö on useissa tutkimuksissa vahvimaksi arvioitu osa-alue potilasturvallisuuskulttuurissa. Muiden yksiköiden kanssa yhteistyö ei ole yhtä sujuvaa. Hoitotyötä kauttaaltaan leimaava kompleksisuus, heterogeenisuus, potilashoitoa koskevan vastuun jakautuminen omaa toimintayksikköä laajemmin sekä teknologian ja hoitomenetelmien kehittyminen asettavat yhteistyölle entistä enemmän vaatimuksia.

Verrattaessa työntekijöiden ja johtajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista usein johtajien arviot olivat myönteisempiä. Ero voi selittyä osin sillä, että johtajat muodostavat käsityksiään perustuen raportoituihin tilanteisiin, eivätkä osallistu välittömään potilashoitoon. Eroja käsityksissä voivat selittää erilaiset taustatekijät ammatti, koulutus, yksikkö ja työkokemus. Taustatekijöiden liittäminen osaksi tutkimustietoa kuvaa monipuolisemmin potilasturvallisuuskulttuurin tilaa organisaatioissa.

Lähijohdon sekä sairaalatasen johdon tuen ja toiminnan yhteydestä potilasturvallisuuskulttuurin osatekijöihin tarvitaan syventävää tutkimustietoa. Siihen pyritään tässä tutkimuksessa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasturvallisuuskulttuurin tilaa sairaalohenkilöstön arvioimana. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten vastaajien arvioinnit lähijohtamisesta ja sairaalatasen johdosta ovat yhteydessä arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueista. Tavoitteena on tuottaa tietoa, joka on hyödynnettävissä kehitettäessä potilasturvallisuuskulttuurin johtamista sairaaloissa.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millainen on sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri henkilöstön arvioimana?
2. Millainen yhteys henkilöstön arvioilla lähijohdon odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden edistämiseksi on arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurista sairaalassa?
3. Millainen yhteys henkilöstön arvioilla sairaalatasen johdon tuesta potilasturvallisuudelle on arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurista sairaalassa?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen aineiston keruu

Tutkimusaineisto on kerätty sähköisellä verkkokyselyllä yhdestä suomalaisesta sairaalasta alkuvuonna 2014. Aineiston keruusta on vastannut professori Hannele Turunen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitokselta. Aineiston keruuta ja tutkimusta varten tarvittavat luvat on hankittu tutkimusorganisaation ja Itä-Suomen yliopiston käytäntöjen mukaisesti. Kysely osoitettiin sairaalan koko henkilöstölle ja vastauksia saatiin 862. Vastausaktiivisuus kyselyssä oli 19 %. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineiston keruu on suoritettu kaikin tavoin hyvän tutkimusetiikan mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Aineiston keruussa mittarina käytettiin Hospital Survey On Patient Safety Culture -mittaria (HSPSC), joka on kansainvälisesti laajassa käytössä oleva potilasturvallisuuskulttuuria kartoittava kysely. Se kerää tietoa moniulotteisesti ja hankitun tiedon avulla voidaan arvioida organisaation potilasturvallisuuden tilaa, vahvuuksia ja mahdollisia kehittämiskohteita. HSPSC-mittari on alun perin Yhdysvalloissa Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) instituutin kehittämä mittari (Sorra ym. 2004), jota on muokattu alkuperäisestä suomalaisen sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen soveltuvaksi. Itä-Suomen yliopiston potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksissa HSPSC-mittari on ollut käytössä vuodesta 2008. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet mittarin olevan validi, eikä siihen tehty muutoksia tätä tutkimusta varten. (Turunen ym. 2008, 2013.)

HSPSC-mittarissa on 42 likert-asteikollista väittämää, joiden vastausvaihtoehdot muodostavat nousevan skaalan viisiportaisesti (*1=Täysin eri mieltä tai 1= Ei koskaan, 3= Vaikea arvioida, 5= Täysin samaa mieltä tai 5= Aina*). HSPSC-mittarin väittämät käsittelevät potilasturvallisuuskulttuuria 12 eri osa-alueella. Mittarilla kerättiin tietoa potilasturvallisuuskulttuurista kohdistuen lähijohtajien odotuksiin ja toimintaan, johdon tukeen, henkilöstömitoitukseen, tiimityöskentelyyn yksikössä ja yksiköiden välillä, työvuorojen vaihtoihin ja siirtymisiin, kommunikoinnin avoimuuteen, vaaratapahtumien raportointiin, vaaratapahtumista saatavaan palautteeseen sekä kommunikaatioon, ei-rankaisevaan virheiden käsittelyyn, organisaation oppimiseen ja jatkuvaan kehittämiseen sekä yleisnäkemyksiin potilasturvallisuudesta. Mittariin kuuluu myös yksi avoin kysymys, mutta siihen liittyviä vastauksia ei käytetä tämän tutkimuk-

sen aineistona. Kyselyn yhteydessä kerättiin olennaisia taustatietoja vastaajista ja organisaatiosta.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston käsittelyyn käytettiin SPSS Statistics 21 -tilasto-ohjelmaa. Tutkimusaineisto saatiin valmiiksi SPSS-ohjelmaan tallennettuna Itä-Suomen yliopistolta tutkimuksen pääohjaajalta. Tuloksia on koottu useisiin taulukoihin.

Vastaajien taustatiedoista esitetään sukupuoli, ikä, ammattiryhmä, työsuhteen muoto, työajan muoto, työskentelyalue, toimiiko vastaaja välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa ja työkokemuksen pituus nykyisessä ammatissa, nykyisessä sairaalassa sekä nykyisessä yksikössä. (Taulukot 2 ja 3.) Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut tarkoituksena selvittää taustatekijöiden yhteyttä arvioituun potilasturvallisuuskulttuuriin, joten siitä ei raportoida.

Tutkimuskysymysten mukaisesti tarkoituksena oli kuvata henkilöstön arvioita sairaalan potilasturvallisuuskulttuurista. Henkilökunnan arvioinnit esitetään frekvensseinä ja prosenttiosuuksina alkuperäisten väittämien mukaisesti. (Taulukot 4–6.) Kuitenkin niin, että raportissa ne esitetään alkuperäisen viisiportaisen asteikon sijasta kolmeportaisella asteikolla. Muuttujien alkuperäinen viisiportainen likert -asteikko on muokattu kolmeportaiseksi siten, että alkuperäiset likert-luokat *Täysin eri mieltä* ja *Eri mieltä*, on yhdistetty uudeksi luokaksi kuvaamaan erimielistä suhtautumista väittämään. Samalla tavoin alkuperäiset likert-luokat *Samaa mieltä* ja *Täysin samaa mieltä*, yhdistettiin ja uusi luokka kuvaa samanmielistä suhtautumista väittämään. Kun väittäjä koski jonkin asian esiintymistiheyttä, alkuperäisistä likert-luokista *Ei koskaan* ja *Harvoin* muodostettiin uusi luokka, joka kuvaa harvoin tapahtuvaa asiaa. Puolestaan alkuperäisistä likert-luokista *Usein* ja *Aina* muodostettiin uusi luokka, joka kuvaa usein tapahtuvaa. Alkuperäinen luokka kolme (*joskus*) jätettiin ennalleen.

Mittarissa suurin osa väittämistä oli ilmaistu niin, että väittämän arvot 4 ja 5 (*samaa mieltä*, *joskus*, *täysin samaa mieltä* ja *aina*) tarkoittivat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteistä arviota. Kuitenkin mittarissa oli myös käänteisessä muodossa esitettyjä väittämiä, jolloin näiden väittämien osalta potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisiä arvioita olivat

asteikon arvot 1 ja 2 (Täysin eri mieltä, ei koskaan, eri mieltä, joskus). Näihin väittämiin on taulukoissa 4-6 liitetty merkintä (k) osoittamaan väittämän käännteistä suuntaa. Taulukoissa on lisäksi erillinen selite.

Väittämäkohtaisten vastausten lisäksi esitetään kustakin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueesta siihen potilasturvallisuuskulttuurin kannalta positiivisesti suhtautuvien osuus. Se on tämän ilmiön tutkimuksissa yleinen tapa esittää tuloksia ja mahdollistaa eri tutkimusten tulosten vertailua. Kun näkemyksistä 75 % on myönteisiä, kuvaa se vahvaa potilasturvallisuuskulttuuria, ja myönteisten näkemysten ollessa alle 50 %, kuvaa se tarvetta kehittämistoimenpiteisiin (AHRQ 2014, Turunen ym. 2013).

Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sitä, millainen yhteys sairaalahenkilöstön arvioinneilla johtamisesta voisi olla arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurista. Yhteyden selvittämiseksi muodostettiin keskiarvosummamuuttujat lähijohtamisesta ja sairaalatason johdosta. Lähijohtamisen summamuuttuja muodostettiin HSPSC-mittarin väittämistä, jotka käsittelevät lähijohtajien odotuksia ja toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi. Summamuuttujan muodostamisessa huomioitiin, etteivät kaikki alkuperäiset muuttujat mitanneet tutkimusilmiötä samaan suuntaan. Sen vuoksi osa summamuuttujan muodostavista alkuperäisistä muuttujista luokiteltiin uudelleen, jolloin asteikko saatiin samansuuntaiseksi kaikkien muuttujien osalta. Summamuuttujan muodostavien muuttujien keskinäinen korrelaatio testattiin Cronbachin alfa-kertoimella. Se oli lähijohtamisen summamuuttujalle 0,808, jota voidaan pitää hyväksyttävänä. (Kankkunen ym. 2009.) Muodostettu summamuuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi. Luokka yksi koostuu summamuuttujan arvoista välillä 1–3,4 ja kuvaa lähijohtamista kriittisesti arvioineita vastaajia. Luokka kaksi on summamuuttujan arvoista välillä 3,5–5 muodostuva lähijohtamista myönteisesti arvioineita kuvaava luokka. Summamuuttujien luokkien muodostamisessa on kriteerinä käytetty mittarin väittämien alkuperäistä asteikkoa ja luokkien raja on asetettu asteikon puoleen väliin.

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden ryhmien vastauksista laskettiin keskiarvot kaikista väittämistä. Keskiarvon laskennassa käytettiin alkuperäisten vastausten sijaan uudelleen luokiteltuja vastauksia niiden muuttujien kohdalla, joissa alkuperäinen asteikko ei mitannut väittämää samaan suuntaan. Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajien välisen eron tilastollinen merkitsevyys testattiin muuttujittain Mann-Whitneyn U -testillä. Mann-Whitneyn U -testiä käytettiin, sillä luokitteleva muuttuja oli kaksiluokkainen

sekä toisaalta siksi, ettei aineisto noudattanut normaalijakaumaa. (Polit ym. 2006, Kankkunen ym. 2009, Karhunen ym. 2010.)

Sairaalahenkilöstön sairaalatasen johdosta tekemien arviointien yhteyttä arviointiin potilasturvallisuuskulttuurista selvitettiin samaan tapaan kuin lähijohtamisen yhteyttä (ks. edeltävät kappaleet). Sairaalatason keskiarvosummamuuttujan muodostivat HSPSC-mittarin johdon tukea potilasturvallisuudelle mittaavat väittämät. Cronbachin alfa-kertoimeksi saatiin 0,804, jonka voidaan todeta osoittavan riittävän hyvää korrelaatiota muuttujien välillä (Kankkunen ym. 2009). Tulokset esitetään potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueittain taulukoituina. (Taulukot 7-13.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kyselyyn vastanneiden taustatekijät

Sairaalan henkilöstöstä kyselyyn vastasi 862 henkilöä. Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kätilöt muodostivat ammattiryhmistä suurimman vastaajaryhmän. Heitä oli vastaajista puolet (51 %). Ammattiryhmistä toiseksi suurimpana oli lähihoitajina, lastenhoitajina, mielenterveyshoitajina ja lääkintävahtimestareina toimivat, yhteensä 15 %. Lääkäreiden osuus vastaajista oli 8 %. Hoitotyönjohtajia vastaajissa oli 3 % ja lääkärijohtajina toimivia oli 1 %. Naisvastaajia (84 %) oli miehiä enemmän. Iältään eniten oli 51–60-vuotiaita, heitä oli lähes kolmannes koko vastaajajoukosta (32 %). (Taulukko 2.)

Työskentelyalueista eniten vastaajia oli vuodeosastoilta (30 %), ajanvarauspoliklinikoilta (15 %) ja toimenpide- ja tutkimusyksiköistä (11 %). Välitön kontakti tai kanssakäyminen potilaan kanssa kuului tavallisiin työtehtäviin 88 % vastaajista. (Taulukko 3.)

Vastaajilla oli pääsääntöisesti vuosien työkokemus nykyisestä ammatistaan; yli 20 vuotta ammatissaan toimineita oli lähes kolmannes (29 %) ja alle 3 % oli toiminut ammatissaan alle vuoden. Nykyisestä sairaalasta työkokemusta yli 20 vuotta oli 30 %:lla ja 5 %:lla oli alle vuoden työkokemus nykyisessä sairaalassa. Kun tarkasteltiin työkokemusta nykyisessä yksikössä, suurin vastaajaryhmä oli 1–5 vuoden työkokemuksen omanneet (37 %). Yli 20 vuotta nykyisessä yksikössä työskennelleitä oli 19 % ja alle vuoden nykyisessä yksikössä toimineiden osuus oli 12 %. (Taulukko 3.)

Valtaosa (78 %) vastaajista toimi vakituudessa työsuhhteessa, noin viidenneksellä (22 %) työsuhde oli tutkimusajankohdassa määräaikainen. Työaikamuodon osalta vastaajajoukosta puolet (50 %) oli päivätyössä ja puolet jaksotyössä. (Taulukko 3.)

Taulukko 2. Vastaajien sukupuoli, ikäluokka ja ammattiryhmä (n, %).

Taustatieto	n	%
Sukupuoli (n= 858)		
nainen	726	85
mies	132	15
Ikä (n= 862)		
16–20 vuotta	1	alle 1
21–30 vuotta	138	16
31–40 vuotta	193	22
41–50 vuotta	229	27
51–60 vuotta	272	32
61–68 vuotta	29	3
Ammattiryhmä (n= 855)		
Lääkäri	70	8
Lääkärijohtaja	10	1
Hoitotyönjohtaja	29	3
Sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja	439	51
Fysioterapeutti, röntgenhoitaja, laboratoriohoitaja, kuntoutusohjaaja	46	5
Lähihoitaja, lastenhoitaja, mielen-terveyshoitaja, lääkintävahtimestari	130	15
Tutkimushenkilöstö	12	1
Toimistohenkilöstö	49	6
Muut (farmaseutti, psykologi, laitoshuoltaja)	70	23

Taulukko 3. Vastaajien työskentelyalue, välitön vuorovaikutus potilaan kanssa, työkokemukseen liittyvät taustatiedot sekä työsuhteen ja työajan muodot (n, %).

Taustatieto	n	%
Työskentelyalue (n= 766)		
Vuodeosasto	256	30
Ajanvarauspoliklinikka	132	15
Päivystyspoliklinikka	36	4
Päivä/viikkosairaala	4	1
Toimenpide/tutkimusyksikkö	92	11
Tehostetun hoidon yksikkö	52	6
Muut	194	23
Välitön vuorovaikutus tai kontakti potilaiden kanssa (n= 856)		
Kyllä	756	88
Ei	100	12
Työkokemus nykyisessä yksikössä (n= 861)		
alle 1 vuotta	101	12
1–5 vuotta	317	37
6–10 vuotta	147	17
11–15 vuotta	77	9
16–20 vuotta	58	7
yli 20 vuotta	161	19
Työkokemus tässä sairaalassa (n= 848)		
alle 1 vuotta	44	5
1–5 vuotta	248	29
6–10 vuotta	130	15
11–15 vuotta	87	10
16–20 vuotta	84	10
yli 20 vuotta	255	30
Työkokemus nykyisessä ammatissa (n= 834)		
alle 1 vuotta	23	3
1–5 vuotta	187	22
6–10 vuotta	152	18
11–15 vuotta	108	13
16–20 vuotta	115	14
yli 20 vuotta	249	30
Työsuhteen muoto (n= 851)		
vakinainen	667	78
määräaikainen	184	22
Pääasiallinen työaikamuoto (n= 857)		
Päivätyö	427	50
Jaksotyö	430	50

5.2 Sairaalahenkilöstön arvioinnit johtamisesta

Johtamista arvioitiin kolmella osa-alueella, jotka olivat lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi, johdon tuki potilasturvallisuudelle sekä henkilöstömitoitus

(väittämiä yhteensä 11 kpl). Prosenttikieskiarvoilla tarkasteltuna potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisimmin arvioitiin lähijohtajien odotuksia ja toimintaa (63 %), seuraavaksi myönteisemmin henkilöstömitoitusta (49 %) ja kriittisimmin sairaalan johdon tukea (38 %).

Lähijohtajien toiminnan ja odotusten osa-alueella 72 % vastaajista arvioi esimiehen huomioivan potilasturvallisuusongelmia niiden toistuessa, 68 % koki esimiehen ottavan vakavasti henkilöstön ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi ja 66 % arvioi, ettei esimies edellytä nopeampaa työskentelyä painetilanteissa. Lähijohtajan toiminnassa eniten kriittisyyttä osoitettiin palautteen antamiseen. Vajaa puolet (45 %) vastasi esimiehen antavan palautetta, kun työ on tehty potilasturvallisesti, kun eri mieltä väittämästä oli yli neljännes (29 %). (Taulukko 4.)

Sairaalan johtoa arvioitiin lähijohtoa kriittisemmin ja vaikea arvioida -vastausten osuus oli tämän osa-alueen väittämien osalta noin kolmannes (33–36 %). Vastaajista 41 % arvioi sairaalan johtoa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin mahdollistajana ja 39 % potilasturvallisuutta priorisoivana. Johdon kiinnostusta potilasturvallisuuteen arvioitiin tällä osa-alueella kriittisimmin. Vastaajista yli neljännes (28 %) arvioi sairaalan johdon osoittavan kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan vaaratapahtuman satuttua. (Taulukko 4.)

Henkilöstömitoituksen osa-alueella 59 % arvioi potilasturvallisuuskulttuurille myönteisesti sitä, ettei parhaan potilashoidon kannalta käytetä enempää tilapäistyövoimaa kuin tarpeen ja 53 % oli sitä mieltä, etteivät yksikön työvuorot ole pidempiä, kuin mikä on parasta potilashoidon kannalta. Työtahtia arvioitaessa reilu kolmannes (36 %) koki, että työssä täytyy yrittää tehdä liian paljon ja liian nopeasti, vaikkakin lähes puolet (46 %) oli väittämästä eri mieltä. Henkilökunnan määrää arvioitiin kriittisimmin. Lähes puolet vastaajista (48 %) arvioi, ettei henkilökuntaa ole riittävästi työmäärään nähden, kuitenkin reilun kolmanneksen mielestä (38 %) henkilökuntaa oli työmäärään nähden riittävästi. Vaikea sanoa -vastauksia esiintyi henkilöstömitoituksen väittämässä 13–23 %. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien arvioinnit (n, %) lähijohtajien odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden edistämiseksi, johdon tuesta ja henkilömitoituksesta.

Johtaminen	n	Samaa mieltä %	Vaikea sanoa %	Eri mieltä %
Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi				
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti.	858	45	26	29
Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	858	68	19	12
Kun syntyy työpainetta, esimieheni halua meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista. (k)	856	12	21	66
Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta. (k)	857	9	19	72
Johdon tuki potilasturvallisuudelle				
Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin.	856	41	33	25
Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti.	849	39	35	25
Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut. (k)	852	28	36	35
Henkilöstömitoitus				
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työ määrään nähden.	856	38	13	48
Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)	856	23	23	53
Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)	855	19	22	59
Työskentelemme kuin viimeistä päivää yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti. (k)	855	36	17	46
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä K= väittämä, jossa on käänteinen asteikko: täysin eri mieltä/eri mieltä on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteinen vastaus.				

5.3 Sairaalahenkilöstön arvioinnit tiimityöstä

Tiimityön arviointi koostui työyksikön tiimityön, yksiköiden välisen tiimityön, työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten sekä kommunikaation avoimuuden osa-alueiden arvioinneista (yhteensä 15 väittämää). Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta tiimityön osa-alueista prosentti-

keskiarvoilla tarkasteltuna myönteisimmin arvioitiin yksikön sisäinen tiimityö (76 %), toiseksi myönteisemmin kommunikaation avoimuus (55 %) ja kolmanneksi myönteisemmin yksiköiden välinen tiimityö (52 %). Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset oli heikoin tiimityön osa-alue, ja myönteisesti sitä arvioineita oli vajaa kolmannes (32 %).

Yksikön sisäinen tiimityöskentely arvioitiin tutkimuksessa varsin myönteisesti. Vastaajista 86 % arvioi henkilöiden osoittavan tukea toisilleen omassa yksikössä sekä 76 % arvioi toisia työntekijöitä kunnioitettavan yksikössä. Tilanteissa, joissa vaaditaan työn nopeaa suorittamista, toimitaan tiiminä 76 % mielestä. Jonkin verran kriittisemmin arvioitiin toisilta saatavaa apua, kun tilanne on erittäin kiireinen: 67 % arvioi toisilta saatavan apua, kun vajaa viidennes (17 %) arvioi, ettei apua ole saatavissa. Yksikön sisäisen tiimityön arvioinnissa vaikea arvioida vastausten osuus on alhaisempi kuin muiden osa-alueiden arvioinneissa. (Taulukko 5.)

Yksiköiden välinen tiimityö ei näytä toteutuvan yhtä hyvin kuin yksikön sisäinen. Tällä osa-alueella 74 % arvioi myönteisesti sitä, ettei työskentelyä muiden yksiköiden henkilökunnan kanssa koettu epämiellyttävänä. Vastaajista 62 %:n mielestä yhteistyö toimii niiden yksiköiden kanssa, joiden välillä yhteistyötä tehdään ja hieman alle puolen (46 %) mielestä parhaan potilashoidon tarjoamiseksi sairaalan yksiköiden yhteistyö on hyvää. Kriittisimmin sekä vaikeimmin arvioitavina vastaajat kokivat sairaalan eri yksiköiden yhteistyötä ja koordinointia koskevat väittämät. Lähes joka neljäs vastaaja kymmenestä (39 %) koki, ettei yksiköiden yhteistyö/koordinaatio ole hyvää. Sairaalan eri yksiköiden yhteistyön ja koordinoinnin osalta esiintyi vaikea arvioida -vastauksia yli kolmanneksen (34–37%) verran. (Taulukko 5.)

Työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osa-alue vastaajat arvioivat kauttaaltaan melko kriittisesti. Puolella henkilöstöstä (50 %) oli myönteinen näkemys siitä, ettei tärkeitä potilastietoja hukata usein työvuorojen vaihtuessa. Noin kolmannes (34 %) vastaajista ei kokenut työvuorojen vaihtoaikojen olevan potilaille ongelmallisia. Lähes puolet (47–49 %) vastaajista kuitenkin arvioi, että yksiköiden välillä esiintyy tiedonvälitykseen liittyviä ongelmia ja että asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään paikasta toiseen. Työvuorojen vaihtojen arvioimisen vaikeana kokeneiden määrä vaihteli kysymyksittäin 25–46 % välillä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien arvioinnit (n, %) tiimityöstä yksiköissä ja yksiköiden välillä sekä työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä.

Tiimityö	n	Samaa mieltä %	Vaikea sanoa %	Eri mieltä %
Tiimityöskentely työyksikössä				
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä.	858	86	7	7
Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, että saamme työt tehtyä.	862	76	14	10
Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen.	859	76	11	13
Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat.	858	67	16	17
Yksiköiden välinen tiimityö				
Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. (k)	855	39	34	27
Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä.	853	62	25	12
Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä. (k)	850	7	17	74
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen paras-ta hoitoa potilaille.	851	46	37	15
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset				
Asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään paikasta toiseen. (k)	849	47	34	18
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa. (k)	850	12	37	50
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä. (k)	852	49	25	25
Työvuorojen vaihtojankohdat ovat ongelmallisia potilaille sairaalassa. (k)	848	19	46	34
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä K= väittäjä, jossa käänteinen asteikko: täysin eri mieltä/eri mieltä on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteinen vastaus.				

Kommunikaation avoimuuden alueella reilusti yli puolet (65 %) rohkeni kysyä useasti asioista, jotka eivät näyttäneet olevan potilasturvallisuuden kannalta oikein. Hieman yli puolet vastaajista (56 %) arvioi henkilökunnan voivan usein nostaa esiin potilashoitoa vaarantavat asiat ja reilun kolmanneksen (35 %) mielestä näin tapahtuu joskus. Eniten kriittisesti suhtautuvia vastaajia esiintyi, kun arvioitiin henkilökunnan kokemaa vapautta kysyä johtajien päätöksistä ja toiminnasta. Kielteisesti suhtautui vastaajista neljännes (24 %), myönteisesti suhtautuvia oli lähes puolet (45 %). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastaajien arvioinnit (n, %) kommunikoinnin avoimuudesta.

Tiimityö	n	Usein %	Joskus %	Harvoin %
Kommunikaation avoimuus				
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoittoa.	848	56	35	8
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan.	848	45	30	24
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. (k)	849	11	23	65
Asteikko 1= Ei koskaan, 2= harvoin, 3= joskus, 4= usein, 5= jatkuvasti K=väittäjä, jossa käänteinen asteikko: Ei koskaan/harvoin on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteinen vastaus.				

5.4 Sairaalahenkilöstön arvioinnit vaaratapahtumien käsittelystä

Vaaratapahtumien käsittelyn muodostivat viisi osa-alueita, jotka olivat oppiminen ja jatkuva kehittäminen, yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta, ei-rankaiseva virheiden käsittely, palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumasta sekä vaaratapahtumien raportointi (väittämiä yhteensä 16 kpl). Prosenttikeskisarvoin tarkasteltuna potilasturvallisuuskulttuurille myönteisimmin vastaajat arvioivat ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueita (54 %) ja toiseksi myönteisimmin oppimisen ja jatkuvan kehittämisen aluetta (52 %). Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta, vaaratapahtumien raportointi sekä palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen arvioitiin vähemmän myönteisesti (39–43 %).

Oppimisen ja jatkuvan kehittämisen osa-alueella 69 % vastaajista arvioi potilasturvallisuuskulttuurille myönteisesti toimimista aktiivisesti potilasturvallisuuden parantamiseksi. Muilta osin tätä osa-alueita arvioitiin kriittisemmin sekä se koettiin vaikeammaksi arvioida. Alle puolet vastasi (44 %) potilasturvallisuuden parantamiseksi tehtyjen muutosten vaikuttavuutta arvioitavan sekä lähes saman verran vastasi (43 %) virheiden johtaneen myönteisiin muutoksiin. Vastaajista reilusti yli kolmannes (38–43 %) koki vaikeaksi muodostaa kantaansa potilasturvallisuuden parantamiseksi tehtyjen muutosten vaikuttavuuden arvioinnista samoin kuin virheiden vaikutuksesta myönteisiin muutoksiin. (Taulukko 7.)

Potilasturvallisuuden yleisnäkemykset osa-alueella potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisimpiä vastaajista oli hieman yli puolet (53 %) arvioidessaan, ettei potilasturvallisuutta koskaan vaaranneta sen vuoksi, että töitä saataisiin tehtyä enemmän. Lähes saman verran vastaajista (51 %) ei pitänyt sattumana sitä, ettei vaaratapahtumia ole sattunut enempää.

Potilasturvallisuuden liittyvien ongelmien esiintyminen yksikössä jakoi vastaajat lähes yhtä suuriin vastaajaryhmiin. 40 %:n mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia ongelmia ei esiinny, kun 38 %:n mukaan ongelmia esiintyy. Kriittisimpiä vastaajat olivat arvioidessaan prosesseja ja järjestelmiä poikkeamien estäjinä. Vastaajista noin neljänneksen mielestä (26 %) ne estävät hyvin poikkeamien syntyä, kun lähes saman verran vastaajista (27 %) oli päinvastaista mieltä. Hieman alle puolet vastaajajoukosta (47 %) ei kyennyt arvioimaan toimintaprosessien eikä järjestelmien toimintaa poikkeamien syntyä estävinä. (Taulukko 7.)

Ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueella yli puolet (58 %) arvioi vaaratapahtumien raportoinnin kohdistuvan asiaan, ei henkilöön, hieman yli puolta (54 %) ei huolestuttanut tekemiensä virheiden näkyminen heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan ja puolet (50 %) ei kokenut virheiden kääntyvän heitä vastaan. Vajaa viidennes (17–18 %) vastaajista arvioi, että raportoidut virheet kohdistuvat henkilöön, eikä ongelmaan sekä virheiden kääntyvän heitä vastaan. Alle kymmenesosa vastaajista (9 %) arvioi henkilökunnan olevan huolissaan ja yli kolmannes vastaajista (37 %) ei kyennyt muodostamaan kantaansa siitä, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Vastaajien arvioinnit (n, %) organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, yleisnäkemyksistä ja ei -rankaisevasta virheiden käsittelystä.

Vaaratapahtumien käsittely	n	Samaa mieltä %	Vaikea sanoa %	Eri mieltä %
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa				
Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta.	859	69	22	10
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin.	854	43	43	13
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta.	858	44	38	19
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta				
On vain sattuma, että täällä ei satu vakavampia virheitä. (k)	856	28	21	51
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranna sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi.	859	53	22	25
Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. (k)	859	38	21	40
Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn.	856	26	47	27
Ei-rankaiseva virheiden käsittely				
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan. (k)	859	17	32	50
Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu, että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan. (k)	859	18	24	58
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan. (k)	859	9	37	54
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä K= väittämä, jossa käänteinen asteikko: täysin eri mieltä/eri mieltä on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteinen vastaus.				

Ei-rankaisevan virheiden käsittelyssä palautetta ja kommunikaatiota vaaratapahtumiin liittyen on arvioitu melko kriittisesti. Potilasturvallisuuskulttuurille myönteisimmin, lähes puolet (49 %) arvioi yksikön keskustelevan usein vaaratapahtumien toistumista ehkäisevistä toimitatavoista. Myönteinen näkemys jatkuvasta tiedottamisesta liittyen yksikössä sattuneisiin vaaratapahtumiin oli myös lähes puolella (48 %). Noin kolmannes (32–36 %) vastaajista arvioi, että tiedottamista ja keskustelua tapahtuu joskus, kun vajaan viidenneksen (13–18 %) mielestä tiedottamista eikä keskustelua esiinny koskaan tai harvoin. Huomattavaa kriittisyyttä vastaajat osoittivat vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista saatavaan palautteeseen. Viidesosa (20 %) vastaajista arvioi, että tehdyistä muutoksista saadaan palautetta usein/ jatkuvasti, kun puolestaan lähes kaksinkertainen määrä vastaajia (39 %) arvioi, ettei muutoksista

saada palautetta koskaan/harvoin. Neljä vastaajaa kymmenestä (40 %) arvioi, että palautetta tehdyistä muutoksista saadaan joskus. (Taulukko 8.)

Vaaratapahtumien raportoinnin osa-alueella potilasturvallisuuskulttuurille myönteisimmin arvioitiin raportointia vaaratapahtumista, jotka olisivat voineet aiheuttaa potilaalle vahinkoa. Tämän kaltaisesta vaaratapahtumasta raportoidaan usein yli puolen mielestä (58 %), joskus reilun viidenneksen (22 %) mielestä ja harvoin/ei koskaan vielä harvemman (14 %) vastaajajoukon mielestä. Puolestaan sellainen vaaratapahtuma, jossa virhe on havaittu ja korjattu, ennen kuin se olisi aiheuttanut vaikutuksia potilaaseen, raportoidaan usein reilun kolmasosan mielestä (36 %), joskus vajaan kolmanneksen (31 %) mielestä ja harvoin/ei koskaan reilun viidesosan (28 %) mielestä. Vähiten myönteisesti arvioitiin raportointia vaaratapahtumista, joista ei olisi ollut mahdollista aiheutua vahinkoa potilaalle. Vastaajista hieman yli neljännes (26 %) oli sitä mieltä, että tällainen vaaratapahtuma raportoidaan usein, noin kolmasosan (32 %) mielestä joskus ja yli kolmannes (37 %) vastaajista arvioi, ettei niitä tapahtumia raportoida koskaan. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vastaajien arvioinnit (n, %) vaaratapahtumien liittyvästä palautteesta ja kommunikatiosta sekä vaaratapahtumien raportoinnista.

Vaaratapahtumien käsittely	n	Usein %	Joskus %	Harvoin %
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen				
Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista.	852	20	40	39
Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista.	849	48	32	18
Keskustelemme yksikössämme toimintavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen.	850	49	36	13
Vaaratapahtumien raportointi				
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutusta potilaaseen, miten usein se raportoidaan?	817	36	31	28
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaille, miten usein se raportoidaan?	811	26	32	37
Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?	812	58	22	14
Asteikko 1= Ei koskaan, 2= harvoin, 3= joskus, 4= usein, 5= jatkuvasti				

5.5 Arviot johtamisesta ryhmittäin

Seuraavat luvut käsittelevät sitä, millaista yhteyttä vastaajien arvioinneilla lähijohtamisesta sekä sairaalatasen johdosta on heidän arviointeihinsa potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden eri tekijöihin. Johtamisen arvioinnit on luokiteltu kahteen ryhmään, johtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineisiin. Yhteyttä tarkastellaan väittämittäin, mutta myös osa-alueista muodostetuista keskiarvosummamuuttujittain, testaamalla ryhmien välisten näkemysten erojen tilastollisia merkitsevyyksiä. Tutkimustuloksia on mielekästä tarkastella myös siten, että arvioivatko johtamisesta myönteisen ja kriittisen näkemyksen omanneet vastaajat potilasturvallisuuskulttuurissa vaikuttavia tekijöitä samansuuntaisesti.

Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi

Lähijohtamista ja sairaalatasen johtoa arvioineilla oli hyvin samansuuntaiset näkemykset lähijohtamisen osa-alueesta. Osa-alueella myönteisimmät näkemykset vastaajilla oli siitä, ettei esimies jätä huomioimatta toistuvia potilasturvallisuusongelmia. Kriittisimmin vastaajat arvioivat potilasturvallisesta työskentelystä saatavaa myönteistä palautetta esimieheltään. Johtamista myönteisesti arvioineet arvioivat osa-alueetta kauttaaltaan myönteisemmin kuin johta-

mista kriittisesti arvioineet ja vielä siten, että sairaalan johtoa myönteisesti arvioineiden näkemykset olivat kriittisempiä kuin lähijohtamista myönteisesti arvioineiden. (Taulukko 9.)

Kun tarkastellaan lähemmin arvioita lähijohtajien odotuksien ja toiminnan osa-alueen kaikkien väittämien osalta, asettuivat lähijohtamista myönteisesti arvioineiden vastauksista lasketut keskiarvot välille 3,63–4,35, kun kriittisesti arvioineiden vastaajien vastauskeskiarvot olivat 2,25–2,98. Koko osa-alueella erot lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden ryhmien vastauskeskiarvojen välillä olivat 1,07–1,38. Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajien näkemykset erosivat toisistaan eniten, kun he arvioivat esimieheltä saatavaa myönteistä palautetta potilasturvallisesta työskentelystä. Ryhmien välillä näkemuserot olivat pienimmät, kun he arvioivat esimiehen ottavan vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Taulukko 9.)

Sairaalatason johtoon myönteisesti suhtautuneiden vastauskeskiarvot olivat lähijohtajien odotusten ja toiminnan osa-alueen väittämissä 3,28–4,12 ja kriittisesti arvioineiden vastauskeskiarvot olivat 3,13–3,84. *Esimies ei jätä huomioimatta toistuvia potilas-turvallisuusongelmaväittämiä* arvioitiin myönteisimmin molemmissa ryhmissä, mutta samalla sen osalta ryhmien näkemykset erosivat eniten toistaan. (Taulukko 9.)

Tarkasteltaessa lähijohtamisesta tehtyjen arviointien yhteyttä näkemyksiin lähijohtajan odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden edistämisessä, havaitaan yhteydet tilastollisesti erittäin merkitseviksi ($p=0,000$) ja siten voidaan olettaa, että näkemys lähijohtamisesta voisi olla yhteydessä siihen, millaiseksi tätä osa-aluetta arvioidaan. Tässä aineistossa myönteisesti lähijohtamista arvioineilla oli koko osa-alueesta myönteisempi näkemys kuin niillä vastaajilla, jotka olivat arvioineet lähijohtamista kriittisesti. Myös arvioilla sairaalatason johdosta näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajien näkemyksiin tältä osa-alueelta. Vastajat, joilla oli myönteinen näkemys sairaalatason johdosta, näyttäisivät olevan potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempiä, kun he arvioivat esimiehen odotuksia painetilanteissa työskentelystä ($p=0,000$), esimiehen toimintaa toistuvien potilasturvallisuusongelmien huomioinnissa ($p=0,000$) sekä esimiehen toimintaa henkilökunnan tekemissä potilasturvallisuutta parantavissa ehdotuksissa ($p=0,015$). (Taulukko 9.)

Johdon tuki potilasturvallisuudelle

Lähijohtamista ja sairaalan johtoa myönteisesti sekä kriittisesti arvioineiden näkemykset johdon tuesta eivät olleet johdonmukaisesti samansuuntaisia. Osa-aluetta myönteisimmin arvioi-

vat sairaalatason johdosta myönteisen näkemyksen omanneet ja kriittisimmin lähijohtamisesta kriittisen näkemyksen omanneet vastaajat. (Taulukko 9.)

Väittämiä sairaalan johdon tuesta potilasturvallisuudelle arvioitiin lähijohtamista myönteisesti arvioineiden vastaajien ryhmässä keskiarvoilla 3,27–3,39, kun vastaavasti kriittisesti arvioineiden keskiarvot olivat 2,69–2,73. Myönteisesti lähijohtoon suhtautuneet vastaajat arvioivat kaikkein myönteisimmin sairaalan johtoa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin mahdollistajana ja kriittisimmillään nämä vastaajat olivat, kun he arvioivat sairaalan johdon olevan kiinnostunut potilasturvallisuudesta ainoastaan vaaratapahtuman satuttua. Kriittisesti lähijohtamiseen suhtautuneiden näkemysten mukaan myönteisintä tällä osa-alueella oli se, että johto osoittaa toimillaan priorisoivan potilasturvallisuutta. Eniten eroa lähijohtamiseen myönteisesti ja kriittisesti suhtautuvien välillä esiintyi, kun arvioinnit koskivat sairaalan johdon tukea potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin mahdollistamisessa ja vähiten, kun arvioinnit koskivat sairaalan johdon osoittavan kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan, kun vaaratapahtuma on sattunut. (Taulukko 9.)

Sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot sairaalan johdon tuen osa-alueen väittämistä olivat 3,44–3,91 ja kriittisesti arvioineilla 2,97–3,07. Myönteisen näkemyksen sairaalatason johdosta omanneiden vastaajien arvioinneissa myönteisintä tällä osa-alueella oli se, että sairaalan johdot toimet osoittavat potilasturvallisuuden olevan keskeinen prioriteetti ja kriittisimmin nämä vastaajat arvioivat sitä, että sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen vasta vaaratapahtuman satuttua. Kriittisesti sairaalatason johtoa arvioineilla oli myönteisin näkemys siitä, että johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän ilmapiirin ja kriittisimmin he arvioivat sairaalan johdon toimia, joilla se osoittaa potilasturvallisuuden olevan keskeinen prioriteetti. Sairaalatason johdon tukeen myönteisesti ja kriittisesti suhtautuvien ryhmien vastausten keskiarvojen välillä oli eroa tämän osa-alueen väittämässä 0,42–0,94. (Taulukko 9.)

Tilastollisesti erot sekä lähi- että sairaalatason johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien osalta havaittiin erittäin merkitseviksi ($p=0,000$) koskien osa-alueen jokaista väittämää. Tämän perusteella voidaan olettaa, että näkemykset johtamisesta voisivat olla yhteydessä siihen, millaiseksi vastaajat arvioivat johdon tukea potilasturvallisuuskulttuurille. Näiden tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että myönteinen käsitys sekä lähi- että sairaalatason johdosta näyttäisi olevan yhteydessä myönteisempään näkemykseen johdon tuesta potilasturvallisuudelle. (Taulukko 9.)

Henkilöstömitoitus

Henkilöstömitoituksen osa-alueella vastaajat arvioivat kaikkia väittämiä samansuuntaisesti. Myönteisimmin arvioitiin sitä, että tilapäistyövoimaa käytetään siten, että se on potilashoidon kannalta parasta. Kriittisimmillään vastaajat olivat arvioidessaan henkilöstön riittävyttä työ-määrään nähden. (Taulukko 9.)

Henkilöstömitoituksen osa-alueen väittämiä arvioivat lähijohtamista myönteisesti arvioineet vastaajat keskiarvoilla 3,07–3,73 ja kriittisesti arvioineet keskiarvoilla 2,56–3,26. Eroa keskiarvoissa ryhmien välillä esiintyi 0,27–0,78. Ryhmien näkemykset olivat lähimpänä toisiansa arvioitaessa tekeekö henkilökunta potilashoidon kannalta liian pitkiä työvuoroja yksikössään. Puolestaan eniten lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemykset erosivat toisistaan arvioitaessa väittämää ”*Työskentelemme kuin viimeistä päivää yrittäessämme tehdä liian paljon ja liian nopeasti*”. (Taulukko 9.)

Sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineiden vastausten keskiarvot olivat 2,94–3,63 henkilö-stömitoituksen väittämässä ja kriittisesti arvioineiden ryhmässä 2,88–3,56. Keskiarvoerot sairaalatason johtoon myönteisesti ja kriittisesti suhtautuvien vastaajaryhmien välillä olivat 0,06–0,18. (Taulukko 9.)

Lähijohtamisen osalta ryhmien välillä havaittiin esiintyvän yksi merkitsevä tilastollinen ero ($p=0,001$) ja muiden väitteiden osalta tilastollisesti erittäin merkitsevät erot ($p=0,000$). Tulosten perusteella voidaan siten olettaa, että arvioinneilla lähijohtamisesta voi olla yhteyttä henkilöstön arviointeihin henkilöstömitoituksesta. Tässä aineistossa vastaajat, joiden näkemys lähijohtamisesta oli myönteinen, arvioivat kauttaaltaan henkilöstömitoituksen osa-aluetta potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisemmin kuin lähijohtamisesta kriittisen näkemyksen omanneet vastaajat. Tilastollista merkitsevyyttä sairaalatason johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden välillä ei esiintynyt ja sen perusteella voitaisiin pitää todennäköisenä, ettei arvioinneilla sairaalatason johdon tuesta vaikuttaisi olevan yhteyttä arviointeihin, jotka koskevat henkilöstömitoitusta potilasturvallisuuskulttuurissa. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys vastaajien näkemyksiin lähijohtajan odotuksista ja toiminnasta, sairaalan johdon tuesta sekä henkilöstömitoituksesta (n, ka, p).

Johtaminen	arviointi lähijohtamisesta				arviointi sairaalatason johdosta					
	myönteinen		kriittinen		p-arvo	myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi										
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti.	573	3,63	281	2,25	0,000	172	3,28	668	3,13	0,117
Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	573	3,91	281	2,84	0,000	172	3,66	669	3,53	0,015
Kun syntyy työpainetta, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista. (k)	573	4,10	281	2,88	0,000	171	3,91	668	3,64	0,000
Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta. (k)	573	4,35	281	2,98	0,000	172	4,21	668	3,84	0,000
Johdon tuki potilasturvallisuudelle										
Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työympäristön.	572	3,39	278	2,69	0,000	172	3,49	670	3,07	0,000
Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti.	566	3,38	278	2,73	0,000	172	3,91	670	2,97	0,000
Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut. (k)	570	3,27	277	2,69	0,000	172	3,44	668	2,98	0,000
Henkilöstömitoitus										
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden.	569	3,07	279	2,56	0,000	171	2,94	665	2,88	0,533
Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)	570	3,48	280	3,21	0,001	172	3,49	667	3,37	0,146
Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)	567	3,73	281	3,26	0,000	170	3,63	666	3,56	0,401
Työskentelemme kuin viimeistä päivää yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti. (k)	570	3,36	278	2,58	0,000	171	3,25	665	3,07	0,076
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä k= väittämän keskiarvon laskemisessa asteikko on uudelleen luokiteltu siten, että arvo 5 on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisin.										

5.6 Arviot tiimityöstä ryhmittäin.

Työyksikön tiimityöskentely

Työyksikön tiimityöskentelyn osa-alueen väittämiä täysin samansuuntaisesti arvioivat lähijohtamista ja sairaalatasen johtoa myönteisesti sekä sairaalatasen johtoa kriittisesti arvioineet vastaajat. Lähijohtamista kriittisesti arvioineiden näkemykset poikkesivat jonkin verran muiden vastaajien näkemyksistä, ja he olivat myös kaikkein kriittisimpiä vastaajia. Kuitenkin myönteisimmin, kuten muutkin vastaajaryhmät, he arvioivat henkilöiden toisilleen osoittamaa tukea yksikössä ja kriittisimmin toisilta saatavaa apua, kun tilanne yksikössä on hyvin kiireinen. (Taulukko 10.)

Lähijohtamista myönteisesti arvioineiden vastaajien näkemyksistä lasketut keskiarvot työyksikön tiimityön osa-alueen väittämistä asettuivat välille 3,69–4,20 kriittisesti arvioineiden vastauksista lasketut keskiarvot välille 3,29–3,72. Ryhmien väliset keskiarvoerot osa-alueen väittämissä olivat 0,40–0,57. Näkemyserot lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden välillä olivat suurimmat, kun arvioitiin näkemyksiä työntekijöiden välisestä kunnioittavasta kohtelusta ja pienimmät, kun arvioitiin auttamista, kun yksikössä on hyvin kiireistä. (Taulukko 10.)

Sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot työyksikön tiimityön osa-alueen väittämistä olivat 3,63–4,11. Kriittisesti sairaalatasen johtoa arvioineiden vastauskeskiarvot olivat puolestaan 3,54–4,02. Eroa ryhmien vastauskeskiarvojen välillä esiintyi 0,01–0,09, joten sekä myönteisesti että kriittisesti sairaalatasen johtoon suhtautuvien näkemykset vaikuttavat tällä osa-alueella olevan paljolti samankaltaiset. (Taulukko 10.)

Kun testattiin lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajien näkemysten välillä esiintyvien erojen merkitsevyyttä, havaittiin erittäin merkitsevät tilastolliset erot ($p=0,000$) osa-alueen kaikkien väittämien osalta. Voidaan siten olettaa, että arvioinneilla lähijohtamisesta voi olla yhteyttä siihen, millaiseksi henkilöstö arvioi työyksikön tiimityöskentelyn osa-alueen potilasturvallisuuskulttuurissa. Tässä aineistossa vastaajat, joilla oli myönteinen näkemys lähijohtamisesta, arvioivat myönteisemmin työyksikön tiimityön osa-alueen kuin lähijohtamisesta kriittisen näkemyksen omanneet. Sairaalatasen johdosta tehtyjen arviointien yhteyttä työyksikön tiimityön osa-alueen arviointeihin ei ollut osoitettavissa. (Taulukko 10.)

Yksiköiden välinen tiimityö

Lähijohtamista ja sairaalatasen johtoa sekä myönteisesti että kriittisesti arvioineet arvioivat kauttaaltaan samansuuntaisesti tätä osa-aluetta. Potilasturvallisuuden kannalta myönteisimpänä tekijänä työyksiköiden välisessä tiimityössä pidettiin sitä, ettei toisten yksiköiden henkilöstön kanssa työskentelyä pidetty epämiellyttävänä. Kriittisyyttä osoitettiin eniten sairaalan eri yksiköiden toimimiseen hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. Lähijohtamisesta kriittisen näkemyksen omanneet olivat kriittisimmät vastaajat, kun taas myönteisimmin osa-aluetta arvioivat lähijohtamista myönteisesti arvioineet. (Taulukko 10.)

Yksiköiden välisen tiimityön väittämistä lasketut vastauskeskiarvot lähijohtamista myönteisesti arvioineiden ryhmässä olivat 2,96–3,92. Keskiarvot lähijohtamista kriittisesti arvioineiden ryhmässä olivat puolestaan 2,63–3,63. Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemykset poikkesivat toisistaan vähiten, kun arvioitiin yhteistyötä sellaisten yksiköiden kanssa, joiden on toimittava yhdessä, kun taas näkemykset erosivat eniten, kun arvioitiin yksiköiden toimimista hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa tai arvioitiin yksiköiden yhteistyötä parhaan potilashoidon tarjoamiseksi. (Taulukko 10.)

Yksiköiden välisen tiimityön osa-alueen väittämistä sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineiden vastausten keskiarvot olivat 2,37–3,95 ja kriittisesti arvioineiden vastauskeskiarvot olivat 2,97–3,80. Sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineiden näkemykset olivat potilasturvallisuuskulttuurille hivenen myönteisemmät kuin sairaalatasen johtoa kriittisesti arvioineilla, lukuun ottamatta näkemystä sairaalan eri yksiköiden toimimisesta hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. Sitä sairaalatasen johdosta kriittisen näkemyksen omanneet arvioivat potilasturvallisuuskulttuurille myönteisemmin kuin sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineet. (Taulukko 10.)

Arvioinneilla lähijohtamisesta saattaisi olla yhteyttä siihen, millaisia näkemyksiä vastaajilla oli yksiköiden välisestä tiimityöstä, sillä lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien näkemysten väliset erot todettiin tilastollisesti erittäin merkitseviksi ($p=0,000$). Myönteinen näkemys lähijohtamisesta näyttäisi tässä aineistossa olevan yhteydessä myönteisempiin arviointeihin työyksiköiden välisestä tiimityöstä. Arvioinneilla sairaalatasen johdosta saattaisi puolestaan olla yhteyttä näkemyksiin sairaalan eri yksiköiden toimimisesta hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa ($p=0,000$). Yhteys vaikuttaisi olevan sellainen, että myönteisen näkemys sairaalatasen johdosta on yhteydessä kriittiseen näkemykseen sairaalan yksiköiden yhteistyöstä/koordinaatiosta. Merkitsevänä tuloksena ($p= 0,019$)

voidaan pitää sairaalatasen johdosta tehtyjen arviointien yhteyttä vastaajien näkemyksiin siitä, arvioivatko he työskentelyn toisten yksiköiden henkilöstön kanssa usein epämiellyttävänä. Sairaالاتason johtoon myönteisesti suhtautuneet kokivat muiden yksiköiden henkilökunnan kanssa työskentelyn myönteisemmin kuin sairaalatasen johtoon kriittisesti suhtautuneet. (Taulukko 10.)

Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset

Työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osa-aluetta vastaajaryhmät eivät arvioineet täysin samansuuntaisesti. Myönteisimmät näkemykset osa-alueesta on sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineiden ryhmällä ja kriittisimmät lähijohtoa kriittisesti arvioineiden ryhmällä. (Taulukko 10.)

Työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osa-alueen väittämien vastauksista lasketut keskiarvot olivat lähijohtamista myönteisesti arvioineilla 2,78–3,54 ja kriittisesti arvioineilla 2,43–3,26. Myönteisimmin molemmat vastaajaryhmät arvioivat sitä, ettei tärkeitä potilashoidon tietoja hukata usein työvuorojen vaihtuessa. Lähijohtamista myönteisesti arvioineet olivat kriittisimpiä arvioidessaan asioiden katoamista tai hoitamatta jäämistä siirrettäessä potilaita paikasta toiseen, kun taas kriittisesti arvioineiden kriittisimmät näkemykset kohdistuivat puolestaan sairaalan eri yksiköiden välillä esiintyviin tiedonvälityksen ongelmiin. Ryhmien välillä oli eroa eniten näkemyksissä sairaalan eri yksiköiden välillä esiintyvissä tiedonvälityksen ongelmassa ja vähiten eroa oli näkemyksissä työvuorojen vaihtoaikojen ongelmallisuudesta potilaille. (Taulukko 10.)

Sairaالاتason johtoa myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osa-alueen väittämistä olivat 2,61–3,87 ja kriittisesti arvioineiden 2,70–3,42. Sairaالاتason johtoa myönteisesti arvioineet vastaajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta kaikkein myönteisimmin työvuorojen vaihtoaikojen ongelmallisuutta potilaille ja kriittisimmin asioiden katoamista tai hoitamatta jäämistä siirrettäessä potilaita paikasta toiseen. Sairaالاتason johdosta kriittisen näkemyksen omaavien mielestä tällä osa-alueella potilasturvallisuudelle myönteisintä oli se, ettei tärkeitä potilastietoja hukata usein työvuorojen vaihtuessa. Kriittisimmin he arvioivat puolestaan sairaalan eri yksiköiden tiedonvälityksen ongelmia sekä asioiden hukkaamista sekä hoitamatta jäämistä potilaiden siirtotilanteissa. Ryhmien välillä eroa esiintyi eniten arvioitaessa työvuorojen vaihtoaikojen ongelmallisuutta potilaille. (Taulukko 10.)

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien näkemyksissä vallinneet erot asettuivat välille 0,18–0,42 ja erojen merkitsevyyttä testattaessa, havaittiin kolmen väitteen osalta erittäin merkitsevä tilastollinen yhteys ($p= 0,000$) ja yksi merkitsevä yhteys ($p= 0,005$). Arvioinneilla lähijohtamisesta näyttäisi kauttaaltaan olevan yhteyttä arviointeihin työvuorojen vaihdoista ja siirtymisestä siten, että lähijohtamisesta myönteisen näkemyksen omanneet arvioivat niitä potilasturvallisuuskulttuurille myönteisemmin kuin lähijohtamiseen kriittisesti suhtautuneet. Tarkasteltaessa sairaalatasen johtoon myönteisesti ja kriittisesti suhtautuneiden vastaajien näkemysten eroja, erosivat ne eniten toisistaan arvioitaessa sairaalan työvuorojen vaihtojen ongelmallisuutta potilaille. Eroa esiintyi 0,85 ja tilastollista merkitsevyyttä testattaessa, osoittautui se tilastollisesti erittäin merkitseväksi ($p= 0,000$). Myönteinen näkemys sairaalatasen johdosta vaikuttaisi siten voivan olla yhteydessä myönteisempään näkemykseen työvuorojen vaihtoaikojen ongelmallisuudesta potilaille. Arvioitaessa potilashoidon kannalta tärkeiden tietojen hukkaamista työvuorojen vaihtuessa sairaalatasen johtoon myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemykset erosivat toisistaan merkitsevästi ($p = 0,011$) ja siten, että sairaalatasen johtoon myönteisesti suhtautuneet arvioivat sitä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisemmin. Muita osa-alueen väittämiä vastaajaryhmät arvioivat yhteneväisemmin, eikä siten arvioinneilla sairaalatasen johdosta näyttäisi esiintyvän yhteyttä tämän osa-alueen muihin tekijöihin. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys vastaajien näkemyksiin työyksikön ja yksiköiden välisestä tiimityöstä sekä työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä (n, ka, p).

Tiimityö	arviointi lähijohtamisesta				p-arvo	arviointi sairaalatason johdosta				
	myönteinen		kriittinen			myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
Tiimityöskentely työyksikössä										
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä.	570	4,20	281	3,72	0,000	171	4,11	667	4,02	0,184
Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, että saamme työt tehtyä.	573	3,95	281	3,60	0,000	172	3,81	667	3,80	0,290
Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen.	572	3,99	279	3,42	0,000	172	3,90	670	3,81	0,571
Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat.	572	3,69	280	3,29	0,000	171	3,63	669	3,54	0,099
Yksiköiden välinen tiimityö										
Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. (k)	572	2,96	278	2,63	0,000	172	2,37	670	2,97	0,000
Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimitettava yhdessä.	571	3,63	277	3,38	0,000	172	3,57	669	3,55	0,351
Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä. (k)	568	3,92	277	3,63	0,000	170	3,95	668	3,80	0,019
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille.	570	3,46	275	3,13	0,000	170	3,44	667	3,33	0,070
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset										
Asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään paikasta toiseen. (k)	568	2,78	276	2,49	0,000	171	2,61	667	2,70	0,149
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa. (k)	569	3,54	276	3,26	0,000	172	3,60	666	3,42	0,011
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä. (k)	571	2,85	276	2,43	0,000	171	2,83	668	2,70	0,289
Työvuorojen vaihtoajankohdat ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme. (k)	566	3,25	276	3,07	0,005	172	3,87	670	3,02	0,000
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä k= väittämän keskiarvon laskemisessa asteikko on uudelleen luokiteltu siten, että arvo 5 on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisin.										

Kommunikaation avoimuus

Kommunikaation avoimuuden osa-alueella lähijohtamista ja sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineet vastaajat olivat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempiä näkemyksissään kuin lähijohtamista ja sairaalatason johtoa kriittisesti arvioineet vastaajat. Henkilö-

kunnan vapautta kysyä johtajien päätöksistä ja toimista arvioitiin kaikissa vastaajaryhmissä kriittisimmin. (Taulukko 11.)

Tiimityön kommunikaation avoimuuden osa-alueen väittämien vastauksista lasketut keskiarvot olivat 3,59–3,3,97, kun osa-aluetta arvioivat lähijohtamista myönteisesti arvioineet ja 2,59–3,41, kun sitä arvioivat lähijohtamista kriittisesti arvioineet vastaajat. Lähijohtamista myönteisesti arvioineiden näkemykset olivat myönteisimmät siitä, että henkilökunta rohkenee kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. Lähijohtamista kriittisesti arvioineilla oli puolestaan myönteisin näkemys siitä, että henkilökunta nostaa keskusteluun potilasturvallisuutta vaarantavat asiat. Eniten näiden vastaajaryhmien väliset näkemykset poikkesivat toisistaan, kun arvioitiin henkilökunnan vapautta kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan. Puolestaan erot ryhmien välillä olivat pienimmät näkemyksissä siitä, että henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa. (Taulukko 11.)

Sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot kommunikaation avoimuuden osa-alueen väittämistä olivat 3,50–3,80 ja kriittisesti arvioineiden vastauskeskiarvot olivat 3,21–3,68. Sekä myönteisesti että kriittisesti sairaalatason johtoon suhtautuvien näkemykset osa-alueen väittämistä olivat samansuuntaiset, ja myönteisimmin he arvioivat henkilökunnan rohkenevan kysyä asioista, jotka eivät vaikuta olevan oikein. Kriittisimmin ryhmät arvioivat henkilökunnan voivan kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan, jonka osalta ryhmien välinen ero oli suurin. (Taulukko 11.)

Testattaessa lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien näkemysten välillä esiintyvien erojen tilastollista merkitsevyyttä, havaittiin ryhmien välisten erojen olevan tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p=0,000$) osa-alueen kaikkien väittämien osalta. Tulosten perusteella voitaisiin pitää todennäköisenä, että arvioinneilla lähijohtamisesta voisi olla yhteyttä arviointeihin kommunikaation avoimuudesta. Tämän aineiston osalta voidaan olettaa, että myönteisyys lähijohtamiseen voisi olla yhteydessä myönteisempään näkemykseen kommunikaation avoimuudesta. Kun puolestaan testattiin, esiintyykö yhteyttä arvioinneilla sairaalatason johdosta arviointeihin kommunikaation avoimuudesta, havaittiin yksi erittäin merkitsevä tulos ($p=0,000$). Yhteyttä arvioinneilla sairaalatason johdosta näyttäisi olevan henkilökunnan arviointeihin väittämästä ” *Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan*”. Vastaajat arvioivat henkilökunnan voivan kysyä vapaammin johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan, kun heidän näkemyksensä sairaalatason johdosta

oli myönteinen. Merkitsevä ero ($p=0,034$) esiintyi ryhmien välillä, heidän arvioidessaan henkilökunnan rohkeutta kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. Myönteinen suhtautuminen sairaalatasen johtoon näyttäisi olevan yhteydessä myönteisempään näkemykseen rohkeudesta kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys vastaajien näkemyksiin kommunikaation avoimuudesta (n, ka, p).

Tiimityö	arviointi lähijohtamisesta				p-arvo	arviointi sairaalatasen johdosta				
	myönteinen		kriittinen			myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
Kommunikaation avoimuus										
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa.	565	3,63	278	3,41	0,001	171	3,61	663	3,53	0,239
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan.	568	3,59	275	2,59	0,000	170	3,50	665	3,21	0,000
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. (k)	570	3,97	274	3,15	0,000	170	3,80	666	3,68	0,034
Asteikko 1= Ei koskaan, 2= harvoin, 3= joskus, 4= usein, 5= jatkuvasti k= väittämän keskiarvon laskemisessa asteikko on uudelleen luokiteltu siten, että arvo 5 on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisin.										

5.7 Arviot vaaratapahtumien käsittelystä ryhmittäin.

Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa

Kaikkien vastaajaryhmien näkemykset oppimisen ja jatkuvan kehittämisen osa-alueen väittämistä olivat samansuuntaisia. Myönteisin käsitys oli aktiivisesta toimimisesta potilasturvallisuuden parantamiseksi, ja kriittisin näkemys oli potilasturvallisuuden parantamiseksi tehtyjen muutosten vaikuttavuuden arvioimisesta. Lähijohtamista kriittisesti arvioineet vastaajat olivat tällä osa-alueella muita kriittisempiä. (Taulukko 12.)

Organisaation oppimisen ja jatkuvan kehittämisen osa-alueen väittämistä lähijohtamista myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot olivat 3,46–3,86 ja kriittisesti arvioineiden 2,86–3,36. Erot ryhmien välillä olivat 0,50–0,60, suurimmillaan ero oli näkemyksissä potilasturvallisuutta parantavien muutosten vaikuttavuuden arvioimisen suorittamisesta. Sairaalatasen johdosta myönteisen näkemyksen omanneiden vastauksista lasketut keskiarvot tämän osa-alueen

väittämistä olivat puolestaan 3,36–3,90 ja vastaavasti kriittisen näkemyksen omanneilla 3,23–3,64. Näkemykset erosivat ryhmien välillä eniten arvioitaessa aktiivista toimimista potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Taulukko 12.)

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien välillä esiintyvät erot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p=0,000$) kaikkien osa-aluetta mittaavien väittämien osalta. Tämän tuloksen perusteella voidaan olettaa, että arvioinnit lähijohtamisesta voivat olla yhteydessä arviointeihin organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä. Yhteys vaikuttaa siltä, että myönteisesti lähijohtamiseen suhtautuneilla oli myös myönteisempi näkemys organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä. Kun taas testattiin sairaalatasen johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemysten välillä vallinneiden erojen merkitsevyyttä, havaittiin tilastollisesti erittäin merkitseväksi ($p=0,000$) ero, joka esiintyi vastaajien arvioissa aktiivista toimimista potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tulos antaa viitteitä siitä, että arvioinnit sairaalatasen johdosta saattavat olla yhteydessä arviointeihin aktiivisesta toiminnasta potilasturvallisuuden parantamiseksi. Lisäksi myönteisyys sairaalatasen johtoon näyttäisi olevan yhteydessä myönteisempään arviointiin aktiivisesta toimimisesta potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Taulukko 12.)

Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta

Lähijohtamista ja sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineilla oli samansuuntainen näkemys osa-alueen väittämistä. Potilasturvallisuuden yleisnäkemyksen osa-aluetta arvioivat kriittisimmin vastaajat, joilla oli lähijohtamisesta kriittinen näkemys. (Taulukko 12.)

Lähijohtamista myönteisesti arvioineet vastaajat arvioivat potilasturvallisuuden yleisnäkemyksen osa-aluetta potilasturvallisuuden kannalta myönteisemmin kuin lähijohtamiseen kriittisesti suhtautuneet. Lähijohtamista myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot potilasturvallisuuden yleisnäkemyksen väittämien osalta olivat 3,13–3,62, kun kriittisesti arvioineiden vastauskeskiarvot olivat 2,56–2,97. Lähijohtamista myönteisesti arvioineiden mielestä myönteisintä oli suhtautuminen siihen, ettei vakavien virheiden esiintymistä yksikössä pidetä vain sattumana ja kriittisimpiä he olivat arvioidessaan toimintaprosesseja ja järjestelmiä poikkeamien syntyä hyvin estävinä. Lähijohtamista kriittisesti arvioineet näkivät puolestaan myönteisimpänä sen, ettei potilasturvallisuutta koskaan vaaranneta sen vuoksi, että töitä saataisiin tehtyä enemmän ja kriittisyyttä he kohdistivat eniten yksikössä oleviin potilasturvallisuuden ongelmiin. Potilasturvallisuuden yleisnäkemyksen osalta erot lähijohtamisesta myönteisen ja kriittisen näkemyksen omanneiden vastaajaryhmien välillä olivat 0,47–0,94. Eniten

näkemykset erosivat väittämässä ” *On vain sattuma, ettei täällä ei satu vakavampia virheitä*”. (Taulukko 12.)

Yleisnäkemyksen osa-alueella sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineiden vastausten keskiarvoiksi väittämistä saatiin 3,00–3,47 ja kriittisesti arvioineiden ryhmässä keskiarvoiksi saatiin 2,96–3,39. Potilasturvallisuuskulttuurille myönteisimmin sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineet kokivat sen, ettei pidetä sattuma sitä, ettei vakavampia virheitä tapahdu yksikössä. Puolestaan sairaalatason johtoa kriittisesti arvioineiden mielestä myönteisintä oli se, ettei potilasturvallisuutta koskaan vaaranneta siksi, että saataisiin tehtyä enemmän töitä. Molempien vastaajaryhmien näkemykset olivat kriittisimmät, kun he arvioivat toimintaprosesseja ja järjestelmiä poikkeamien syntyä estävinä. (Taulukko 12.)

Kun testattiin esiintyykö yhteyttä arvioinneilla lähijohtamisesta arviointeihin potilasturvallisuuden yleisnäkemyksistä, havaittiin myös tällä osa-alueella ryhmien välisten erojen olevan tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p=0,000$). Voidaankin olettaa, että arvioinnit lähijohtamisesta voivat olla yhteydessä arviointeihin potilasturvallisuuden yleisnäkemyksistä. Yhteys tässä aineistossa näyttäisi esiintyvän siten, että myönteinen näkemys lähijohtamisesta olisi yhteydessä myönteisempään arvioon yleisnäkemyksistä potilasturvallisuudesta. Yleisnäkemyksen osa-alueella havaittiin yksi tilastollisesti merkitsevä tulos, kun vertailtiin sairaalatason johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden ryhmien näkemyksiä. Tilastollisesti merkitsevä tulos ($p=0,033$) esiintyi, kun vastaajat arvioivat, että on vain sattuma, ettei täällä satu vakavampia virheitä. Tuloksen perusteella voidaan olettaa, että myönteisyys sairaalatason johtoon olisi yhteydessä arviointiin siitä, millaiseksi vastaajat arvioivat väitettä ” *On vain sattuma, ettei täällä ei satu vakavampia virheitä*.” Tässä aineistossa havaittiin, että myönteisyys sairaalatason johtoon voisi olla yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempään näkemykseen arvioitaessa sattuman osuutta virheiden tapahtumisessa. Muutoin voidaan olettaa, ettei arvioinneilla sairaalatason johdosta ole yhteyttä arviointiin yleisnäkemyksistä potilasturvallisuudesta. (Taulukko 12.)

Ei-rankaisevan virheiden käsittely

Ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueella vastaajat arvioivat väittämiä samansuuntaisesti. Henkilökunnan huolestuminen siitä, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan, arvioitiin kaikkien vastaajaryhmien mielestä potilasturvallisuuskulttuurille myönteisimmin. Eniten kriittisyyttä kohdistui siihen, että henkilökunta kokee virheiden kääntyvän heitä vastaan. Johtamista myönteisesti arvioineiden näkemykset olivat kaut-

taaltaan myönteisempiä kuin johtamiseen kriittisesti suhtautuvilla. Lähijohtamista kriittisesti arvioineet arvioivat ei-rankaisevan virheiden käsittelyä paljon kriittisemmin kuin muut. (Taulukko 12.)

Ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueen väittämistä lasketut keskiarvot olivat lähijohtamista myönteisesti arvioineilla 3,66–3,75 ja kriittisesti arvioineilla 2,94–3,35. Kaikkiaan erot osa-alueen näkemyksissä olivat 0,40–0,72. Vähiten lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemykset poikkesivat toisistaan, kun he arvioivat henkilökunnan huolestumista virheiden näkymisestä heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan. Muiden väittämien osalta erot ryhmien välillä olivat yhtä suuret (0,72). (Taulukko 12.)

Sairaalatason johtoon myönteisesti suhtautuneiden vastauskeskiarvot väittämistä olivat 3,61–3,80 ja kriittisesti suhtautuneiden 3,37–3,58. Sairaalatason johdosta myönteisen näkemyksen omanneet arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisemmin ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-aluetta verrattuna vastaajiin, joilla oli sairaalan johdosta kriittinen näkemys. Eroa sairaalatason johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien vastauskeskiarvojen välillä esiintyi 0,12–0,24, eniten eroa esiintyi arvioitaessa henkilökunnan kokemusta tekemiensä virheiden kääntymisestä heitä vastaan. (Taulukko 12.)

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemysten välillä vallinneet erot osoittautuivat tällä osa-alueella tilastollisesti erittäin merkitseviksi ($p=0,000$) ja siksi voitaisiin olettaa, että se millainen näkemys vastaajalla on lähijohtamisesta, voi olla yhteydessä hänen näkemykseensä ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä siten, että myönteisyys lähijohtoon voisi olla yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempään näkemykseen ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä. Sairaalatason johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajaryhmien näkemysten eroa testattaessa havaittiin tilastollisesti merkitsevät erot kahden muuttujan osalta ($p=0,002$, $p=0,003$). Tämän aineiston perusteella myönteinen näkemys sairaalatason johdosta voi siten olla yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempään näkemykseen virheiden kääntymisestä henkilökuntaa vastaan sekä huoleen virheiden näkymisestä virheen tehneen henkilökohtaisissa tiedoissa. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys vastaajien näkemyksiin organisaation oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, yleisnäkemyksistä ja ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä (n, ka, p).

Vaaratapahtumien käsittely	arviointi lähijohtamisesta myönteinen		kriittinen		p-arvo	arviointi sairaalatason johdosta myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa										
Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta.	572	3,86	281	3,36	0,000	172	3,90	669	3,64	0,000
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin.	568	3,52	280	2,95	0,000	172	3,42	664	3,31	0,054
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta.	571	3,46	281	2,86	0,000	171	3,36	669	3,23	0,095
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta										
On vain sattuma, että täällä ei satu vakavampia virheitä. (k)	569	3,62	281	2,68	0,000	172	3,47	666	3,27	0,033
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi.	572	3,60	281	2,97	0,000	172	3,35	669	3,39	0,710
Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. (k)	573	3,25	279	2,56	0,000	171	3,13	669	3,00	0,168
Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn.	570	3,13	279	2,66	0,000	171	3,00	666	2,96	0,801
Ei-rankaiseva virheiden käsittely										
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan. (k)	572	3,66	281	2,94	0,000	171	3,61	670	3,37	0,002
Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu, että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan. (k)	573	3,75	280	3,03	0,000	172	3,61	669	3,49	0,084
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohteisissa tiedoissaan. (k)	572	3,75	281	3,35	0,000	171	3,80	670	3,58	0,003
Asteikko 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä k= väittämän keskiarvon laskemisessa asteikko on uudelleen luokiteltu siten, että arvo 5 on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisin.										

Palautte ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen

Vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation osa-aluetta arvioidessaan olivat vastaajaryhmät näkemyksissään samansuuntaisia. Myönteisimmin kaikki vastaajaryhmät arvioivat yksikön vaaratapahtumien toistumista ehkäisevistä toimintatavoista käytävää keskus-

telua yksikössä. Kriittisin näkemys vastaajaryhmillä puolestaan oli vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista saatavasta palautteesta. Kriittisimmät arviot osa-alueen väittämistä oli lähijohtamista kriittisesti arvioineilla ja myönteisimmät lähijohtamista myönteisesti arvioineilla. (Taulukko 13.)

Vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation osa-alueen väittämien vastauksista muodostetut keskiarvot olivat lähijohtamista myönteisesti arvioineilla 2,97–3,65 ja kriittisesti arvioineilla 2,46–2,99. Sairaalatason johtoa myönteisesti arvioineiden vastauskeskiarvot tällä osa-alueella olivat 2,83–3,58 ja kriittisesti arvioineilla vastausten keskiarvot olivat 2,75–3,39. Sekä lähijohtamista että sairaalatason johtoa myönteisesti että kriittisesti arvioineiden näkemysten välillä suurimmat erot olivat siinä, miten he arvioivat vaaratapahtumien toistumista ehkäisevistä toimintatavoista keskustelemista yksiköissään. (Taulukko 13.)

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemysten välillä vallitsevat erot havaittiin myös tilastollisesti erittäin merkitseviksi ($p=0,000$). Tämän perusteella voidaan olettaa, että arvioinnit lähijohtamisesta voivat olla yhteydessä henkilöstön näkemyksiin vaaratapahtumiin liittyvästä kommunikaatiosta ja palautteesta. Tässä aineistossa myönteisyys lähijohtamiseen vaikuttaisi olevan yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempään näkemykseen palautteesta ja kommunikaatiosta, jota vaaratapahtumiin liittyen käydään. Kun tarkasteltiin esiintyykö yhteyttä arvioinneilla sairaalatason johdosta arviointeihin vaaratapahtuman kommunikaatiosta ja palautteesta, havaittiin että myönteinen näkemys sairaalatason johdosta voisi olla yhteydessä myönteisempään näkemykseen vaaratapahtumien toistumista ehkäisevistä toimintatavoista keskustelemiseen yksiköissä ($p= 0,004$). Osa-alueen muita väittämiä vastaajat arvioivat melko samankaltaisesti, eikä siten voida todeta, että arvioinneilla sairaalatason johdosta olisi yhteyttä näkemyksiin osa-alueen muista tekijöistä. (Taulukko 13.)

Vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumien raportoinnin osa-aluetta kriittisimmin arvioivat lähijohtamiseen kriittisesti suhtautuneet, mutta hekin kuitenkin arvioivat osa-aluetta kauttaaltaan samansuuntaisesti kuin muut vastaajaryhmät. Vastaajien näkemysten mukaan useiten raportoidaan tehdystä virheestä, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikka ei juuri sillä kertaa vahingoittanut. Eniten kriittisyyttä vastaajilla oli raportointiin sellaisista tehdyistä virheistä, joiden ei olisi mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle. (Taulukko 13.)

Vaaratapahtumien raportoinnin osa-alueen väittämien vastauksista lasketut keskiarvot lähijohtamista myönteisesti arvioineilla olivat 2,95–3,74 ja kriittisesti arvioineilla 2,68–3,41. Vastaavasti sairaalatasen johtoa myönteisesti arvioineiden vastauksista lasketut keskiarvot vaaratapahtumien raportoinnin osa-alueella olivat 2,93–3,77 ja kriittisesti arvioineiden vastauksista lasketut vastauskeskiarvot olivat 2,85–3,59. Suurin ero sekä lähijohtoa että sairaalatasen johtoa myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden ryhmien välillä esiintyi raportoisesta sellaisesta virheestä, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut. (Taulukko 13.)

Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemysten välillä vallinneet erot osoittautuivat tilastollisesti erittäin merkitseviksi ($p=0,000$), kun vastaajat arvioivat väittämää ” *Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutusta potilaaseen, miten usein se raportoidaan?*” sekä väittämää ” *Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?*”. Kun vastaajat arvioivat sellaisen virheen raportointia, joka ei voisi aiheuttaa potilaalle vahinkoa, havaittiin lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden välillä esiintyvä tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,001$). Vaaratapahtumien osa-alueen arvioinnit saattavat siis olla riippuvaisia siitä, millaiseksi he arvioivat lähijohtamisen. Lähijohtamiseen myönteisesti suhtautuneet arvioivat tässä aineistossa vaaratapahtumista raportointia potilasturvallisuuskulttuurille myönteisemmin. Kun selvitettiin sairaalatasen johdosta tehdyn arvioinnin yhteyttä vastaajien arviointeihin vaaratapahtumien osa-alueella, havaittiin, että myönteinen näkemys sairaalatasen johdosta voisi olla yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisempään näkemykseen sellaisten vaaratapahtumien raportoinnista, jotka voisivat vahingoittaa potilasta, vaikka eivät sillä kertaa vahingoittaneet ($p=0,029$). (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys vastaajien näkemyksiin vaaratapahtumiin liittyvästä palautteesta ja kommunikaatiosta sekä vaaratapahtumien raportoinnista (n,ka,p).

Vaaratapahtumien käsittely	arviointi lähijohtamisesta				p-arvo	arviointi sairaalatason johdosta				
	myönteinen		kriittinen			myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen										
Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista.	567	2,97	279	2,46	0,000	171	2,83	665	2,75	0,248
Meille tiedotetaan yksikös-sämme sattuneista vaaratapahtumista.	568	3,57	276	2,95	0,000	171	3,44	665	3,34	0,102
Keskustelemme yksikös-sämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen.	568	3,65	277	2,99	0,000	170	3,58	667	3,39	0,004
Vaaratapahtumien raportointi										
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutusta potilaaseen, miten usein se raportoidaan?	547	3,22	265	2,94	0,000	160	3,27	645	3,10	0,075
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan?	545	2,95	262	2,68	0,001	161	2,93	638	2,85	0,448
Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?	545	3,74	263	3,41	0,000	160	3,77	640	3,59	0,029
Asteikko 1= Ei koskaan, 2= harvoin, 3= joskus, 4= usein, 5= jatkuvasti										

5.8 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tarkasteltaessa potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita prosenttikeskiarvoilla, eniten myönteisesti arvioineita oli työyksikön tiimityön (76 %), toiseksi eniten lähijohtajan odotusten ja toiminnan (63 %) ja kolmanneksi eniten kommunikaation avoimuuden osa-alueella (54 %). Osa-alueet, joilla esiintyi vähiten myönteisiä näkemyksiä olivat työvuorojen vaihdot ja siirtymiset (32 %), johdon tuki (38 %) ja palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen (39 %). Kaiken kaikkiaan osa-alueiden myönteisten vastausten osuudet olivat 32–76 %. (Taulukko 14.) Osa-alueiden muodostamien väittämien keskinäiset korrelaatiot tarkistettiin Cronbachin alfa-kertoimilla, ja ne olivat 0,571–0,808. (Liitetaulukko 1.)

Taulukko 14. Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteiset arvioinnit osa-alueittain prosenttikeskiarvoilla tarkasteltuina (n= 862).

	%
Johtaminen	
Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	63
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	38
Henkilöstömitoitus	49
Tiimityö	
Tiimityöskentely työyksikössä	76
Yksiköiden välinen tiimityö	52
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	32
Kommunikaation avoimuus	55
Vaaratapahtumien käsittely	
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	52
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	43
Ei-rankaiseva virheiden käsittely	54
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	39
Vaaratapahtumien raportointi	40

Tarkasteltaessa lähijohtamisesta tehtyjen arviointien ryhmittäistä yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista muodostettuihin keskiarvosummamuuttujiin, havaittiin merkitsevä tilastollinen yhteys jokaisella osa-alueella. Lähijohtamista myönteisesti arvioineen ryhmän näkemykset olivat kauttaaltaan myönteisemmät kuin kriittisesti arvioineiden ryhmällä. Myönteisellä näkemyksellä lähijohtamisesta näyttää siten olevan positiivinen yhteys potilasturvallisuuskulttuuriin. (Taulukko 15.)

Vastaavasti tarkasteltaessa sairaalatasen johdosta tehtyjen arviointien ryhmittäistä yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista muodostettuihin keskiarvosummamuuttujiin, havaittiin positiivisen yhteyden olevan tilastollisesti merkitsevä lähijohtajien toiminnan, sairaalan johdon tuen, työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten, kommunikaation avoimuuden, oppimisen ja jatkuvan kehittämisen, ei-rankaisevan virheiden käsittelyn ja vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation osa-alueilla. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteys potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden summamuuttujakeskiarvoihin ryhmittäin (n, ka, p).

	arviointi lähijohtamisesta				p-arvo	arviointi sairaalataso johdosta				
	myönteinen		kriittinen			myönteinen		kriittinen		p-arvo
	n	ka	n	ka		n	ka	n	ka	
SUM 3,62 Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	573	4,06	281	2,72	0,000	171	3,81	666	3,57	0,024
SUM 3,13 Johdon tuki potilasturvallisuudelle	565	3,35	277	2,70	0,000	172	3,61	668	3,01	0,000
SUM 3,24 Henkilöstömitoitus	560	3,41	275	2,90	0,000	169	3,32	655	3,22	0,118
SUM 3,81 Tiimityöskentely työyksikössä	568	3,96	279	3,51	0,000	170	3,86	665	3,79	0,348
SUM 3,40 Yksiköiden välinen tiimityö	566	3,50	273	3,20	0,000	168	3,25	662	3,35	0,048
SUM 3,02 Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	561	3,11	270	2,82	0,000	170	3,23	661	2,96	0,000
SUM 3,51 Kommunikaation avoimuus	563	3,73	273	3,05	0,000	169	3,64	659	3,47	0,004
SUM 3,43 Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	565	3,61	280	3,05	0,000	171	3,56	662	3,39	0,003
SUM 3,17 Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	565	3,40	277	2,71	0,000	170	3,24	660	3,15	0,281
SUM 3,52 Ei-rankaiseva virheiden käsittely	572	3,72	280	3,11	0,000	171	3,68	669	3,48	0,002
SUM 3,19 Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	565	3,38	276	2,80	0,000	170	3,28	663	3,16	0,037
SUM 3,21 Vaaratapahtumien raportointi	538	3,31	259	3,01	0,000	157	3,33	663	3,18	0,078

6 POHDINTA

Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuurin tilaa yhdessä suomalaisessa sairaalassa sen henkilöstön arvioimana. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millainen yhteys arvioinneilla lähijohtamisesta ja sairaalatason johdosta esiintyy arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurista. Tutkimuksen aineistosta saatiin varsin kattava kuva potilasturvallisuuskulttuurin tilasta vahvuuksineen ja kehittämiskohteineen. Tutkimus tuotti myös runsaasti hyödynnettävää tietoa siitä, millaisia yhteyksiä sairaalahenkilöstön arvioinneilla johtamisesta on heidän näkemyksiinsä potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueista.

6.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua

Sairaalan henkilöstöstä kyselyyn vastasi 862. Enemmistö oli naisia, joilla oli vuosien työkokemus työyksikössään ja vuosikymmenien työkokemus nykyisessä ammatissaan. Vastaajista ammatiltaan eniten oli sairaanhoitajia, kätilöitä ja terveydenhoitajia. Välitön vuorovaikutus tai kontakti potilaaseen oli suurella enemmistöllä.

Tulokset osoittivat, että potilasturvallisuuskulttuurissa esiintyy useita kehittämistä vaativia osa-alueita. Ainoa potilasturvallisuuskulttuurin vahva osa-alue oli työyksikön sisäinen tiimityöskentely, sillä sitä arvioi potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti 76 % vastaajista. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita arvioitaessa, myönteisten näkemysten osuuden ollessa vähintään 75 %, voidaan osa-alueita pitää potilasturvallisuuskulttuurin kannalta vahvana (AHRQ 2014, Turunen ym. 2013).

Kaikilla muilla osa-alueilla myönteisten arvioiden osuus jäi matalammaksi (32–55 %), ja siten niitä ei voida pitää vahvuuksina potilasturvallisuuskulttuurissa. Erityisesti kehittämistä esiintyy työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten, johdon tuen, vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation, vaaratapahtumien raportoinnin, potilasturvallisuuden yleisnäkemysten sekä henkilöstömitoituksen osa-alueilla, sillä näiden osalta potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti arvioineiden osuus jäi alle 50 %:n (32–49 %).

Johtamisesta ja potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista tehtyjen arviointien välillä esiintyi tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, joten se, millaisena henkilöstö arvioi lähi- ja sairaalatason johtoa voi olla yhteydessä siihen, millaisena he arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria sairaala-

lassaan. Tämä tukee näkemystä johtamisen keskeisestä merkityksestä potilasturvallisuuskulttuurissa.

Johtamisen alueella 63 % arvioi potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti lähijohtajien odotuksia ja toimintaa, kun sairaalatason johdon tukea potilasturvallisuuskulttuurille myönteisesti arvioi 38 %. Lähijohtoa myönteisesti arvioineiden osuus on yhteneväinen useiden muiden tutkimusten kanssa. (Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Turunen 2012, Nie ym. 2013, Husso 2014). Myös sairaalatason johdon tukea on aiemmissa tutkimuksissa arvioitu kriittisesti ja samansuuntaisesti tämän tutkimuksen tulosten kanssa (Bagnasco ym. 2011, Chaboyer ym. 2013, Turunen ym. 2013, Jalava 2014).

Lähijohtajien odotusten ja toiminnan -osa-alueella kehittämiskohteeksi voitaisiin nostaa potilasturvallisesta toiminnasta henkilöstölle annettava myönteinen palaute, sillä alle puolet (45 %) arvioi sitä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti. Tulos on melko yhtäläinen Turusen (2012) tutkimusaineistosta saatuun tulokseen (40 %), mutta poikkeaa huomattavasti Nien tutkimusryhmän (2013) tuloksesta, jonka mukaan 76 % arvioi esimiehen antavan myönteistä palautetta potilasturvallisesta toiminnasta. Vuorovaikutteisuus ja potilasturvallisesta toiminnasta saatava palaute ovat potilasturvallisuuskulttuurin edistämässä tärkeitä, sillä ne ovat yhteydessä myönteiseen käsitykseen turvallisuudesta (Kinnunen 2010, Squires 2010). Saadessaan myönteistä palautetta potilasturvallisesta toiminnasta, motivoituu henkilöstö tuomaan esiin potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä. Toisekseen myönteisen palautteen saaminen motivoi myös vahvistamalla tunnetta potilasturvallisuuteen vaikuttavan asian esiin nostamisen hyödyistä ja merkityksestä. (Kinnunen 2010.)

Sairaalatason johtamisessa tarvitaan kehittämistä, jotta se voisi vahvemmin osoittaa toimiaan potilasturvallisuuskulttuurissa. Sairaalatason johdon osalta potilasturvallisuuden priorisoinnista on aiemmissa suomalaisiin aineistoihin perustuvissa tutkimuksissa arvioitu huomattavasti kriittisemmin kuin kansainvälisissä raporteissa (Nie ym. 2013, Turunen ym. 2013, Auer ym. 2014, Jalava 2014). Tässä aineistossa sairaalatason johdon toimia potilasturvallisuuden priorisoinnissa arvioi myönteisesti 39 %, joka on myönteisempi arvio kuin Turusen tutkimusryhmän (2013) ja Jalavan (2014) raportoinneissa (27–28%). Arviointi ei kuitenkaan yllä kansainvälisissä tutkimusraporteissa esitettyjen arviointien tasolle, joissa reilusti yli puolella oli myönteinen näkemys johdon toimista potilasturvallisuudelle (Nie ym. 2013, Auer ym. 2014).

Tässä aineistossa vastaajien oli vaikeampi muodostaa näkemyksiään sairaalatason johdon kuin lähijohdon toiminnasta potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tuloksen perusteella voitaisiin olettaa, että sairaalan johdon toimintaa ei tunneta eikä tunnisteta, huolimatta siitä, että potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviä tehtäviä on organisaation johdon vastuulla useita (THL 2011, Parand ym. 2013, 2014). Lähijohdon toimintaa oletetusti tunnetaan paremmin ja kanssakäyminen lähijohdon kanssa on säännöllistä, mikä voi selittää sitä, miksi sitä arvioidaan myönteisemmin kuin sairaalan johtoa. Henkilöstön kokemukset vaikuttamismahdollisuudesta voivat lisäksi olla paremmat kanssakäymisessä oman lähijohtajan kanssa.

Tässä aineistossa myönteinen arviointi lähijohtamisesta oli kauttaaltaan positiivisesti yhteydessä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueisiin johtamisen alueella. Thompson tutkimusryhmineen (2011) on puolestaan raportoinut, etteivät henkilöstömitoituksen arvioinnit olleet yhteydessä siihen, millaisena vastaajat arvioivat itsensä ja lähijohtajansa välistä suhdetta. Tässä tutkimuksessa sairaalatason johdosta tehdyillä arvioinneilla ei todettu olevan yhteyttä arviointeihin henkilöstömitoituksesta. Muilta osin arvioinneilla sairaalatason johdosta näyttöä kuitenkin esiintyvän merkittävää yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueisiin johtamisen alueella. Myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että käsitykset potilasturvallisuudesta ovat myönteisempiä organisaatioissa, joissa johdon toiminnassa ilmenevät vahva sitoutuminen ja tuki potilasturvallisuudelle (Vogus ym. 2007, Sammer ym. 2010, Feng ym. 2011, Auer ym. 2014, Parand ym. 2014).

Tiimityön alueella vastaajat arvioivat varsin myönteisesti yksikön sisäisen tiimityön osaluetta. Sen arvioi myönteisenä 76 % ja se osoittautui tämän tutkimuksen aineistossa ainoaksi potilasturvallisuuskulttuurin vahvaksi osa-alueeksi. Näkemykset työyksiköiden välisestä tiimityöstä olivat huomattavasti kriittisemmät. Samankaltaisia arvioita on esitetty useissa muissa tutkimuksissa (Armellino ym. 2010, Turunen 2012, Nie ym. 2013, Wang ym. 2014). Toisten yksiköiden kanssa tehtävän yhteistyön arvioiminen ei ollut vastaajille ongelmattonta. On tunnistettu, että nykyisellään tiimityön ja yhteistyön vaatimus on lisääntynyt (Sammer ym. 2010) ja sen vuoksi yhteistyön edellytyksistä huolehtiminen on sairaaloissa otettava huomioon myös potilasturvallisuuskulttuurin kannalta.

Tiimityön alueella työvuorojen vaihtojen ja siirtymisten osaluetta arvioitiin kaikista osaluista kriittisimmin, samoin kuin Husson (2014) tutkimuksessa. Tässä aineistossa sitä arvioi potilasturvallisuuskulttuurille myönteisesti vain 32 %. Potilaiden siirtotilanteita ja niihin liittyviä asioiden katoamista tai hoitamatta jäämistä arvioitiin hyvin kriittisesti. Alle viidesosa

(18 %) vastaajista arvioi potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti potilassiirtotilanteita, kun lähes puolella (47 %) oli siihen kielteinen kanta. Tätä tulosta voidaan pitää hälyttävänä ja edellyttää jatkossa huomion kiinnittämistä potilasturvallisuusnäkökohtiin potilaiden siirroissa. Kehittämistä on kohdistettava myös yksiköiden väliseen tiedonvälitykseen, sillä vain neljännes vastaajista arvioi sen potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisesti. Yksiköiden välisen yhteistyön ja koordinoinnin arvioiminen koettiin vaikeana, kuten Hussokin (2014) raportoi.

Kommunikaation avoimuutta tiimityössä arvioi myönteisesti 55 %, jota voidaan pitää yhtäläisenä useissa tutkimuksissa esitettyjen tulosten kanssa (Wagner ym. 2009, Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Nie ym. 2013, Auer ym. 2014, Husso 2014).

Johtamista myönteisesti arvioineiden ryhmässä oltiin tiimityön osa-alueita arvioitaessa pääsääntöisesti potilasturvallisuuskulttuurille myönteisempiä kuin johtamista kriittisesti arvioineiden ryhmässä. Lähijohtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden vastaajien arvioinnit tiimityöstä erosivat toisistaan tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Siksi voidaan olettaa, että arvioinnit lähijohtamisesta voisivat olla yhteydessä siihen, millaiseksi vastaajat arvioivat tiimityötä. Tässä aineistossa myönteisesti lähijohtoa arvioineet, arvioivat kokonaisuudessaan tiimityön aluetta potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisemmin. Keskiarvosummuuttujittain tarkasteltuna myönteisellä näkemyksellä sairaalatasen johdosta näyttäisi myös olevan positiivinen yhteys näkemyksiin työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä ja kommunikaation avoimuudesta.

Yksiköiden välisen tiimityön osa-alueella sairaalatasen johtoa kriittisesti arvioineiden ryhmällä oli myönteisesti arvioineiden ryhmään verrattuna merkitsevästi myönteisempi näkemys sairaalan eri yksiköiden toimimisesta hyvässä yhteistyössä. Tässä aineistossa tulosta voidaan pitää epäjohdonmukaisena suhteessa näkemyksiin osa-alueen muista väittämistä. Lisäksi sitä voidaan pitää poikkeavana tuloksena, sillä kaikkien muiden tekijöiden osalta, joista tilastollinen yhteys voitiin osoittaa, oli kriittinen näkemys sairaalatasen johdosta yhteydessä kriittiseen näkemykseen potilasturvallisuuskulttuurista. Myöskään muissa tutkimusraporteissa ei ole esitetty tämänkaltaista yhteyttä. Syy tämänkaltaiselle yhteydelle jää tässä aineistossa selvittämättä, mutta edellyttää jatkossa asian tarkempaa huomioimista.

Vaaratapahtumien käsittelyn alueella potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisimpänä arvioitiin ei-rankaiseva virheiden käsittelyn osa-alue, josta noin puolella vastaajista oli myönteinen näkemys (54 %). Tulos on yhteneväinen Turusen (2012) ja Wagnerin ym. (2009) kans-

sa. Organisaatioiden oppimista ja jatkuvaa kehittämistä on kansainvälisesti arvioitu huomattavasti myönteisemmin verrattuna tässä tutkimuksessa saatuun tulokseen (Armellino ym. 2010, Bagnasco ym. 2011, Auer ym. 2014, Wang ym. 2014). Suomalaisten aineistojen kanssa tämän tutkimuksen tulosta voidaan pitää yhteneväisenä (Turunen 2012, Husso 2014). Lähijohtajan toiminta osaamisen tukemisessa ja kehittämisessä on merkittävä ja sen on havaittu olevan yhteydessä myönteisiin näkemyksiin potilasturvallisuuskulttuurista (Smith ym. 2009, Sammer ym. 2010, Thompson ym. 2011, Varis 2011). Johtajat ovat avainasemassa virheistä oppimista mahdollistavan ilmapiirin ja kulttuurin edistäjinä.

Vaaratapahtuman käsittelyn alueella vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation osa-alue oli heikoin, joten tämä osa-alue vaatii kehittämistä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta. Siitä oli 39 %:lla potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteinen näkemys, joka on hieman myönteisempi tulos kuin Turusen (2012) aineistossa. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa näkemykset vaaratapahtumista saatavasta palautteesta olivat myönteiset vähintään puolella kaikista vastaajista (Wagner ym. 2009, Armellino ym. 2010, Nie ym. 2013, Auer ym. 2014). Vaikuttaa, että yksiköissä keskustellaan vaaratapahtumien toistumista ehkäisevistä toimintatavoista, mutta palaute vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista koetaan vähäisemmäksi.

Tulokset osoittivat, että myönteinen näkemys lähijohtamisesta voi olla yhteydessä myönteisempiin arviointeihin vaaratapahtumien käsittelystä. Tätä voidaan pitää samansuuntaisena Thompsonin ym. (2011) tuloksiin, joissa hyvänä arvioitu lähijohtaja-alaissuhde oli yhteydessä myönteisempiin näkemyksiin vaaratapahtumien käsittelyn alueella. Keskiarvosummamuuttujilla tarkastellen havaittiin, että kun sairaalahenkilöstöllä oli sairaalaton johdosta myönteinen käsitys, arvioivat he potilasturvallisuuskulttuurille myönteisemmin ei-rankaisevan virheiden käsittelyn ja vaaratapahtumiin liittyvän palautteen ja kommunikaation osa-alueita

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus

Hyvän luotettavuuden saavuttamiseksi on tutkimuksen suorittamisprosessissa pyritty hyvään validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetilla arvioidaan sitä, onko tutkimus mitannut sitä, mitä sen piti mitata. Reliabiliteettia arvioidessa tarkastellaan tulosten pysyvyyttä ja mittarin re-

liabiliteetilla kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen ym. 2009.) Ennakkoon asetetuilla selkeillä tutkimuskysymyksillä ja tavoitteilla on validiteettia voitu parantaa (Heikkilä 2001).

Tässä tutkimuksessa mitattiin onnistuneesti potilasturvallisuuskulttuurin tilaa sairaalassa sekä johtamisesta tehtyjen arviointien yhteyttä siihen. Potilasturvallisuuskulttuurin tilasta saatiin selkeä kuva ja kehittämistä vaativat ja vahvat tekijät eri osa-alueilta tulivat esiin. Tutkimustulokset vahvistavat lähijohtamisen merkitystä potilasturvallisuuskulttuurissa. Tutkimuksen voidaan todeta tuottaneen vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimus suoritettiin kokonaisotoksena ja tiedonantajina olivat tutkimuksen kohteena olevan organisaation henkilöstö, jolla voidaan olettaa olevan tietoa ja näkemystä oman organisaation potilasturvallisuuskulttuurista. Vastausaktiivisuus oli 19 %, mutta suuren otoksen vuoksi vastaajamäärä oli kuitenkin mittava (862) ja yleistyksiä voidaan tulosten perusteella esittää. Yleistettäessä tuloksia on kuitenkin huomioitava, että tulokset koostuvat yhden sairaalan poikkileikkaustutkimuksesta. (Polit ym. 2006, Kankkunen ym. 2009.)

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa, voidaan pohtia sitä, millaisia näkemyksiä olisi ollut henkilöstöllä, joka ei kyselylomaketta palauttanut. On mahdollista, että henkilöstöstä he, joilla on enemmän mielenkiintoa potilasturvallisuuskulttuuriin, ovat olleet aktiivisempia osallistujia. Perehtyneisyys tutkimusilmiöön voi vaikuttaa tulokseen siten, että vastaajien näkemyksiin heijastuu esimerkiksi kirjallisuudesta omaksutut tiedot, eikä niinkään havainnot omasta organisaatiosta. (Kankkunen ym. 2009.) Tilanne voi toisaalta olla myös päinvastainen. Tässä tutkimusorganisaatiossa potilasturvallisuuskulttuuria on organisaatiotasoisesti mitattu useana vuonna. Usea vastaaja on todennäköisesti osallistunut jo aiempina vuosina suoritettuihin kyselyihin, sillä henkilöstöstä suurella joukolla oli pitkä työkokemus tässä sairaalassa työskenteleystä.

Strukturoitujen kyselylomaketutkimusten heikkoutena pidetään sitä, että niiden valmiilla kysymyksillä ja vastausvaihtoehdoilla ei aina pystytä kattamaan vastaajien monimuotoisia kokemuksia (Hirsjärvi ym. 2009). Tämän kyselyn avoimen kysymyksen vastaukset eivät olleet tutkijan käytössä, joten niiden perusteella ei voida arvioida, ovatko vastaajat avoimessa vastauskentässä tuoneet esiin sellaisia kokemuksia, jotka strukturoitujen väittämien osalta eivät ole tulleet käsitellyiksi. HSPSC-kyselylomake sisältää käänteisessä muodossa olevia väittämiä, joiden tulkitseminen voi olla haasteellista.

Aineistoa tiivistettiin, jonka yhteydessä merkityksellistä tietoa voi kadota. Laajan aineiston tiivistäminen on kuitenkin yleistä (Kankkunen ym. 2009). Tutkija päätti esittää potilasturvallisuuskulttuurin tilaa koskevat tulokset kolmeluokkaisena alkuperäisen viisiportaisen luokittelun sijaan. Tässä uudelleen luokitteluun päädyttiin tulosten käsiteltävyyden vuoksi ja siksi, että se selkeyttää tulosten arvioimista potilasturvallisuuskulttuurin kannalta. Aineistoa tiivistettiin myös laskemalla johtamista myönteisesti ja kriittisesti arvioineiden näkemyksistä ryhmäkohtaiset keskiarvot. Nykyisin likert-asteikollisista muuttujista on yleistä ja hyväksyttyä laskea keskiarvoja (Kankkunen ym. 2009).

Aineistoa hyödynnettiin mahdollisimman paljon. Potilasturvallisuuskulttuurin tilaa käsittelevä aineisto käsiteltiin ja tulokset esitettiin sekä väittämittäin että osa-alueittain prosenttikeskiarvoina. Tulosten esittäminen osa-alueittain prosenttikeskiarvoina mahdollistaa vertailua ja synteisiä muiden tutkimusten tulosten kanssa, mikä on tulosten hyödynnettävyyden kannalta tärkeää. Myös johtamisesta tehtyjen arviointien yhteyttä esitettäessä päädyttiin esittämään tulokset sekä väittämittäin että osa-alueittain keskiarvosummamuuttujina. Aineiston käsittely on pyritty kuvaamaan tarkasti.

Luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksessa käytetyn mittarin validiteetti, jossa tutkimusilmiön käsitteiden onnistunut operationalisointi on merkittävää. (KvantiMOTV 2008). Aineiston keuruu suoritettiin potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksissa yleisesti käytetyllä ja rakenteeltaan vakiintuneella Hospital Survey on Patient Safety Culture -mittarilla (Sorra ym. 2004, King 2007, Turunen ym. 2008, 2013). Tutkimusorganisaatiossa on kyseistä mittaria käytetty vuodesta 2008 alkaen, mikä vahvistaa sen validiteettia myös tämän tutkimuksen yhteydessä (Turunen ym. 2013).

Aineistosta on muodostettu osa-alueittain summamuuttujamittareita, joiden sisäinen johdonmukaisuus varmistettiin Cronbachin alfakerrointa käyttäen. Cronbachin alfakerroin mittaa osamittarin muuttujien keskinäistä korrelaatiota, jos se on voimakas, mittaavat muuttujat samaa asiaa. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden Cronbachin alfa-arvojen arvot vaihtelivat välillä 0,571–0,808. Hyvä korrelaatio voitiin todeta seitsemän osamittarin osalta: lähijohdajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi (0,808), johdon tuki potilasturvallisuudelle (0,804), tiimityöskentely työyksikössä (0,727), yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta (0,733), ei-rankaiseva virheiden käsittely (0,701), palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen (0,760) sekä vaaratapahtumien raportointi (0,804). Muiden viiden osa-alueen osamittareiden sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää kohtalaisena: henkilöstömi-

toitus (0,659), kommunikaation avoimuus (0,571), yksiköiden välinen tiimityö (0,678), työvuorojen vaihdot ja siirtymiset (0,694) sekä oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa (0,673). (Kankkunen ym. 2009.)

Eettisyys

Tutkimukseni on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen laajaa tutkimushanketta, jonka edellyttämät tutkimusluvut on hankittu tutkimusorganisaation ja Itä-Suomen yliopiston käytäntöjen mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista, eikä osallistumisesta tai osallistumattomuudesta ole koitunut osallistujille haittaa. Kyselyyn on vastattu nimettömästi, eikä vastaajien tunnistaminen ole ollut mahdollista aineistoa käsiteltäessä.

Tutkimuskohteena potilasturvallisuuskulttuuri on tärkeä kansainvälisesti, kansallisesti ja organisaatiotasoisesti. Arvioimalla potilasturvallisuuskulttuurin tilaa säännöllisesti, saa organisaatio tiedon siitä, mitkä osa-alueet vaativat kehittämistä ja millä osa-alueilla on edistytty. Potilasturvallisuuskulttuurin tutkimusta voidaankin pitää eettisesti hyväksyttävänä ja tarpeellisenä. Johtamisesta tehtyjen arviointien yhteyden tutkimista voidaan pitää perusteltuna, sillä aiempi tutkimustieto on osoittanut runsaasti kehittämistarpeita erityisesti organisaation johdon tuen osalta.

6.3 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen tulosten perusteella on päädytty esittämään seuraavia johtopäätöksiä ja suosituksia.

1. Sairaalahenkilöstön näkemykset olivat kriittisiä kaikilla potilasturvallisuuden osa-alueilla, lukuun ottamatta yksikön sisäisen tiimityöskentelyn osa-alueita. Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin suomalaisiin tutkimuksiin osoittaa, ettei kriittisimmillä osa-alueilla ole saavutettu merkittävää edistystä.
2. Lähijohtaminen on avainasemassa potilasturvallisuuskulttuurin edistämässä ja henkilöstö saattaa osin määrittää näkemyksiään potilasturvallisuuskulttuurista sen mukaan, millaisena he arvioivat lähijohtajansa toimintaa potilasturvallisuuden edistäjänä.
3. Lähijohtajien tulisi antaa henkilöstölle enemmän palautetta. Potilasturvallisuuskulttuurille myönteisestä toiminnasta saatu palaute motivoi henkilöstöä toimimaan potilasturvallisesti sekä vahvistaa näkemyksiä potilasturvallisen toiminnan hyödyistä ja merkityksestä.

Lähijohtajien palaute vaaratapahtuman jälkeen tehdyistä muutoksista on henkilöstölle erittäin tärkeää oppimisen ja potilasturvallisten käytänteiden kannalta.

4. Sairaalatason johdon roolia potilasturvallisuuskulttuurissa tulisi kehittää näkyvämmäksi. Nykyisellään sairaalatason johdon rooli on henkilöstölle näkymätön ja siksi henkilöstön on vaikea arvioida sairaalatason johdon toimintaa. Osallistumalla potilasturvallisuuskierroille ja jalkautumalla toimintayksiköihin voi sairaalatason johto ottaa näkyvämmän roolin potilasturvallisuuskulttuurissa.
5. Potilaiden siirtotilanteissa on huomioitava, ettei potilasturvallisuus vaarannu potilashoidon kannalta tärkeän tiedon kadottua tai asian jäämättä hoitamatta. Potilaiden siirtotilanteita tulee tarkastella moniammatillisesti. Myös viestinnän merkitys korostuu hoitovastuun jakautuessa omaa yksikköä laajemmalle.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Potilasturvallisuuskulttuuri on dynaamista, joten sitä on arvioitava systemaattisesti ja säännöllisesti myös jatkossa organisaatiotasoisesti kokonaisotoksella suoritetuilla kyselyillä. Käyttämällä samaa mittaria on mahdollista luotettavammin arvioida potilasturvallisuuskulttuurin tilassa tapahtuneita muutoksia.

Sairaalatason johdon toimia olisi hyvä selvittää myös suomalaisissa sairaaloissa, kuten esimerkiksi Parand tutkimusryhmineen (2013, 2014) on selvittänyt Isossa-Britanniassa. Olisi mielenkiintoista selvittää, mitä sairaalatason johdon toiminta potilasturvallisuuskulttuurissa on sekä mitkä ja millaiset tekijät sairaalatason johdon toiminnassa voitaisiin tunnistaa potilasturvallisuuskulttuuria edistäviksi ja estäviksi.

Tutkimusta voisi syventää myös kommunikointiin ja viestintään liittyviin tekijöihin sekä moniammatillisen toiminnan edistämiseen.

LÄHTEET

AbuAlRub R.F, Gharaibeh H. F & Bashayreh A. E. I. 2012. The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses. *Nursing Forum*. 47(1), 65–75.

Aiken L, Sloane D. M, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kozka M, Lessafre E, McHugh M. D, Moreno-Carbas M. T, Rafferty A. M, Schwendimann R, Scott P. A, Tishelman C, van Achterberg T & Sermeus W. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. a retrospective observational study. *Lancet*. February 26.

Amalberti R, Auroy Y, Berwick D & Barach P. 2005. Five Systems barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*. 142(9), 456–764.

Armellino D, Quinn Griffin M.T & Fitzpatric J.J. 2010. Structural Empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*. 18, 796–803.

Ashcroft D.M & Cantrill J.A. 2007. Use of Medication. Teoksessa Sandars J, Cook G (toim.) *ABC of Patient safety*. BMJ Books. Blackwell Publishing Ltd. Oxford.

Auer C, Schwendimann R, Koch R, De Geest S & Ausserhofer D. 2014. How Hospital Leaders Contribute to Patient Safety Through the Development of Trust. *Journal of Nursing Administration*. 44(1), 23–29.

Bagnasso A, Tibaldi L, Chirone P, Chiaranda C, Panzone M.S, Tangolo D, Aleo G, Lazzarino L & Sasso L. 2011. Patient safety culture an italian experience. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 1188–1195.

Baker M., Thomson R. & Sandars J. 2007. Learning from Threats to Patient Safety. Teoksessa Sandars J, Cook, G (toim.) *ABC of Patient safety*. BMJ Books. Blackwell Publishing Ltd. Oxford.

Beyer M, Rohe J, Nicklin P.J. & Haynes K. 2007. Communication and Patient Safety. Teoksessa Sandars J, Cook, G (toim.) *ABC of Patient safety*. BMJ Books. Blackwell Publishing Ltd. Oxford.

Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, McCutcheon C, Longbottom P & Thalib L. 2013. Safety Culture in Australian Intensive care units. Establishing a Baseline for Quality Improvement. *American Journal of Critical Care*. 22(2), 93–102.

Claridge T & Sandars J. 2007. Patient Safety Culture. Teoksessa Sandars J, Cook, G (toim.) *ABC of Patient safety*. BMJ Books. Blackwell Publishing Ltd. Oxford.

Degeling P, Kennedy J & Mill M. 2001. Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management – the central challenge in hospital reform. *Health Services Research*, 14, 36–48.

Disch J, Dreher M, Davidson P, Sinioris M & Wainio J.A. 2011. The Role of the Chief Nurse Officer in Ensuring Patient Safety and Quality. *The Journal of Nursing Administration*. 41(4), 179–185.

Etene. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja 1. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf. Luettu 17.11.2014.

Feng X. O, Acord L, Cheng Y.J & Song J.P. 2011. The Relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*. 58, 249–254.

Ferguson L & Calvert J. 2007. Clinical Leadership: Using observations of care to focus risk management and quality improvement activities in the clinical setting. *Contemporary Nurse*. 24, 212–224.

Groves P, Meisenbach R.J & Scott-Cawiezell J. 2011. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*. 67(8), 1846–1855.

Haavisto E, Helovuoto A, Kinnunen M, Peltomaa K. 2012. Vakavien vaaratapahtumien tutkimista. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Multiprint Oy, Turku, 2012.

HaiPro. 2014. <http://awanic.com/haipro/>. Luettu 19.11.2014.

Hardt DiCuccio M. 2014. The Relationship between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. 00(00).

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Helovuoto A, Kinnunen M, Peltomaa K & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Edita Prima Oy. Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Tammi. Keuruu.

Husso R. 2014. Potilasturvallisuuskulttuuri ajanvarauspoliklinikalla - kysely sairaala-henkilöstölle. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. National Academy Press. Washington DC.

Itä-Suomen yliopisto. 2014. <https://www2.uef.fi/fi/hoitot/tutkimus>. Luettu 19.11.2014.

Itä-Suomen yliopisto. 2012.

https://www2.uef.fi/documents/1009628/1010099/Hoitotieteen+laitoksen+kirjallisen+ty%C3%B6n+ohjeet+%281.0_2012%29.pdf/e2a0ab04-b2d7-4365-8599-5c7fb2ecea3. Luettu 03.05.2015.

Jalava R. 2014. Terveysthuollon turvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Järvelin J, Haavisto E & Kaila M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkäri-lehti*. 65, 1123–1127.

- Järvensivu A. 2006. Oppiminen työnä ja työpaikkapelinä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY Pro Oy. Helsinki.
- Karhunen V, Rasi I, Lepola E, Muhli A & Kanninen A. 2010. IBM SPSS Statistics perusteet. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Kauppinen T.J. 2002. Arvojohtaminen. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- McKinnon K. 2012. We cannot staff for 'what ifs': the social organization of rural nurses' safeguarding work. *Nursing Inquiry*. 19(3), 259–269.
- King J, Anderson c. M. 2012. The Canadian Interprofessional Patient Safety Competencies: Their Role in Health-Care Professionals' Education. *Journal of Patient safety*. 00(00).
- King T & Fowler Byers J. 2007. A Review of Organizational Culture Instruments for Nurse Executives. *The Journal of Nursing Administration*. 37(1), 21–31.
- Kinnunen M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Acta Wasaensia no 230.
- Kinnunen M & Peltomaa K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut Oy. Kuopio.
- Kilpeläinen A. 2009. Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa: Mäntysaari M, Pohjola A, Pösö T. (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. WS Bookwell. Juva.
- Kohn L, Corrigan J & Donaldson M. 2000. *To Err is Human: Building A Safer Health System* Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=1
Luettu 24.11.2014.
- Kuosmanen A, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M & Turunen H. 2013. Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nursing*. 9(4), 207–216.
- KvantiMOTV. Menetelmätietovaranto. 2008. www.fsd.uta.fi. Luettu 11.04.2015.
- Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management*, 21,152–164.
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>. Luettu 17.10.2014.
- Leonard M, Graham S & Bonacum D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 13(1), 85–90.

- Leonard M & Franken A. 2012. How can leaders influence a safety culture? Thought paper. <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3427/How+can+leaders+influence+a+safety+culture+thought+paper.pdf?realName=6TNLDH.pdf>. Luettu 24.11.2014.
- Linden-Lahti C, Airaksinen M, Pennanen P & Käyhkö K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen Lääkärilehti*. 64(41), 3429–3433.
- Linnilä M. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalassa- systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuosien 2007–2012 tutkimukseen. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- McKinnon K. 2011. We cannot staff for ‘what ifs’: the social organization of rural nurses’ safeguarding work. *Nursing Inquiry*. 19, 259–269.
- Morello R.T, Lowthian J.A, Barker A.L.,McGinnes R ,Dunt D, Brand C. 2013. *BMJ Quality Safety*. 22, 11–18.
- Mrayyan M.T, Shishani K & Al-Faouri I. 2007. Rate, Causes and Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses’ Perspectives. *Journal of Nursing Management*.15, 659–670.
- National Patient Safety Agency. 2004. Seven steps to patient safety. Full reference guide. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>. Luettu 11.05.2015.
- Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J & Zhang M. 2013. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research*. 13(228).
- Parand A, Dopson S & Vincent C. 2013. The role of chief executive officers in a quality improvement initiative: a qualitative study. *BMJ Open*. 3.
- Parand A, Dopson S, Renz A & Vincent C. 2014. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ*. Open. 4.
- Pietikäinen E, Reiman T & Oedewald Pia. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT. Espoo.
- Pietikäinen E, Heikkilä J,& Reiman T (toim.). 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. VTT Technology 58. Kopijyvä Oy. Kuopio.
- Polit D. F, Tatano Beck C. 2006. *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Price J, Nicklin P.J & Haynes K. 2007. *Principles of Clinical Risk Management*. Teoksessa Sandars J, Cook, G (toim.) *ABC of Patient safety*. BMJ Books. Blackwell Publishing Ltd.
- Provonost P. J,Goeschel C. A, Marsteller J. A, Sexton J. B, Pham J. C & Berenholtz S. M. 2009. Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*. 119, 330–337.
- Reiman T, Pietikäinen E & Oedewald P. 2008. *Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi*. VTT Publications 700. Espoo.

- Reiman T & Oedewald P. 2009. Terveysthuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen M, Peltomaa K.(toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut Oy. Kuopio.
- Reiman T, Pietikäinen E & Oedewald P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen M, Peltomaa K.(toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut Oy. Kuopio.
- Ruuhilehto K & Vilppola K. 2000. Turvallisuuskulttuuri ja turvallisuuden edistäminen. Tukes julkaisu 1/2000. www.tukes.fi/tiedostot/julkaisut/1-2000.pdf. Luettu 24.11.2014.
- Sahlström M, Partanen P & Turunen H. 2014. Safety as Experienced by Patients Themselves. A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care. *Research in Nursing & Health*. 37, 194–203.
- Sammer C. E, Lykens K, Singh K.P, Mains D. A & Lackan N. A. 2010. What is Patient Safety Culture. A review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(2), 156–165.
- Singer S. J, Falwell A, Gaba D. M & Baker L. C. 2008. Patient Safety Climate in US Hospitals. Variation by Management level. *Medical Care*. 46(11),1149–1156.
- Schein E. 1991. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Smeds Alenius L, Tishelman C, Runesdotter S & Lindqvist R. 2014. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality Safety*. 23, 242–249.
- Smits P, Pearson P. H & Ross F. 2009. Emotions at work: what is the link to patient safety and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. *Journal of Nursing Management*. 17, 230–237.
- Sorra J. S & Nieva V, F. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Luettu 10.10.2014.
- Squires M, Tourangeau A, Spence Laschinger H.K. & Doran D. 2010. The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*. 18, 914-925.
- STM 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.
- STM 2009b. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Yliopistopaino. Helsinki.
- STM 2011. Sosiaali- ja terveysministerin julkaisuja 2011:2. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

- STM. 2014a. .Potilasturvallisuuden kehittämisen ydinkohtia. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf. Luettu 17.11.2014.
- STM. 2014 b. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus. Luettu 13.05.2015.
- Terveydenhuoltolaki.<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 17.10.2014.
- Tella S, Liukka M, Jamookeeah D, Smith N-J, Partanen P & Turunen H. 2013. What Do Nursing Students Learn About Patient Safety? An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Research*. 52 (X).
- Thompson D.N, Hoffman L.A, Sereika S. M, Lorenz H.L, Wolf G. A, Burns H.K, Minnier T.E & Ramanujam, R. 2011. A Relational Leadership Perspective on Unit-Level Safety Climate. *Journal of Nursing Administration*. 41(11), 479–48.
- Thompson J.E, Collett L. W, Langbart M.J, Purcell N.J, Boyd S.M, Yumiga Y., Ossolinski G, Susanto C & McCormack A. 2011..Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*. 87(1027), 340–344.
- THL 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Kinnunen M, Keistinen T, Ruuhilehto K & Ojanen J. Yliopistopaino. Helsinki.
- THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Juvenes Print- Tampereen Kirjapaino Oy. Tampere.
- THL 2014a. www.thl.fi. Luettu 13.10.2014.
- THL 2014b. <https://www.thl.fi/fi/-/sote-uudistus-edistaa-palvelujen-yhdenvertaista-saatavuutta-ja-laatua>. Luettu 13.05.2015.
- Turunen E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Turunen H, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K & Miettinen M. 2008. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi- kysely erikoissairaanhoidon henkilöstölle. teoksessa Konferenssiartikkelit X Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi Hoitotiede terveyden ja hoitamisen palveluksessa. Åbo Akademi. Vaasa.
- Turunen H., Partanen P, Kvist T, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Patient safety culture in acute care. A web-based survey of nurse managers´ and nurses´ views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*.19, 609–617.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 15.05.2015.
- Ulanimo VM, O'Leary-Kelley C, & Connolly PM. 2007. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. *Journal of Nursing Care Quality*. 22(1), 28–33.

Varis M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri-edistävät ja heikentävät tekijät. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Viitala R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Vogus J & Sutcliffe K.M. 2007. The Impact of Safety Organizing, Trusted leadership, and Care Pathways on Reported Medication Errors in Hospital Nursing Units. *Medical Care*. 45(10), 997–1002.

Wang X, Liu K, You L, Xiang J, Hu H, Zhang L, Zheng J & Zhu X. 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 51, 1114–1122.

Wagner L.M, Capezuti E & Rice J.C. 2009. Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(2), 184–192.

WHO. 2004. World Alliance for Patient SafetyForward Programme 2005.
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Luettu 24.11.2014.

LIITE 1.

Liitetaulukko 1. HSPSC -mittarin sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfakertoimilla tarkasteltuna.

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue HSPSC-mittarissa	HSPSC-mittarin osa-alueen väittämät	Cronbachin alfakertoim
Lähihoitajien odotukset ja toiminta	potilasturvallisuuden edistämisessä	
	<p>Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti.</p> <p>Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.</p> <p>Kun syntyy työpainetta, esimieheni halua meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista. (k)</p> <p>Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuongelmia niiden toistumisesta huolimatta. (k)</p>	0,808
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	<p>Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin.</p> <p>Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti.</p> <p>Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut. (k)</p>	0,804
Henkilöstömitoitus	<p>Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden.</p> <p>Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)</p> <p>Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (k)</p> <p>Työskentelemme kuin viimeistä päivää yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti. (k)</p>	0,659
Tiimityöskentely työyksikössä	<p>Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä.</p> <p>Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, että saamme työt tehtyä.</p> <p>Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen.</p> <p>Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat.</p>	0,727
Kommunikaation avoimuus	<p>Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa.</p> <p>Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan.</p> <p>Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. (k)</p>	0,571
Yksiköiden välinen tiimityö	<p>Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. (k)</p> <p>Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä.</p> <p>Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä. (k)</p> <p>Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille.</p>	0,678
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset		

	Asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään paikasta toiseen. (k) Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa. (k) Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä. (k) Työvuorojen vaihtojankohdat ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme. (k)	0,694
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta. Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin. Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta.	0,673
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	On vain sattuma, että täällä ei satu vakavampia virheitä. (k) Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi. Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. (k) Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn.	0,733
Ei-rankaiseva virheiden käsittely	Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan. (k) Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu, että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan. (k) Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan. (k)	0,701
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista. Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista. Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen.	0,760
Vaaratapahtumien raportointi	Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutusta potilaaseen, miten usein se raportoidaan? Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan? Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?	0,804
k= väittämän asteikko on uudelleen luokiteltu siten, että arvo 5 on potilasturvallisuuskulttuurin kannalta myönteisin ja on siten samansuuntainen kaikkien väittämien asteikon kanssa.		

LIITE 2.

LIITETAULUKKO 2. Potilasturvallisuuskulttuuria käsitteleviä tutkimuksia.

Lähde	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
AbuAlRub R.F, Gharaibeh H. F. Bashayreh A. E. I. (2012). The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses. Nursing Forum Volume 47, No. 1, January-March. Jordania.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia turvallisuusilmapiirin, tiimityön, ja sairaanhoitajien aikoiden pysyä työssä välistä yhteyttä jordanialaisissa sairaaloissa	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Itse kehitetty mittari.	n= 381 sairaanhoitajia kuudessa sairaalassa Jordaniassa.	Turvallisuuskulttuurilla oli vahva positiivinen korrelaatio tiimityöhön, kohtalainen aikomukseen pysyä työssä.
Armellino, D, Quinn Griffin, M.T, Fitzpatrick, J.J. (2010). Structural Empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. Journal of Nursing Management, 18 796-803. USA	Tutkimuksen tarkoituksen oli kuvata potilasturvallisuuskulttuurin tilaa sekä voimaantumisen yhteyttä siihen.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittareina HSOPSC ja CWEQ-II.	n= 102 sairaanhoitajaa	Vahvimaksi osa-alueeksi raportoitiin yksikön sisäinen tiimityö, jossa positiivisia vastauksia oli 74 %. Tiimityö muiden yksiköiden välillä arvioitiin selkeästi heikommaksi, vain 42 % arvioi tämän positiiviseksi. Lähiesimiehen odotuksista positiivisia vastauksia oli 69 %, organisaation jatkuvasta kehittämisestä ja oppimisesta 68 %. Tutkimuksessa heikommaksi potilasturvallisuuden osatekijäksi arvioitiin ei- rankaiseva virheiden käsittely. Vain viidennes vastaajista suhtautui siihen positiivisesti siihen. Organisaation johdon tuesta oli noin puolella vastaajista (52 %) myönteinen käsitys. Kommunikoinnin avoimuudesta ja virheistä kommunikoinnista ja palautteesta arviot olivat 60 % myönteiset. Yhteys voimaannuttavien rakenteiden ja potilasturvallisuuskulttuurin välillä oli voimakas.
Auer, C, Schwendimann ,R, Koch, R, De Geest, S, Ausserhofer,	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia yleisesti näkemyksiä potilasturvallisuudesta sekä sairaalan johdon tukea	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Aineisto RN4CAST (Nurse Fore-	n= 1633 sairaanhoitajia 35 sveitsiläisissä sairaaloissa	Turvallisuudesta kommunikointi on tärkeää. Vastaajista 58 % arvioi johdon priorisoivan potilasturvallisuutta organisaatiossaan. Kommunikointia arvioidessaan vastaajilla oli myönteisin näkemys liittyen kommu-

D.(2014).How Hospital Leaders Contribute to Patient Safety Through the Development of Trust. Journal of Nursing Administration. Volume 44, Number 1, pp 23-29. Sveitsi	sille ja sairaanhoitajien luot- tamusta johtoon.	casting in Europe) tutkimuksesta.		nikaatiokäytäntöihin vaaratapahtumien toistumisen eh- käisemiseksi (81 %), puolet vastaajista koki mahdollisek- si kyseenalaistaa tehtyjä päätöksiä ja toimintoja ja enää neljännes luotti, että johto on aktiivinen vastaajan esille ottaman asian selvittämisessä. Tutkimusryhmän laatima rakenneyhtälömalli kuvaa johdon tuen vaikutta- van suoraan luottamukseen sekä yleiskäsitykseen potilas- turvallisuudesta.
Bagnasco, A, Tibaldi, L, Chirone, P, Chiaranda, C, Panzone, M.S, Tangolo, D, Aleo, G, Lazzarino, L, Sasso L. (2011) Patient safety culture an italian experience. Journal of Clinical Nursing, 20.1188-1195. Italia.	Tutkimuksen tarkoitus oli sel- vittää käsityksiä potilasturval- lisuuskulttuurista italialaisessa sairaalassa ja samalla arvioida HSOPSC-mittarin validiteettia ja soveltuvuutta potilasturval- lisuuskulttuurin arvioimisessa Italiassa.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustut- kimus HSPSC-mittari	n= 724	Heikoimmaksi potilasturvallisuuden osatekijöiksi arvioi- tiin henkilöstömitoitus, jota arvioitiin positiiviseksi vain 30 % ja johdon tuki, jossa 28 % arvioi tuen positiiviseksi. Ei- rankaiseva virheiden käsittely arvioitiin positiiviseksi 35 %. Vahvimmat osatekijät potilasturvallisuuskulttuu- rissa olivat organisaation jatkuva kehittyminen, jossa 74 % näki sen positiivisena. Esimiehen odotukset ja toimin- ta sai positiivisia vastauksia 69 % vastaajilta.
Chaboyer W., Chamberlain D., Hewson-Conroy K, Grealy B., Elderkin T., Brittin M., McCutcheon C., Longbottom P., Thalib L. (2013). Safety Culture in Australian Intensive care units. Establishing a Baseline for Quality Improvement. American association of critical-care nurses. 2013; 22:93-102. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli ku- vata käsitystä turvallisuuskult- tuurista australialaisissa teho- hoidon yksiköissä.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustut- kimus SAQ-mittari	n=672 sairaanhoitajia ja lääkäreitä 10 te- hohoitoyksikössä Australiassa	Hoitotyön johtajat arvioivat työolosuhteet ja käsitykset johdosta negatiivisemmin kuin sairaanhoitajat. 45 % vastaajista arvioi tiimityön positiiviseksi. 19 % vastaajista oli positiivinen käsitys sairaalan johdos- ta.
Disch, J., Dreher, M, Davidson,P, Siniors, M, Wainio, J.A. (2011). The Role of the Chief Nurse Officer in Ensuring Patient Safety and Quality. The Journal of Nursing	Tutkimuksen tarkoitus oli ke- rätä tietoa organisaation joh- don ja henkilökunnan koke- muksista laatua ja potilastur- vallisuutta tukevista rakenteis- ta.Klinikan chief nurse office- rin rooli ja kompetenssi olivat	Strukturoitu haastattelu	n= 171 eri tason hoito- työn johtajia, sai- raanhoitajia, joh- tavia lääkäreitä, johtavia hoitajia kahdeksan sairaalassa	Rooli oli usein epäselvä ja vaihteli organisaatioittain Hoi- totyön johtajat kokivat omaavansa mahdollisuuksia edis- tää potilasturvallisuutta. Lähes kaikissa sairaaloissa oli yhtäläinen näkemys, että organisaation johto tukee hoito- työnjohtajaa potilasturvallisuudessa, yhdessä sairaalassa epäilytti, onko riittäviä resursseja. Tärkein kompetenssi oli potilasturvallisuudesta, sen tavoitteista ja siinä suoriu-

Administration. Volume 41, Number 4, pp 179-185. USA.	erityisesti tutkimuksen kohteena.		laa	tumisesta viestiminen/kommunikointi.
Feng, X. O, Acord, L, Cheng, Y.J, Song, J.P. (2011) The Relationship between management safety commitment and patient safety culture. International Nursing Review. 58 249-254. Kiina.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia johdon potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutumisen yhteyttä potilasturvallisuuskulttuuriin.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittareina MSC, HSPSC	n= 248 sairaanhoitajia ja hoitotyön johtajia kiinalaisessa yliopistosairaalassa	Johdon sitoutuminen potilasturvallisuuskulttuuriin on merkittävä tekijä potilasturvallisuuskulttuurin muodostumisessa ja sen edistämisessä. Hoitotyön johtajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria myönteisemmin kuin sairaanhoitajat.
Ferguson, L, Calvert, J. (2007). Clinical Leadership: Using observations of care to focus risk management and quality improvement activities in the clinical setting. Contemporary Nurse. 24: 212-224. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata, miten hoitotyönjohtajat käyttävät havainnointitutkimusta työympäristön turvallisuusriskien havainnoinnissa.	havainnointitutkimus	n= 16 havainnointitapahtumaa kuuden esimiehen suorittamana	Eri tutkijat tekivät samankaltaisia havaintoja riskienhallinnan edistämiseksi. Havainnoista muodostettiin viisi teemaa: työympäristö, työterveys ja – turvallisuus, kommunikointi ja tiimityö, hoitokäytännöt, potilaan hoito, hyvän palautteen anto ja hyvien käytäntöjen huomiointi.
Groves P., Meisenbach R.J., Scott-Cawiezell J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. Journal of Advanced Nursing. 67 (8), 1846-1855. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää strukturoidun teorian käyttöä turvallisuuskulttuurin ymmärtämiseksi ja edistämiseksi terveydenhuollon organisaatioissa.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteenalan tietokannoista vuosilta 1983–2009		Lisäsi tietoa turvallisuuskulttuurista. Se on dynaaminen systeemi, johon henkilökohtaiset asenteet ja organisaation rakenteet vaikuttavat ammatillisten ja organisaation arvojen lisäksi. Se on sosiaalinen järjestelmä, jossa eri osat ovat riippuvaisia toisistaan. Toimijat nähdään tietävinä, tietoisina, reflektioivina ja tarkoituksellisina.
Hardt DiCuccio, Margaret (2014). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. Journal of patient safety. Volume 00, Num-	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida tutkimuksia, joissa käsiteltiin merkitsevää yhteyttä hoitotulosten ja potilasturvallisuuskulttuuriin välillä.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteenalan tietokannoista	n = 17 tutkimus-artikkelia	Kun potilasturvallisuutta tarkasteltiin koko sairaalan tasolla, esiintyi negatiivinen korrelaatio uudelleen sairaalaan kutsuttujen määrässä, kuolleisuudessa ja AHRQ: n potilasturvallisuusindikaattoreissa. Kun tarkastelutaso oli hoitoyksikkö, oli korrelaatio painehaavojen esiintymiseen negatiivinen. Kun tarkasteltiin potilasturvallisuuskulttuuria tehohoitoyksiköissä, korrelaatio oli negatiivi-

ber 00, Month 2014. USA.				nen kuolleisuuteen. Lääkevirheiden raportointiaktiivisuus kasvoi.
Husso R. (2014). Potilasturvallisuus kulttuuri ajanvarauspoli- klinikalla - kysely sairaalahenkilöstölle. Pro gradu- tutkielma. Hoi-totieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata neljän erikoissairaanhoidon sairaalan ajanvarauspoli- klinikan potilasturvallisuus- kulttuuria henkilökunnan näkökulmasta sekä selvittää, miten vastaajien ja organisaation taustatekijät ovat siihen yhteydessä.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus HSPSC- mittari	n= 314 sairaanhoitajia, muuta henkilökuntaa, lääkäreitä hoitotyönjohtajia	Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista vahvimaksi arvioitiin yksikön sisäinen tiimityö, positiivisten vastausten osuus 72 %. Johdon tuen arvioi 49 % vastaajista tukevan potilasturvallisuuskulttuuria. Lähijohtajan odotukset ja toiminta arvioitiin kohtuulliseksi, 69 % myönteisiä vastauksia. Henkilöstömitoitusta arviotaessa 41 % arvioi, että työvoimaa on riittävästi työmäärään nähden.
Jalava R. (2014). Terveysturvan turvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu- tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata akuuttisairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä turvallisuuskulttuurista terveydenhuollon organisaatiossa.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Aineisto RN4CAST (Nurse Forecasting in Europe) tutkimukses-ta.	n= 1131 sairaanhoitajaa suomalaisissa vähintään 100 sairaansijaan sairaaloissa.	Neljännes vastaajista ei luottanut sairaalan johtoon. Iältään nuoremmat arvioivat kriittisemmin johtamista. 73 % piti lähiesimieheltään saatua tukea hyvänä. 60 % vastaajista arvioi, että henkilöstöä ei ole riittävästi laadukkaan hoitotyön saavuttamiseksi. Kollegan osaamista pidettiin hyvänä 98 %. 27 % koki, että organisaation johto toiminnallaan osoittaa potilasturvallisuuden olevan etusijalla. Lääkärin ja hoitajan yhteistyö arvioitiin hyväksi (79 %).
McKinnon K. (2011) We cannot staff for 'what ifs': the social organization of rural nurses' safeguarding work. Nursing Inquiry. 19:259-269. Kanada.	Tutkimuksessa käsiteltiin maaseutusairaaloiden henkilöstömitoitusta, organisointia ja laajan osaamistarpeen huomioimista potilasturvallisuudessa.	etnografinen tutkimus haastattelut havainnointi	viisi maaseutuyhteisöä Kanadan Brittiläisessä Kolumbiassa	Pienissä sairaaloissa osaamisen kirjo on oltava suuri. Sairanhoitajat olivat huolestuneita, kuinka potilasturvallisuus voidaan taata ja voidaanko taata riittävä ja osaava henkilöstö. Lisäksi he kokivat, että johto sivuutti tämän huolen.
King T., Fowler Byers J. (2007). A Review of Organizational Culture Instruments for Nurse Executives. The Journal of nursing Administration. Vol. 1, pp 21-31. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteenalan tietokannoista vuosilta 1985–2005		Yksikään tutkituista mittareista ei ollut täysin ihanteellinen organisaatiokulttuurin mittaamisessa. Tutkituista mittareista HSPSC oli ainoa terveydenhuollolle spesifi mittari. Sen käytön yleistyessä, validiteetista ja reliabilitteetista odotetaan saatavan lisää tietoa. Kunkin mittarin käyttö on tutkijaryhmän mielestä kuitenkin hyvä alku potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi.
King, J, Anderson, C.M. (2012)The Canadian Interprofessional Patient safety Competencies: Their Role in Health-Care	Tutkimuksen tarkoitus oli luoda malli potilasturvallisuuden kompetensseista edistämään ammatillista kehittymistä.	Kirjallisuuskatsaukset asiantuntijaryhmät Project Secretariat-hanketoiminta		Tutkimusryhmä kuvaa kuusi kompetenssiosa- aluetta, jotka ovat merkittäviä potilasturvallisuuden takaamisessa. 1) potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen, 2) yhdessä toimiminen, 3) tehokas kommunikointi, 4) riskienhallinta, 5) henkilöstövoimavarojen ja ympäristötekijöiden op-

professionals' Education. Journal of Patient safety. Volume 00, Number 00, Month 2012 Usa.				timoiminen, 6) vaaratapahtumien tunnistaminen, reagointi ja avoimuus. Kompetenssien määrittäminen tukee henkilökohtaisesti ammatillista kehittymistä ja johtaa potilasturvallisuuden edellyttämiin yhtenäisiin taitoihin ja ymmärrykseen terveydenhuollossa.
Kinnunen, M. (2010). Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Vaasan yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli	Kvalitatiivinen tutkimus		Organisaatiotasoinen virheistä oppiminen edellyttää systeemilähtöistä tarkastelua, avointa ja syyllistämätöntä ilmapiiriä. Johto ja esimiehet ovat tärkeässä roolissa keskustelunkäynnistäjinä. Oppimista estää ei-hyväksyvä suhtautuminen virheisiin. Yksilökeskeinen tarkastelu ei johda organisaatiotasoiseen kehittymiseen.
Linnilä M. (2012) Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalassa- systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuosien 2007-2012 tutkimuksen. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata henkilöstön näkemystä potilasturvallisuuskulttuurista sairaaloissa.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteenalan tietokannoista vuosilta 2007-2012	n= 37 tutkimusartikkeliä	Potilasturvallisuuden mittaamisessa käytetään luotettaviksi ja päteviksi arvioituja mittareita (HSOPSC ja SAQ) Johdon tuki potilasturvallisuudelle, henkilöstökysymykseen liittyvät tekijät, vaaratapahtumien raportointi ja käsittely ovat keskeisiä kehittämisalueita. Organisaation oppiminen ja tiimityö ovat osatekijöitä, joissa on havaittu myönteistä kehitystä.
Morello R.T, Lowthian J.A, Barker A.L.,McGinnes R.,Dunt D., Brand C. (2013). BMJ Qual Saf 2013;22.11-18.Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia eri strategioiden vaikuttavuutta potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteenalan tietokannoista vv. 1996–2011	n= 21 tutkimusartikkeliä	Eri strategioiden näyttö jää heikoksi. Positiivista näyttöä potilasturvallisuuskulttuuriin saattaa olla turvallisuuskierroilla (walk around) ja yksikkötasoisilla monipuolisilla tietojärjestelmillä.
Nie Y. Mao X., Cui H., He S., Li J, Zhang M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. BMC Health Services Research. 13: 228. Kiina.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää näkemyksiä ja kokemuksia potilasturvallisuuskulttuurista kiinalaisissa sairaaloissa sekä tarkastella erityisiä kiinalaiseen kulttuuriin liittyviä osatekijöitä.	Kvantitatiivinen poikkeileikkaustutkimus HSPSC- mittari	n= 1160 32 sairaalassa Kiinassa	Käsitykset tiimityön osa-alueesta olivat myönteiset, 84 % arvioi sen positiiviseksi, kun arvioitiin yhteistyötä muiden tiimien kanssa arvioit heikentyivät ja positiivisten vastausten osuus laski 66 %:iin. Henkilöstömitoitusta arvioitiin kriittisimmän, vajaa puolet (45 %) vastauksista oli myönteisiä. Johdon tuen näki myönteisenä 69 % vastaajista. Ei-rankaiseva virheiden käsittely nähtiin positiivisempänä kuin vertailuarvona käytetty AHQR:n USA:ssa keräämän aineiston perusteella määritetyt arviot. Kiinassa positiivisena tätä piti 60 %, kun USA:ssa 40 %. Kiinassa kommunikointi nähtiin USA:ta avoimempänä. Taustatekijöistä työntekijän asema ja työyksikkö vaikuttivat käsityksiin eri potilasturvalli-

suuskulttuurin osatekijöihin.				
Parand, A., Dopson, S., Renz, A., Vincent, C.2014. The role of hospi- tal managers in quality and patient safety: a systemat- ic review. BMJ. Open. 14. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoitus oli tar- kastella empiiristä kirjallisuut- ta, jossa käsitellään sairaalan johdon toimintaa, sitoutumista ja käyttämänsä aikaa hoidon laatuun liittyen.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tie- teenalan tietokannoista vv. 1983-2010	n= 19 tutkimusartikkelia	Suurin osa tutkimuksista koski hallituksen tai ylimmän johdon roolia. Hallitus käytti ajasta korkeintaan 25 % laatuun liittyviin asioihin. Lähiesimiehet käyttivät yhtä lailla vähän aikaa. Ristiriitaisia tuloksia esiintyi tutkitta- essa hallitusten toimintoja. Osassa organisaatioita hallitus asetti strategisia tavoitteita laatutyölle, mutta toisissa or- ganisaatioissa toimintaa ei suunniteltu eikä se ollut halli- tusten agendalla.
Parand, A., Dopson, S., Vincent, C. (2013) The role of chief executive of- ficers in a quality im- provement initiative:a qual- itative study. BMJ Open.3. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoitus oli tun- nistaa organisaation johtajan toiminnasta osa-alueita, jotka sisältyvät laatuun ja potilas- turvallisuuteen.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus	n= 17 organisa- ation johtajaa sekä 36 henkilös- tön edustajaa	Tunnistettiin viisi osa-aluetta: 1)resurssien tarjonta, 2)henkilöstön innostaminen ja sitouttaminen 3)tuki 4)edistymisen seuranta 5) strateginen. Merkitys oli tärkeä rakenteiden muokkaamisessa, jotta ne tukevat laadun pa- rantamista.
Sammer, C. E.,James, B. R.. (2011).Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. Online Journal of Issues in Nurs- ing ., 2011; 16 (3): 1.	Tutkimuksen tarkoitus oli sel- vittää potilasturvallisuuskult- tuurin ominaisuuksia.	Kirjallisuuskatsaus perustuen sähköiseen tiedonhakuun tieteen- alan tietokannoista vv. kohdistuen USA:n sairaaloihin	n= 38 tutkimusar- tikkelia	Tunnistettiin seitsemän osa-aluetta: johtaminen, tiimityö, näyttöön perustuvuus, kommuni- kaatio, oppiminen, oikeudenmukaisuus ja potilaskeskei- syys. Potilasturvallisuuskulttuuri on kompleksinen ilmiö, jota ei tunneta riittävästi ja, jonka operationalisointi on vaike- aa. Johtaminen on avainasemassa potilasturvallisuuden edistämässä ja implementoinnissa.
Singer S. J., Falwell A., Gaba D. M., baker L. C. (2008). Patient Safety Climate in US Hospitals. Variation by Management level. Medical Care. Vol- ume 46. Number 11. pp 1149-1156. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli sel- vittää onko työntekijöillä ja esimiehillä negatiivisempi kä- sitys potilasturvallisuusilma- piiristä verrattuna organisaati- on korkeimman johdon käsi- tyksiin.	Kvantitatiivinen poikki- leikkaustutkimus Patient Safety Climate in Healthcare Organizations- mittari	n= 18 361 sairaalan henki- löstöä 92 sairaalassa USA:ssa	Organisaation korkeimman johdon näkemykset potilas- turvallisuusilmapiirin lähes kaikista osa-alueista oli myönteisempi muihin vastaajaryhmiin verrattuna. Pelko syyllistämisestä jakoi voimaikkaimmin vastaajaryhmät. Eniten pelkoa esiintyi työntekijöiden keskuudessa, jopa kaksinkertaisesti korkeimman johdon käsityksiin verrat- tuna.
Smeds Alenius L., Tish- elman C., Runesdotter S., Lindqvist R. (2014).Staffing and re- source adequacy strongly	Tutkimuksen tarkoitus oli sel- vittää kuinka sairaanhoitajat arvioivat työpaikkansa hoidon turvallisuutta ja kuinka työ- ympäristöön liittyvät tekijät	Kvantitatiivinen poikkileikkaustut- kimus Aineisto RN4CAST (Nurse Fore- casting in Europe) tutkimuksesta.	n= 9236 sairaanhoitajia 79 sairaalassa Ruot- sissa	Sairaanhoitajien näkemys riittävästä henkilöstömitoituk- sesta, hyvästä kollegiaalisuudesta hoitajan ja lääkärin vä- lillä sekä näkyvästä ja kompetentista johtamisesta olivat yhteydessä myönteiseen arvioon oman työyksikön poti- lasturvallisuudesta

related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. <i>BMJ Qual Saf</i> 2014;23:242-249. Ruotsi.	vaikuttavat heidän arviointiin- sa.			
Smits P., Pearson P. H., Ross F. (2009). Emotions at work: what is the link to patient safety and staff safety? Implications for nurse managers in the NHS. <i>Journal of Nursing management</i> 17,230-237. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia tunteiden vaikuttamista turvallisuuteen.	kvalitatiivinen tutkimus havainnointi haastattelu		Johtajien tulee olla tietoisia tunteiden vaikutuksesta ja moniulotteisuudesta. Riskienhallinnassa vaikuttavat sekä tarkoitus ja tahto toimia niiden vähentämiseksi. Hyvä johtaminen, tiimityö, muutosjohtaminen, osaamisen tukeminen, syyllistämisen välttäminen ja työtyytyväisyys olivat tekijöitä, jotka vaikuttavat tunteiden hallintaan.
Squires M., Tourangeau A., Spence Laschinger H.K, Doran, D. (2010) The link between leadership and safety outcomes in hospitals. <i>Journal of Nursing Management</i> , 2010,18,914-925. Kanada.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia ja tarkentaa mallia, jolla kuvataan johtamisen, oikeudenmukaisuuden, hoitotyön ympäristön, turvallisuusilmapiirin ja potilaan ja hoitamisen turvallisuuden välisiä yhteyksiä.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus	n= 267 sairaanhoitajia kanadalaisissa sairaaloissa.	Malli todettiin soveltuvaksi ja sen avulla voitiin todentaa yhteyksiä esimies-alaisuuden ja turvallisuusilmapiiriin ja työympäristön välillä eri tekijöiden välillä. Esimiehen ja alaisen välinen oikeudenmukaisuus ja empatia vaikuttivat työympäristön laatutekijöihin ja sitä kautta turvallisuusilmapiiriin.
Thompson, D.N, Hoffman, L.A, Sereika, S. M, Lorenz, H.L, Wolf, G. A, Burns, H.K, Minnier, T.E, Ramanujam, R. (2011). A Relational Leadership Perspective on Unit-Level Safety Climate. <i>Journal of Nursing Administration</i> . Volume 41, Number 11,	Tutkimuksen tarkoitus oli verrata esimies-alaisuus- suhteeltaan hyviin ja heikkoihin kategorioitujen yksiköiden sairaanhoitajien käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista sekä selvittää piirteitä mahdollisesti esiintyvälle eroavaisuuksille.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittareina AHRQPSC ja LMX-7.	n= 711 organisaation työntekijää ja johtajaa 34 toimintayksikössä USA:ssa	Kun esimiehen ja alaisen välinen suhde koettiin hyväksi, näkemys organisaation oppimisesta, kommunikaation avoimuudesta, esimiehen odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuudessa ja ei- rankaisevasta virheiden käsittelystä oli positiivisempi. Esimiestaidoilla oli suuri vaikutus potilasturvallisuuteen.

pp 479-487 USA.				
Turunen E. (2012) Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, kuinka sairaanhoitajien käsitykset potilasturvallisuuskulttuurista ovat muuttuneet vv. 2008-2011 sekä kuinka taustatekijät vaikuttavat käsitelyyn.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittarina HSPSC	v. 2008 n= 723 v. 2011 n= 1210 sairaanhoitajia neljässä sairaalassa Suomessa	Henkilöstömitoituksen osalta käsitykset olivat vahvistuneet, v.2011 positiiviseksi tämän osa-alueen arvioi 51 % vastaajista. Johdon tuki potilasturvallisuudelle oli vahvistunut. Ei rankaiseva virheiden käsittely oli vahvistunut, ollen v.2011 51 %, nousua vuodesta 2008 9 %. Tiimityö oli vahvin osatekijä, siinä positiivisten vastausten osuus oli 72 %. Kun yksiköiden välistä tiimityötä arvioitiin, jäivät positiivisena arvioivien osuus 52 %. Taustatekijöistä, työskentely potilaan kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa sekä työskentelyalue, näyttivät vaikuttavan johtamisen osa-alueen arviointiin. Alle vuoden työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat arvioivat pidemmän työkokemuksen omaavia sairaanhoitajia positiivisemmin johtamisen osa-alueetta, lukuun ottamatta henkilöstömitoitusta
Turunen H., Partanen P., Kvist T., Miettinen M., Vehviläinen-Julkunen K. (2013). Patient safety culture in acute care. A web-based survey of nurse managers´ and nurses´ views in four finnish hospitals. International Journal of Nursing Practice.19:609-617. Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ja verrata sairaanhoitajien ja hoitotyön johtajien käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista, odotuksista johtamisesta johdon tuesta, kommunikoinnista ja vaaratapahtumien raportoinnista.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittarina HSPSC	n= 832 sairaanhoitajia hoitotyön johtajia neljässä suomalaisessa sairaalassa	Johtamisen osa-alueetta arvioitiin kriittisesti. Sairaanhoitajien positiivisten vastausten osuus johdon tuesta oli 28–36%, hoitotyön johtajat arvioivat tätä osa-alueetta myönteisemmin. Myös kommunikoinnin ja ei- rankaisevan virheen käsittelyn osa-alueen arvioinnissa sairaanhoitajat antoivat merkittävästi vähemmän positiivisia arvioita kuin hoitotyön johtajat.
Varis M. (2011). Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri-edistävät a heikentävät tekijät. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata henkilöstön näkökulmaa potilasturvallisuuskulttuurista.	Kvalitatiivinen tutkimus sisällön induktiivinen analyysi	n=333	Edistäviä tekijöitä tunnistettiin kuusi: perehdytys ja osaamisen kehittäminen, riittävät ja osaavat henkilöstöresurssit, työyhteisön hyvä ilmapiiri, johdon tuki, haipro-raportointijärjestelmä ja ennakointi. heikentävät tekijät ryhmiteltiin kahteen, potilaan hoitoon liittyviin ja henkilöstöön liittyviin tekijöihin.
Vogus . J., Sutcliffe K.M. (2007). The Impact of Safety Organizing, Trusted leadership, and Care pathways on Reported	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää turvallisuuskulttuurin ja työympäristöön liittyvien tekijöiden, johtoon luottamisen, turvallisuusjärjestelmän ja hoi-	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus raportoidut lääkepoikkeamat 6kk ajalta	n= 1111 sairaanhoitajia hoitotyön johtajia 10 sairaalassa USA:ssa	Tutkimuksessa verrattiin arvioidun esimiehen luottamisen yhteyttä lääkepoikkeamien raportointiin. Hyvä luottamus johtoon vaikutti merkittävästi lääkepoikkeamien esiintyvyyteen vähentäen niitä.

Medication Errors in Hospital Nursing Units. Medical Care. Volume 45, Number 10, pp 997-1002. USA.	tokäytäntöjen vaikuttavuutta lääkepoikkeamiin sairaalassa.			
Wang X., Liu k., You L., Xiang J., Hu H., Zhang L., Zheng J., Zhu X. (2014) The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 51. 1114-1122. Kiina Kiina.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista ja vaaratapahtumien määrästä, sekä kuvata yhteyttä näiden tekijöiden välillä.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittarina HSPSC	n= 463 sairaanhoitajia 7 sairaalassa Kiinassa	Potilasturvallisuuden vahvuuksia olivat yksikön sisäinen tiimityö sekä organisaation pyrkimys jatkuvaan oppimiseen. Heikoimmat osa-alueet olivat henkilöstömitoitus, vain 24 % arvioi sitä myönteisenä sekä ei-rankaiseva virheiden käsittely, josta 32 % vastauksia oli myönteisiä. Organisaation oppiminen vaikutti vaaratapahtumien yleisyyteen.
Wagner, L.M, Capezuti, E, Rice, J.C. (2009). Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. Journal of Nursing Scholarship, 2009; 41:2, 184-192. Kanada.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata näkemyksiä turvallisuuskulttuurista pitkäaikaishoidon ympäristössä	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus Mittareina HSPSC sekä itse kehitetty mittari vastaajaan ja organisaatioon liittyviin tietoihin.	n= 550 sairaanhoitajia Kanadassa, USA:ssa ja muissa maissa	Hoitotyön johtajien käsitykset olivat positiivisempia kuin sairaanhoitajien. Johdon tuki turvallisuudelle arvioitiin korkeammaksi, henkilöstömitoitus matalammaksi verrattessa AHQR-sairaalan benchmark arvoihin. Toimintaorganisaatiolla oli vaikutusta potilasturvallisuuden kokemiseen. 78 % vastaajista koki, että organisaatio toimii aktiivisesti potilasturvallisuuden edistämiseksi.