

SAIRAALAN POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI
SAIRAANHOITAJIEN ARVIOIMANA

Elina Turunen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Lokakuu 2012

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI JA SEN OSATEKIJÄT	3
2.1 Potilasturvallisuus, sen kehittäminen, lainsäädäntö ja edistäminen	4
2.1.1 Potilasturvallisuuden kehitys Suomessa	4
2.1.2 Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö	5
2.1.3 Potilasturvallisuuden edistäminen	7
2.2 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollon ympäristössä	8
2.3 Potilasturvallisuuskulttuurin rakentaminen	9
2.3.1 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet ja tasot	10
2.3.2 Hoitotyön rooli osana potilasturvallisuuskulttuuria	11
2.4 Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi ja tutkimus	12
2.5 Tiimityö, johtaminen ja vaaratapahtumien käsittely potilasturvallisuuskulttuurissa	14
2.5.1 Potilasturvallisuuskulttuurin tiimityön alue	15
2.5.2 Potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen alue	17
2.5.3 Potilasturvallisuuskulttuurin vaaratapahtumien käsittelyn alue	19
2.6 Yhteenvedo	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	24
4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	25
4.1 Tutkimusaineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat	25
4.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	26
5 TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1 Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien taustatiedot	28
5.2 Potilasturvallisuuden taso, raportoidut vaaratapahtumat ja mahdollisuudet ammattilliseen kehittämiseen vuosina 2008 ja 2011 sekä vuosien välinen vertailu	30
5.3 Taustatekijöiden yhteys arvioihin potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista ammattilliseen kehittämiseen vuonna 2011	31
5.4 Tiimityön arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011	36
5.5 Johtamisen arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011	38
5.6 Vaaratapahtumien käsittelyn arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011	40
5.7 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden arvioiden vertailu vuosien 2008 ja 2011 välillä	42
5.8 Taustatekijöiden yhteys arvioihin tiimityöstä	43
5.9 Taustatekijöiden yhteys arvioihin johtamisesta	46
5.10 Taustatekijöiden yhteys arvioihin vaaratapahtumien käsittelystä	48
6 POHDINTA	52

6.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua	52
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	56
6.3 Eettiset kysymykset.....	57
6.4 Johtopäätökset ja suositukset	58
6.5 Jatkotutkimushaasteet.....	59
LÄHTEET.....	60

Liitetaulukko 1. HSPSC -mittarin luotettavuus, Cronbachin alfa-kertoimet vuonna 2008 ja 2011.

Liitetaulukko 2. Teoreettisessa viitekehityksessä käytettyjä potilasturvallisuuskulttuuria käsitteleviä artikkeleita.

Taulukko 1. Kirjallisuuden hakuprosessin kuvaus.

Taulukko 2. Sairaanhoidajien taustatiedot.

Taulukko 3. Potilasturvallisuuden taso, raportoidut vaaratapahtumat, ja mahdollisuudet ammatilliseen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana (%) vuosina 2008 ja 2011.

Taulukko 4. Sukupuolen ja välittömän vuorovaikutuksen vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 5. Työskentelyalueen vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 6. Nykyisessä yksikössä työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 7. Nykyisessä sairaalassa työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 8. Nykyisessä ammatissa työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoidajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 9. Potilasturvallisuuskulttuuri ja tiimityö, sairaanhoidajien positiivisten vastausten osuus (%) vuosina 2008 ja 2011.

Taulukko 10. Potilasturvallisuuskulttuuri ja johtaminen, sairaanhoidajien positiivisten vastausten osuus (%) vuosina 2008 ja 2011.

Taulukko 11. Potilasturvallisuuskulttuuri ja vaaratapahtumien käsittely, sairaanhoidajien positiivisten vastausten osuus (%) vuosina 2008 ja 2011.

Taulukko 12. Sairaanhoidajien arvioimien potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden (keskiarvojen) tilastolliset erot vuosien 2008 ja 2011 välillä.

Taulukko 13. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoidajien arvioihin tiimityöstä (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 14. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoidajien arvioihin johtamisesta (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Taulukko 15. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoitajien arvioihin vaaratapahtumien käsittelystä (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuuria ja siinä tapahtuneita muutoksia sairaanhoitajien näkökulmasta neljässä erikoissairaanhoidon sairaalassa vuosina 2008 ja 2011 sekä selvittää sairaanhoitajien taustatekijöiden yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. Tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston Hoitotieteen laitoksen Potilasturvallisuus – tutkimushanketta.

Tutkimusaineisto on kerätty hankkeessa vuosina 2008 ja 2011 neljässä sairaalassa. Aineiston keräämisessä on käytetty sähköistä Hospital Survey on Patient Safety Culture -kyselylomakkeen suomennettua versiota. Kyselyyn vastasi vuonna 2008 723 sairaanhoitajaa ja vuonna 2011 1210 sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin SPSS Statistics for Windows 19.0 tilastollisella ohjelmalla. Tulokset esitetään prosenttiosuuksina sekä keskiarvoina. Tilastollisina menetelminä käytettiin Khiin neliötestiä, Fisherin testiä, sekä nonparametrisiä Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallis testiä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuden tason erikoissairaanhoidon yksiköissä myönteisesti. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa kehittää ja päivittää omaa ammatillista osaamistaan. Vahvimmaksi potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueeksi sairaanhoitajat arvioivat tiimityön, seuraavaksi vahvimmaksi johtamisen, ja kriittisimmin sairaanhoitajat arvioivat vaaratapahtumien käsittelyn aluetta. Myönteisimmin potilasturvallisuuskulttuurin kahdestatoista HSPSC -mittarin osa-alueesta sairaanhoitajat arvioivat tiimityötä yksiköiden sisällä ja kriittisimmin johdon tukea potilasturvallisuudelle. Sairaanhoitajien arvioiden perusteella yksikään potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue ei kuitenkaan täytä vahvan osa-alueen kriteeriä. Useilla sairaanhoitajien taustatekijöillä, kuten työskentelyalueella ja työkokemuksella oli yhteys siihen, miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria. Potilasturvallisuuskulttuurissa oli tapahtunut positiivista kehitystä vuosien 2008 ja 2011 välillä.

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden edistämiseen somaattisessa sairaalaympäristössä, ja soveltuvin osin mahdollisesti myös muissa terveydenhuollon ympäristöissä. Tutkimuksen tuottaman tiedon avulla erilaisia kehittämistoimenpiteitä voidaan kohdistaa erityisesti heikoiksi arvioituihin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueisiin. Jatkuva kehitystyötä tulee kuitenkin toteuttaa myös muilla kuin kriittisimmiksi todetuilla osa-alueilla mahdollisimman turvallisen ja laadukkaan potilashoidon toteutumiseksi.

Asiasanat: potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, sairaanhoitajat, erikoissairaanhoido

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences

Department of Nursing Science

Nursing Science

Nursing Leadership and Management

Turunen, Elina:

The level of the thesis:

Supervisors:

October 2012

ABSTRACT

Nurses' perceptions of patient safety culture
in hospitals

Master's thesis, 70 pages, 2 appendixes (27 pages)

Senior Lecturer, PhD, Pirjo Partanen and

University Researcher, PhD, Tarja Kvist

The aim of this study was to describe the patient safety culture and the changes occurred in it from nurses' viewpoint in four special health care hospitals in 2008 and 2011. The study also aimed to examine the relationship between the nurses' background factors and their perceptions of patient safety culture. The study is part of the Patient Safety research project carried out in the Department of Nursing Science at the University of Eastern Finland.

The research data were collected in the years 2008 and 2011 in four special health care hospitals using the Finnish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture electronic questionnaire. In 2008 altogether 723 nurses and in 2011 a total of 1210 nurses answered the questionnaire. The data were analyzed using the SPSS Statistics for Windows 19.0 statistical program. The results are presented as percentages and means of the answers. The statistical methods used in the analysis include the Chi-Square Test, Fisher's Exact Test and non-parametrical Mann Whitney U-Test and Kruskal Wallis Test.

According to the results, nurses had positive perceptions about the standard of patient safety in special health care hospitals. The nurses were satisfied with their possibilities to develop and update their professional competence. According to the nurses' perceptions, none of the composites of patient safety culture fill the criteria of a strong composite. The nurses' perceived teamwork as the strongest area of patient safety, leadership the second strongest and handling of incidents as the weakest area of patient safety culture. Nurses perceived teamwork within units as the most positive composite of patient safety culture and management support for patient safety as the composite needing the most improvement. Several of the nurses' background factors, e.g. work area and work experience, were found to be related to the nurses' perceptions of patient safety culture. Positive improvements had occurred in patient safety culture between 2008 and 2011.

The results of the study can be utilized in promoting patient safety in somatic hospital environments and possibly in other health care environments. The results can be utilized in focusing different developmental actions in especially the weakest areas of patient safety culture. However, in order to achieve safety and high quality in patient care, continuous development must be carried out in all areas of patient safety culture.

Keywords: patient safety, safety culture, nurses, special health care

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on noussut maailmanlaajuisesti terveydenhuollon kehittämiskohteeksi viimeisen kymmenen vuoden aikana. Keskustelun avasi vuonna 2001 julkaistu maailmanlaajuisista huomiota herättänyt yhdysvaltalaisen Institute of Medicinein julkaisema To Err Is Human -raportti, jonka mukaan Yhdysvalloissa kuolee vuosittain jopa 98 000 ihmistä erilaisten hoitovirheiden seurauksena. (Kohn ym. 2001.) Kansainvälisiin arvioihin perustuen Suomessa vastaava luku on 700–1700 henkilöä joka vuosi. Useissa maissa tehtyjen potilasturvallisuuskartoitusten perusteella on arvioitu, että sairaalapotilaat kärsivät huomattavan usein erilaisista haittatapahtumista. On esitetty, että yksi kymmenestä potilaasta kärsii jostain haitasta, yksi sadasta saa vakavan haitan ja yksi tuhannesta kuolee virheen seurauksena. (Pasternack 2006.)

Yhdysvalloissa on arvioitu, että haittatapahtumien kustannukset maassa ovat noin 17 – 29 miljardia dollaria (Kohn ym. 2001). Kansainvälisten tutkimusten perusteella haittatapahtumien kustannuksista noin puolet aiheutuu haittatapahtumien hoidosta terveydenhuollolle aiheutuvista kustannuksista ja loput haittatapahtumista aiheutuvien ansionmenetysten ja kotitaloustuotannon menetyksistä. Ulkomaisten tutkimusten perusteella Suomen terveydenhuollolle on arvioitu aiheutuvan kustannuksia noin 400 miljoonaa euroa vuodessa. Lisäksi Suomen Potilasvakuutuskeskus maksoi esimerkiksi vuonna 2008 korvauksia yhteensä noin 30 miljoonaa euroa. (Järvelin ym. 2010.)

Euroopan komission teettämän selvityksen (2010) perusteella melkein puolet vastanneista eurooppalaisista (n=26 663) piti mahdollisena, että terveydenhuollon toiminta saattaa aiheuttaa heille haittaa. Suurin osa tutkimukseen vastanneista arvioi, että haitta ilmenee sairaalainfektiona tai väärinä, huomaamatta jääneinä tai myöhästyneinä diagnooseina. Yli neljäsosa vastanneista oli sitä mieltä, että he itse tai joku heidän perheenjäsenistään oli kokenut vaaratapahtuman terveydenhuollossa, ja että nämä tapahtumat ovat pitkälti jääneet raportoimatta. Vastanneet pitivät laadukkaan terveydenhuollon tärkeimpinä kriteereinä hyvin koulutettua henkilökuntaa, sekä tehokkaita hoitomenetelmiä. (EU 2010.)

Arviolta noin puolet tapahtuvista haittatapahtumista olisi estettävissä erilaisten keinojen avulla, tällaisia ovat muun muassa vaara- ja haittatapahtumista oppiminen, riskien ennakointi,

toiminnan järjestelmällinen johtaminen ja seuranta, sekä koulutus ja tutkimus (THL 2011). Haittatapahtumien raportointiin tulee panostaa ja haittatapahtumat tulee käsitellä etsimättä syyllisiä. Potilaiden tietoisuutta potilasturvallisuudesta tulee lisätä ja potilasturvallisuuden konseptia ja käsitteitä tulee yhtenäistää (EU 2010.) Suurin osa potilaista haluaisi itse oppia, miten omalla toiminnallaan voisi parantaa hoitonsa turvallisuutta. Kahdeksan potilasta kymmenestä uskoo, että potilaat voivat itse auttaa virheiden ehkäisemistä ja vajaa puolet potilaista arvioi pystyvänsä tunnistamaan virheitä. (Sahlström 2011.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa tulee panostaa todellisen potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen haittatapahtumien ehkäisemiseksi (Page 2004, 14).

Potilasturvallisuuskulttuurin tutkimus on yleistynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana kansainvälisesti, mutta Suomessa aihetta on tutkittu vielä vähän. Potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksessa tulee huomioida erityisesti sairaanhoitajien näkökulma, sillä sairaanhoitajat ovat suurin terveydenhuollon piirissä työskentelevä ammattiryhmä, ja usein sairaanhoitajat toimivat välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa.

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasturvallisuuskulttuuria ja siinä tapahtuneita muutoksia sairaanhoitajien näkökulmasta neljässä erikoissairaanhoidon sairaalassa vuosina 2008 ja 2011, sekä selvittää sairaanhoitajien taustatekijöiden yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuskulttuurista ja siinä tapahtuneista muutoksista vuosien 2008 ja 2011 välisenä aikana sairaanhoitajien näkökulmasta potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston Potilasturvallisuus – hanketta, jota johtaa professori Hannele Turunen. (UEF. Hoitotieteen laitos 2012.)

2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI JA SEN OSATEKIJÄT

Pro gradu –tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostamiseksi suoritettiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto kerättiin toukokuu-elokuussa hoitotieteissä yleisimmin käytetyistä tietokannoista; Linda, PubMed, Cinahl Ebsco ja Chocrane library. Lisäksi suoritettiin manuaalinen haku Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö lehtiin, sekä hyödynnettiin aiheesta kirjoitettujen julkaisujen lähdeluetteloita ja tietokantojen tarjoamia ”related” tutkimuksia. Haun rajaamisperusteet ja eteneminen on esitetty taulukossa 1. Mukaan valittiin kaikki potilasturvallisuuskulttuuria sairaalaympäristössä käsittelevät tutkimusartikkelit tai julkaisut (n=34), jotka olivat helposti saatavilla kokoteksteinä ja kirjoitettu joko suomen tai englannin kielellä. Mukaan valitut artikkelit on taulukoitu Liitetaulukoon 2.

Taulukko 1. Kirjallisuuden hakuprosessin kuvaus.

Tietokanta toukokuu-elokuu 2012	Hakusanat	Rajaus	Saatu tulos	Valitut artikkelit
LINDA haku toukokuussa 2012	potilasturvallisuus?	ei rajausta	271	2
PubMed haku kesäkuussa 2012	patient safety culture	-5 viimeisintä vuotta -linkki full tekstiin -academic journal -englannin tai suomen kieli	820	6
Cinahl Ebsco haku toukokuussa 2012	patient safety culture	-2007-> -full text -peer reviewed journals	143	13
Cochrane library haku toukokuussa 2012	patient saftey culture or safety culture or safety climate	-	14	0
Manuaalinen haku toukokuu – elokuu 2012	-lähdeluettelot -tietokantojen tarjoamat ”related” artikkelit -käsihaku Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö lehtiin v. 2007 lähtien			13

2.1 Potilasturvallisuus, sen kehittäminen, lainsäädäntö ja edistäminen

Potilasturvallisuus (patient safety) tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja potilaan vahingoittumattomuus. Potilaan näkökulmasta käsite tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta hänelle aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua, ja kattaa hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden sekä laiteturvallisuuden. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006.) Potilasturvallisuudessa korostuu potilaan hoidossa tapahtuneiden virheiden kirjaaminen ja raportointi, virheeseen johtaneiden syiden selvittäminen, sekä virheiden ennaltaehkäisy suunnitteleminen ja toteuttaminen (THL 2011).

Vuonna 2004 WHO perusti World Alliance for Patient Safety ohjelman maailmanlaajuisen potilasturvallisuustyön luomiseksi (WHO 2012). Vuonna 2008 Eurooppaan perustettiin sisäinen verkosto, European Union Network for Patient Safety potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon jakamiseksi ja yhteistyön kehittämiseksi (EuNetPas 2012). Eurooppalaiset sairaalat ovat kehittäneet erilaisia rakenteita ja suunnitelmia potilasturvallisuuden hallinnoimiseksi. Näyttää kuitenkin sille, että Euroopassa potilasturvallisuuteen liittyvät rakenteet, toiminta ja tulokset eivät ole vielä yhtä kehittyneellä tasolla kuin USA:ssa (Suñol ym. 2009).

2.1.1 Potilasturvallisuuden kehitys Suomessa

Suomessa kansalliset toimet potilasturvallisuudesta saivat alkunsa vuonna 2006, jolloin sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän. Ohjausryhmän toimesta valmistui Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2012. (THL 2011.) Strategiassa käsitellään potilasturvallisuutta neljästä näkökulmasta; turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen, ennakointi ja oppiminen, vaaratapahtumien raportointi, potilasturvallisuuden suunnitelmallinen edistäminen, sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Strategian tarkoituksena on suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon potilasturvallisuuskulttuurin yhtenäistäminen ja edistäminen. (STM 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2008 potilasturvallisuuden edistämistä koskevan selvityksen, johon osallistui yhteensä 68 terveydenhuollon organisaatiota. Kysely oli

osoitettu organisaatioiden johtaville ylilääkäreille, johtaville lääkäreille tai vanhainkodin johtajille. Selvityksen mukaan vuonna 2008 potilasturvallisuus sisältyi usein organisaation yleiseen turvallisuussuunnitteluun, mutta oli harvemmin osa laadunhallintajärjestelmää, johon potilasturvallisuuden voidaan kuitenkin katsoa kuuluvan. (STM 2008.)

Selvityksen mukaan potilasturvallisuustyökaluista yleisimmin käytettiin Terveysportin kautta saatavia maksuttomia tietokantoja ja poikkeamailmoitusta käytettiin yleisemmin kuin lääkahoitosuunnitelmia tai riskien arviointia. Tietoa vaaratapahtumista käsiteltiin kaikissa organisaatioissa jotka tietoa keräsivät, mutta niiden seuranta ei ollut aina järjestelmällistä. Henkilöstön tekemät ilmoitukset käsiteltiin yleensä työyksikössä, organisaation johdossa taas käsiteltiin viranomaisten ratkaisut, potilaiden ja omaisten tekemät muistutukset sekä potilasasiamichele tulleet ilmoitukset. (STM 2008.)

Vuonna 2008 potilasturvallisuuden edistämiseksi sovitut vastuut ja rakenteet olivat Suomen terveydenhuollon organisaatioissa vielä harvinaisia, ja liittyivät lähinnä työntekijän organisatoriseen asemaan. Potilasturvallisuusjohtaminen nähtiin olevan osa muuta johtamista. (STM 2008.) Samoihin aikoihin Euroopan tasolla vaaratapahtumien ja komplikaatioiden systemaattinen raportointi ylemmille tahoille todettiin vähäiseksi, sen vuoksi esimiestyöskentelyä potilasturvallisuusasioissa tuleekin jatkossa kehittää merkittävästi terveydenhuollon organisaatioissa (Suñol ym. 2009).

2.1.2 Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö

Potilasturvallisuuden edistämisestä on säädetty vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lain mukaan toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveys- ja hyvinvoinnin toimintayksiköiden on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa tulee ottaa huomioon potilasturvallisuuden edistäminen sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa. Myös pykälässä 36 sivutaan potilasturvallisuutta. Sen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille, järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja, ja levittämällä kuntien käyttöön sairauksien sekä ongelmien ehkäisyä näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Terveydenhuoltolakia täydentää sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Asetuksen mukaan laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman tulee sisältää tiedot suunnitelman täytäntöönpanon vastuuhenkilöistä ja toimijoista, sekä siitä, miten johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta potilasturvallista toimintaa. Suunnitelman tulee sisältää laadukasta ja turvallista toimintaa tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet ja käytännöt, sekä avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat. (Asetus 341/2011.)

Suunnitelmassa tulee ilmaista menettelytavat, joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja miten henkilökunta saa palautetta oppimisestaan toimintansa kehittämistä varten. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi henkilökunnan perehdyttämiseen, sekä opiskelijoiden koulutukseen ja ohjaamiseen liittyviä asioita laadukkaan ja turvallisen toiminnan takaamiseksi. (Asetus 341/2011.)

Suunnitelmaan tulee kirjata menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista, sekä menettelytavat, miten potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa ja tukea potilasta kohdanneen haittatapahtuman jälkeen. Suunnitelman tulee sisältää tietoa siitä, miten turvallisuus ja laatuongelmia tunnistetaan, ennakoidaan, hallitaan ja raportoidaan, sekä myös korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat. (Asetus 341/2011.)

Myös laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvittava yhteistyö muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa tulee olla kirjattuna suunnitelmaan. Asetuksen mukaan suunnitelmassa on käsiteltävä ainakin palvelujen saatavuutta, hoitoketjuja, toimintayksikön fyysistä ympäristöä, infektioita, lääkehoidon ja lääkehuollon järjestämistä, terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita, henkilöstöä, tietojärjestelmiä, potilasasiakirjamerkintöjä sekä tiedonkulkua toimintayksikön sisällä ja toimintayksikköjen välillä. Lisäksi suunnitelmaan tulee kirjata suunnitelma sen täytäntöönpanon toteuttamisesta, henkilökunnalle ja potilaille tiedottamisesta sekä heidän mahdollisuudestaan edistää ja vaikuttaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. (Asetus 341/2011.)

2.1.3 Potilasturvallisuuden edistäminen

Keskeistä potilasturvallisuuden edistämässä on saadun tiedon hyödynnettävyys terveydenhuollon toimintaympäristössä, jolloin voidaan puhua organisaatiotason oppimisesta. Jokaisen organisaation työntekijän on sisäistettävä potilasturvallisuutta edistävä toimintamalli laadukkaana potilashoidon turvaamiseksi. Terveystenhoitohenkilöstöllä ei välttämättä ole riittävästi tietoa potilasturvallisuudesta, eikä käsitystä siitä, mitä potilasturvallisuustyöllä pyritään saamaan aikaan (Pietikäinen ym. 2008). Myös moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuurin ilmiö saattaa olla tuntematon (Kvist ym. 2012). Henkilöstöllä voi olla vahva käsitys potilasturvallisuudesta yksilötason virheiden välttämisenä, eikä niinkään systeemisenä toimintana. Turvallisuus saatetaan nähdä ensisijaisesti potilaan kokemuksen näkökulmasta, jossa potilasturvallisuuden katsotaan olevan sitä, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi hoidossa ollessaan. (Pietikäinen ym. 2008.)

Suomalaisessa kontekstissa potilasturvallisuus yhdistetään usein HaiPro – vaaratapahtumien raportointijärjestelmään (Pietikäinen ym. 2008). Erilaiset raportointijärjestelmät mahdollistavat tiedon jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti (Kinnunen 2010). HaiPro -työkalu on kehitetty Valtion Teknillisessä Tutkimuskeskuksessa (VTT) yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa ja sen rahoituksesta ovat vastanneet VTT, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, sekä lääkelaitos. Verkkopohjainen työkalu on käytössä yli 160:ssä sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ympäri Suomen, terveystieteiden sairaanhoitopiiriin. HaiPro -järjestelmä on tarkoitettu yksiköiden sisäisen toiminnan kehittämiseen. HaiPro-raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syytteleättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Raportointijärjestelmän avulla käyttäjät voivat oppia vaaratapahtumista ja terveydenhuollon johto saa tietoa vaaratapahtumiin varautumisen riittävyydestä sekä toimenpiteiden vaikutuksista. (HaiPro 2012.) HaiPro on auttanut terveydenhuoltohenkilöstöä kiinnittämään huomiota toistuviin ja normaaleina pidettäviin ongelmiin, sekä niiden laajuuteen. HaiPro -raportoinnin avulla aikaisemmin normaaleina pidetyt hoidon poikkeavuudet ovat saaneet uuden merkityksen potilasturvallisuutta vaarantavina tapahtumina. (Pietikäinen ym. 2008.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa lukuisten yhteistyökumppaneiden kanssa monivuotista Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmaa potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Ohjelman tavoitteena on vähentää hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien lukumäärä

puoleen vuoteen 2020 mennessä. (THL 2011.) Potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon johtamista sivutaan myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa KASTE 2012–2015 kehittämissuunnitelmassa. Ohjelman mukaan johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. Ohjelmassa todetaan, että potilasturvallisuus ja asiakkaan oikeuksien toteuttaminen asettavat erityisvaatimuksia johtamiselle, sen mukaan työnantajalla on vastuu työpaikan turvallisuudesta ja terveellisyydestä, sekä henkilöstön työkykyyn vaikuttavien tekijöiden hallinnasta. (STM 2012.)

2.2 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollon ympäristössä

Terveydenhuolto-organisaatiota voidaan pitää turvallisuuskriittisenä organisaationa, sillä sen toimintaan sisältyy vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vahinkoa kansalaisille tai ympäristölle. Turvallisuuskriittisen organisaation keskeisenä vaatimuksena on turvallisuuden hallinta. (Reiman & Oedewald 2009.) Potilasturvallisuuskulttuurista puhuttaessa kysymys on nykytilanteesta tai tulevaisuudesta. Potilasturvallisuuskulttuurin piiriin kuuluvat käsitykset turvallisuudesta ja vaaroista, resursoinnista, osaamisen varmistamisesta ja tiedonkulusta. (Reiman ym. 2009.)

Turvallisuuskulttuurissa organisaation jokainen työntekijä asennoituu arvioimaan tilanteita ja omaa työtään myös potilasturvallisuuden kannalta, ja pyrkii kaikessa toiminnassaan riskien minimoimiseen. Potilasturvallisuuden vahvistamisen edellytyksenä on turvallisuuskulttuurin kehittäminen, ymmärtäminen ja tunnistaminen. On todettu, että potilasturvallisuuden on kytketty osaksi organisaation strategiaa. (Turunen ym. 2008.)

Lääkehoidossa tapahtuvat virheet ovat yleisimpiä vaaratapahtumien aiheuttajia terveydenhuollossa. Virheet aiheutuvat inhimillisten sekä systeemisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tehokkaimmin virheitä voidaan estää systeemitasolta, jolloin huomio on organisatorisissa virhetekijöissä, ei yksilön tekemien virheiden estämisessä. (Garrouste-Oregas ym. 2012, Sammer 2010.) Vuonna 2004 Suomessa kerätyn aineiston perusteella, sairaalan henkilökunta arvioi hoitovirheiden syyksi kiireen, liian vähäisen henkilökuntamäärän, riittämättömän perehdytyksen ja työpaikkakoulutuksen, sekä kokemattoman henkilökunnan riittämättömän tuen saannin (Koivunen ym. 2007).

Hoitotyöntekijöille on kehitetty erilaisia interventioita, joiden tarkoituksena on lisätä yksilön keskittymistä ja tehokkuutta ja siten vähentää hoidossa tapahtuvia virheitä. Ihmisten tekemiltä inhimillisiltä virheiltä ei kuitenkaan voida koskaan täysin välttyä, sen vuoksi yksilöön kohdistuvat interventiot eivät ole riittävän tehokkaita keinoja, ja huomion tulisikin kohdistua sen sijaan työolosuhteiden kehittämiseen. (Garrouste-Oregas ym. 2012.)

2.3 Potilasturvallisuuskulttuurin rakentaminen

Potilasturvallisuuskulttuuri on moniulotteinen ja dynaaminen ilmiö (Kirk ym. 2007). Hoitotyössä potilasturvallisuuskulttuuri koostuu hoitajien potilasturvallisuutta kohtaan jaetuista arvoista ja uskomuksista. Se on hoitajien yleistä ymmärrystä potilasturvallisuutta kohtaan, ja on vuorovaikutuksessa ihmisten, tehtävien ja systeemin välillä. (Feng ym. 2008.)

Potilasturvallisuuskulttuurin luominen on yksi potilasturvallisuuden edistämisen kulmakivistä. Potilasturvallisuuskulttuurissa sekä henkilöstö että organisaatio, ovat tietoisia potentiaalisista haittatapahtumista. Molemmat, sekä henkilöstö, että organisaatio osaavat käsitellä ja oppia tapahtuneista virheistä. Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa avoimuutta ja avointa tiedon jakamista. Se on myös henkilöstön tasavertaista ja reilua kohtelua virheen tapahtuessa. Henkilöstön tulee voida raportoida virheistä ja läheltä piti -tilanteista ilman rangaistuksen pelkoa. Tapahtuneet yksittäiset virheet tulee nähdä rakenteellisina virheinä organisaatiossa. Huomion kiinnittäminen organisaation näkökulmaan virheen sattuessa auttaa koko systeemiä oppimaan virheistä. (National Patient Safety Agency 2004, AHRQ Patient Safety Network.)

Potilasturvallisuuskulttuuri pitää sisällään potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan ja sitä tukevan johtamisen, arvot sekä asenteet (STM 2009). Potilasturvallisuuskulttuuri on organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja tahtoa ymmärtää mitä turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy, ja miten niitä voidaan ehkäistä ja käsitellä. Potilasturvallisuuskulttuurissa yhdistyy henkilöstön kokemukset ja näkemykset, sosiaaliset ilmiöt työyhteisössä sekä organisaation toimintaprosessit. Potilasturvallisuuskulttuuri on muuttuva ja mukautuva tila, jonka ylläpitäminen ja on koko henkilöstön tehtävä. (Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2009, THL 2011.)

2.3.1 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet ja tasot

Potilasturvallisuuskulttuurin voidaan katsoa koostuvan neljästä osa-alueesta: 1. systeemi, joka sisältää organisaation sitoutumisen ja johdon tuen, 2. yksilö, sisältää henkilökohtaisen professionaalisen osaamisen sekä sitoutumisen, 3. tehtäväkohtaisuus, mikä on yhteydessä hoitajan arvoihin ja uskomuksiin ja sitä kautta tehtäväkohtaiseen turvallisuuteen, 4. vuorovaikutus, joka sisältää kommunikaation ja yhteistyön. (Feng ym. 2008.) Sammer kumppaneineen (2010) määrittelee potilasturvallisuuskulttuurin seitsemän osa-alueen kautta: johtaminen, tiimityö, näyttöön perustuminen, kommunikaatio, oppiminen, tasa-arvo ja potilaskeskeisyys.

Pietikäinen ym. (2008) esittävät tutkimuksessaan potilasturvallisuuskulttuurin kolme tasoa; organisatoristen ulottuvuuksien taso, psykologisten ulottuvuuksien taso ja sosiaalisten prosessien taso. Organisatoriset ulottuvuudet ovat turvallisuuden rakentamisen ydintoimintoja, jotka luovat edellytykset psykologisille ulottuvuuksille ja sitä kautta turvallisuudelle. Organisatoristen ulottuvuuksien konkreettisen toimintaprosessin vuoksi, niitä voidaan arvioida ja kehittää. (Pietikäinen ym. 2008, 27–31.)

Psykologiset ulottuvuudet sisältävät henkilöstön subjektiiviset kokemukset, tuntemukset ja käsitykset. Henkilöstön subjektiivisia kokemuksia voidaan pitää organisatoristen ulottuvuuksien toimivuuden mittarina. Henkilöstö toimii johdon ohjeiden mukaisesti, mikäli kokee johdon toiminnan hyväksi toiminnaksi, ja kokee hyvän toiminnan mahdollistetuksi. (Pietikäinen ym. 2008, 31–33.)

Sosiaaliset prosessit sisältävät erilaisia sosiaalisia mekanismeja, joiden kautta asioita tulkitaan, käytäntöjä muodostetaan, sekä luodaan ja ylläpidetään merkityksiä. Sosiaaliset prosessit ovat ihmisten kollektiivisia kokemuksia, vuorovaikutustapoja ja kommunikaatiokäytäntöjä. Potilasturvallisuuden kannalta keskeinen sosiaalinen prosessi on, miten organisaation rakenne ja teknologiset ratkaisut ohjaavat organisaation kulttuurin muodostumiseen ja ylläpitämiseen. (Pietikäinen ym. 2008, 34–36.) Samankaltaiseen monitasoiseen potilasturvallisuuskulttuurin määritelmään kuin Pietikäinen ja kumppanit (2008) on päätytty myös Page (2004). Hänen mukaansa turvallisuuskulttuuri sisältää samoin kolme pääelementtiä; organisaation rakenne ja prosessit, henkilöstön asenteet ja käsitykset sekä turvallisuuteen liittyvä yksilöiden käyttäytyminen.

2.3.2 Hoitotyön rooli osana potilasturvallisuuskulttuuria

Sairaanhoitajat viettävät selkeästi eniten aikaa potilaan vierellä. Sairaanhoitajat voidaan nähdä ”agentteina”, jotka ovat terveydenhuoltokentässä avainasemassa potilasturvallisuudesta, turvallisuuskulttuurista, laadukkaasta hoitotyöstä sekä tuloksista puhuttaessa. Potilasturvallisuuskulttuuri koostuu yksittäisen toimijan sekä organisaation rakenteen muodostamasta systeemistä. Erityisesti sairaanhoitajat toteuttavat näitä arvoja kommunikoidessaan ja toimiesaan käytännön työssä, muodostaen näin organisatorisen potilasturvallisuuskulttuurin, joka mahdollistaa jäsentensä toiminnan potilasturvallisuuden takaamiseksi. (Page 2004, Groves ym. 2011, Morath 2011.)

Sairaanhoitajat ovat lukumääräisesti suurin terveydenhuollossa toimiva ammattiryhmä, ja he ovat sitoutuneita potilasturvallisuuteen. Fengin ja kumppaneiden (2011) tutkimustulosten mukaan hoitajien sitoutumisen keskiarvo oli 8,32 visuaalisella asteikolla 0-10. Sairaanhoitajilta vaaditaan kuitenkin hoitotyössä tarvittavien taitojen kokonaisvaltaista ymmärrystä ja kehittämistä, jotta he pystyvät työskentelemään hoitoprosessien parantamiseksi ja näkevät työnsä kehittämisen professionaalisen vastuunaan. Sairaanhoitajien tulee ymmärtää potilasturvallisuuden kompleksisuus sekä hoitotyön, että systeemin tasolla. Jokainen sairaanhoitaja tulee nähdä yksittäisenä hoitotyöntekijänä, sekä systeemin kehittäjänä, joka on valmis kehittämään hoitotyön systeemiä ja järjestelmää, syyllistämättä yksilöä virheen tapahtuessa. (Morath 2011.)

Sairaanhoitajilla on runsaasti tietoa heidän omasta sosiaalisesta maailmastaan, ja he pystyvät käymään keskustelua omasta toiminnastaan. Sairaanhoitajat voivat olla tietoisia potilasturvallisuudesta oman kokemuksensa sekä ammatillisen, että organisaation puolesta saadun koulutuksensa vuoksi. Sairaanhoitajat refleктоivat omaa toimintaansa ja pystyvät yleensä kuvailemaan toimintaansa potilasturvallisuuden näkökulmasta omalla terveydenhuollon toiminta-alueellaan. Sairaanhoitajien ja hoitotyönjohtajien ymmärrys oman roolinsa merkittävyydestä potilasturvallisuuskulttuurin muodostumisessa on erittäin tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Sekä sosiaaliset rakenteet, että yksittäisen hoitajan rooli, ovat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta yhtä tärkeitä. (Groves ym. 2011.)

2.4 Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi ja tutkimus

Arvioimalla potilasturvallisuuskulttuuria, voidaan arvioida organisaation kykyä toimia turvallisesti tulevaisuudessa (Reiman ym. 2009). Potilasturvallisuuskulttuurin arvioimiseksi on luotu erilaisia mittareita, joilla sen osatekijöistä ja tilasta voidaan kerätä tietoa. Yksi laajasti käytössä oleva potilasturvallisuuskulttuuria mittaava mittari on amerikkalainen Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) -mittari, joka sisältää kaksitoista potilasturvallisuuskulttuuria mittaavaa osa-aluetta (AHRQ 2012a, AHRQ 2012b). Mittarilla saaduilla tuloksilla voidaan muun muassa määritellä kyseisellä hetkellä vallitsevaa potilasturvallisuuskulttuurin tilaa, lisätä henkilökunnan tietoisuutta potilasturvallisuudesta, arvioida potilasturvallisuusinterventioiden sekä ohjelmien vaikuttavuutta, seurata kulttuurimuutoksen trendiä aikojen saatossa, sekä suorittaa benchmarkingia muiden sairaaloiden kanssa (Sorra & Dyer 2010).

HSPSC -mittarilla on muun muassa kartoitettu sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista USA:ssa. Yleensä tulokset raportoidaan siten, että väittämien potilasturvallisuuden kannalta positiivisten vastausten prosenttiosuudet lasketaan yhteen kahdeksitoista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueeksi, jotka ilmoitetaan positiivisina prosentteina. Tavoitteena, ja vahvana potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueena voidaan pitää osaa aluetta, jonka positiivisten vastausten osuus on yli 75 prosenttia. (AHRQ 2012b.)

AHRQ:n (2012b) julkaiseman laajan tutkimusraportin mukaan sairaanhoitajien (N=191 381) HSPSC -mittarilla kerättyjen positiivisten vastausten osuus potilasturvallisuuden yleisnäkemyksistä oli 61 %. Myönteisimmin sairaanhoitajat arvioivat tiimityön työyksikössä (80 %), lähijohtajan odotukset (73 %), sekä oppimisen ja jatkuvan kehittämisen organisaatiossa (72 %). Kohtalaisen hyväksi arvioitiin sairaalan johdon tuki potilasturvallisuudelle (67 %), vaaratapahtumien raportointi (63 %), palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen (61 %) ja kommunikaation avoimuus (60 %). Kriittisimmin sairaanhoitajat suhtautuivat henkilöstömitoitukseen (56 %), yksiköiden väliseen tiimityöhön (56 %), työvuorojen vaihtoihin ja siirtymisiin (48 %), sekä ei rankaisevaan virheiden käsittelyyn (43 %). 32 % sairaanhoitajista ei ilmoittanut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen 12 kuukauden aikana. (AHRQ 2012b.)

Armellinon ja kumppaneiden (2010) HSPSC -mittarilla koottujen tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien (N=102) positiivisten vastausten osuus potilasturvallisuuden yleisnäkemyksistä oli 50 %. Muutoin tutkimustulokset mukailevat pääsääntöisesti AHRQ:n (2012b) esit-

tämiä tutkimustuloksia. Armellinon ja kumppaneiden (2010) mukaan sairaanhoitajat arvioivat myönteisimmin tiimityötä työyksikössä (74 %), lähijohtajan odotuksia (69 %) sekä oppimista ja jatkuvaa kehittämistä organisaatiossa (68 %). Kohtuullisiksi sairaanhoitajat arvioivat kommunikaation avoimuuden (61 %), palautteen ja kommunikaation vaaratapahtumiin liittymisen (60 %), sairaalan johdon tuen potilasturvallisuudelle (52 %), sekä vaaratapahtumien raportoinnin (48 %). Kriittisimmin sairaanhoitajat arvioivat työvuorojen vaihtoja ja siirtymisiä (43 %), yksiköiden välistä tiimityötä (42 %), henkilöstömitoitusta (39 %), ja ei rankaisevaa virheiden käsittelyä (21 %). AHRQ:n (2012b) tuloksista poiketen Armellinon ja kumppaneiden (2010) mukaan 62 prosenttia sairaanhoitajista ei ollut raportoinut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen 12 kuukauden aikana. Myöskään El-Jardalin ja tutkimusryhmän (2010) tutkimustulosten perusteella suurin osa sairaanhoitajista ei ollut raportoinut yhtään haittatapahtumaa viimeisen vuoden aikana.

On esitetty, että sairaanhoitajat pystyivät valppautensa avulla estämään yli 80 prosenttia lääkeshoidon kanssa työskentelevien henkilöiden, kuten lääkärin ja farmaseuttien, tekemiä lääkinnän virheitä ennen kuin virhe tapahtui (Leape ym. 1995). Toisaalta, koska sairaanhoitajat ovat jatkuvasti läsnä potilaiden hoitotyössä, ja työskentelevät potilasturvallisuusprosessin keskiössä, he eivät välttämättä näe mahdollisia meneillään olevia ongelmia samalla tavoin kuin muu henkilökunta. Blegen kumppaneineen (2010) toteaa, että sairaanhoitajat arvioivat kolme neljäsosaa HSPSC -mittarin osa-alueista positiivisemmin, kuin lääkärit ja farmaseutit. Toisaalta Huangin ja kumppaneiden (2010) tutkimustulosten mukaan ammattiryhmittäisiä eroja ilmenee päinvastaisesti. Sairanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria negatiivisemmin kuin lääkärit kaikilla heidän käyttämänsä Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) -mittarin kuudella eri osa-alueella; johtaminen, turvallisuusilmapiiri, työtyytyväisyys, tiimityö, työolosuhteet ja työn kuormittavuus.

Wilson kumppaneineen (2012) tutki esimieskokemuksen merkitystä hoitajien potilasturvallisuusnäkökulmaan vaikuttavana tekijänä, tullen siihen tulokseen, että hoitotyön esimieskokemus on yksi sairaanhoitajien potilasturvallisuuskulttuurin arvioon vaikuttava tekijä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat, joilla ei ollut esimieskokemusta, arvioivat potilasturvallisuuden toteutumisen paremmaksi kuin hoitajat, joilla oli kokemusta esimiestehtävistä. Ne hoitajat, joilla ei ollut esimieskokemusta raportoivat myös vähemmän vaaratapahtumia kuin hoitajat, joilla oli esimieskokemusta. Saman tutkimuksen mukaan esimiestehtävien pituudella oli merkitystä potilasturvallisuuskulttuurin arvioon. Esimiestehtävissä olevat hoitajat, joilla oli yhdestä

viiteen vuotta tai enemmän kuin viisi vuotta työkokemusta, arvioivat tiimityöskentelyn, yleisnäkemykset potilasturvallisuudelle ja vaaratapahtumien raportoimisen vähiten positiivisesti.

Varis (2011) analysoi pro gradu -tutkielmassaan Itä-Suomen yliopiston potilasturvallisuuskulttuuri –kyselyaineiston avoimien kysymysten vastaukset, tunnistaen siitä potilasturvallisuuskulttuuria edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Potilasturvallisuuskulttuuria edistävät riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri, sekä Haipro vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Potilasturvallisuuskulttuuria heikensivät potilaan hoitoon sekä terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät. Potilaan hoitoon kuuluvia tekijöitä olivat moninainen potilaskirjo, tilojen ja välineistön ongelmat, jotka myös Pietikäinen kumppaneineen (2008) toteaa potilasturvallisuuden näkökulmasta puutteellisiksi, hoitotilanteiden vaihtelevaisuus, ylipaikalla olevat potilaat, potilasvalvonnan ongelmallisuus, ohjauksen käytäntöjen epäselvyydet ja puutteellisuudet, potilassiirtoihin liittyvät ongelmat sekä hoitoon pääsyn viivästyminen. Terveydenhuollon henkilöstöön liittyviä tekijöitä olivat viestintään ja johdon toimintaan liittyvät ongelmat, riittämättömät henkilökuntaresurssit sekä toimimaton yhteistyö. (Varis 2011.)

On todettu, että suomalaisissa sairaaloissa potilasturvallisuuskulttuuria arvioidaan alle HSPSC -mittarin tavoitetason kaikilla sen osa-alueilla. Potilasturvallisuuskulttuurin pitää sijaita laadukkaan hoitotyön kehittämisen keskiössä. Sairaalassa ja yksiköissä tulee vallita ilmapiiri, joka on avoin keskustelulle virheistä ja hyvistä käytänteistä. (Kvist ym. 2012.) Jatkossa tulee työskennellä aktiivisesti potilasturvallisuuskulttuurin vahvistamiseksi, sillä erityisesti siten voidaan vaikuttaa hoitoon liittyvien riskien sekä hoidon aikana potilaalle aiheutuvien haittojen vähentymiseen (STM 2009).

2.5 Tiimityö, johtaminen ja vaaratapahtumien käsittely potilasturvallisuuskulttuurissa

Tässä pro gradu –tutkimuksessa potilasturvallisuuskulttuuria käsitellään sen kolmen osa-alueen; tiimityö, johtaminen ja vaaratapahtumien käsittely kautta. Nämä kolme osa-aluetta on perustettu yhdistelemällä ja mukailemalla aiempaa tutkimustietoa, sekä HSPSC -mittarin potilasturvallisuuskulttuurin kahtatoista eri osa-aluetta. Johtamisen osa-alue pitää sisällään lähijohtajien odotukset ja toiminnan potilasturvallisuuden edistämiseksi, johdon tuen potilas-

turvallisuudelle, sekä henkilöstömitoituskysymykset. Tiimityön osa-alue sisältää yhteistyön niin yksikön sisällä kuin eri yksiköiden välillä, kommunikaation avoimuuden, sekä työvuorojen vaihdot ja siirtymiset. Kolmas osa-alue, vaaratapahtumien käsittely sisältää oppimisen ja jatkuvan kehittämisen organisaatiossa, yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta, eirankaisevan virheiden käsittelyn, palautteen ja kommunikaation vaaratapahtumiin liittyen, sekä vaaratapahtumien raportoinnin.

2.5.1 Potilasturvallisuuskulttuurin tiimityön alue

Korkean riskin organisaatiossa jokaisella tasolla, jokaisen yksilön ensisijainen tehtävä on turvallisuuden takaaminen (Morath 2011). Pietikäinen kumppaneineen (2008) toteaa, että henkilöstö pitää potilaiden turvallisuudesta huolehtimista työnsä keskeisenä sisältönä. Hoitotyössä tiimityö on välttämätöntä ongelmien ratkaisemiseksi ja turvallisen ympäristön luomiseksi (Singer, Falwell, ym. 2009). Tiimityö on kollegiaalista yhteishenkeä ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Yhteistyö ei ole ainoastaan henkilöstön välistä yhteistyötä, vaan erityisesti se on yhteistyötä niin potilaan kuin potilaan läheisten kanssa, hoitotyö on potilas- ja perhekeskeistä. Yhteistyön tulee olla avointa, turvallista, kunnioittavaa, joustavaa ja syyllistämätöntä. Organisaatiossa tulee vallita ilmapiiri, jossa jokaisella yksilöllä on professionaalista taustastaan riippumatta oikeus ja velvollisuus puhua potilaan puolesta. (Feng ym. 2008; Sammer ym. 2010.) Yhteistyö, myönteinen asenne, muutoskyky sekä etenkin potilaiden huomioiminen entistä enemmän toimintaan mukaan ovat potilasturvallisuuskulttuurin luomisen edellytys (Varis 2011).

Yksiköiden sisäistä yhteistyötä voidaan yleisesti ottaen pitää yhtenä terveydenhuollon organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvimpana osa-alueena (Pietikäinen ym. 2008, El-Jardli ym. 2011). HSPSC -mittarilla koko sairaalan henkilöstöltä kerättyjen positiivisten vastausten osuus tiimityöstä yksikön sisällä sijoittuu välille 64–94 % (Bagnasco ym. 2011, I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, AHRQ 2012b). Myös lähityöyhteisöjen yhteistyö, sekä päivittäinen tiedonkulku koetaan vahvaksi turvallisuuskulttuurin osa-alueeksi (Pietikäinen ym. 2008). Työkokemus saattaa vaikuttaa kokemuksiin yhteistyön sujuvuudesta, tutkimustulosten mukaan työvuosien määrän lisääntyessä, tiimityö yksikön sisällä arvioitiin heikoimmaksi (Armellino ym. 2010).

Yhteistyö sairaalan sisällä koetaan yleisesti heikommaksi potilasturvallisuuskulttuurin osaluueksi kuin yksiköiden sisällä (El-Jardali ym. 2010). HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan, koko sairaalan henkilöstö arvioi tiimityön sairaalan sisällä välillä 30–72 prosenttisesti positiivisia vastauksia (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). Bagnascon ja kumppaneiden (2011) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat/kätilöt arvioivat tiimityön työyksikön sisällä keskimäärin 63 prosenttia positiivisia vastauksia, ja vastaavasti sairaalan sisällä 26 prosenttia positiivisia vastauksia.

Asianmukainen kommunikaatio on yksi potilasturvallisuuskulttuuriin merkittävimmin vaikuttavista tekijöistä (El-Jardli ym. 2011). HSPSC -mittarilla koko sairaalan henkilöstön positiivisten vastausten osuus kommunikaation avoimuudesta sijoittuu välille 58–62 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011; AHRQ 2012b). Bagnascon ja kumppaneiden (2011) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat ja kätilöt arvioivat kommunikaation avoimuutta kriittisemmin (56 % positiivisia vastauksia) kuin lääkärit (76 % positiivisia vastauksia). Samoin lääkärit ovat arvioineet ryhmäkulttuuria myönteisemmin, kuin sairaanhoitajat ja muu henkilökunta (Speroff ym. 2010).

Hoitohenkilökunnan ja esimiesten näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista yksikössä tai organisaatiossa voivat olla eriäviä, sen vuoksi näiden kahden ryhmän välinen kommunikaatio ja dialogi on erittäin tärkeää (Kirk ym. 2007). Esimerkiksi Fengin ja kumppaneiden (2011) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin merkittävästi heikommaksi kuin hoitotyön johtajat. Singerin, Linin ja kumppaneiden (2009) mukaan hoitotyöntekijät arvioivat paremman turvallisuusilmapiirin olevan yhteydessä vähäisempiin vaaratapahtumiin, kun taas esimiesten arvion mukaan samaa yhteyttä ei ollut. Turvallisuuskulttuuri voidaan saavuttaa ainoastaan yhteistyössä esimiesten ja käytännön hoitotyöntekijöiden kanssa (Morath 2011).

Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset, joissa potilasta tai potilaan tietoja siirretään paikasta toiseen, on potilasturvallisuuden kannalta kriittinen tilanne. HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan sairaalan henkilökunnan positiiviset vastaukset työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä asettuvat välille 37–48 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). El-Jardalin ja kumppaneiden (2010) tutkimustulosten mukaan työvuorojen vaihdot ja siirtymiset oli yksi heikoimman positiivisen tuloksen saaneista potilasturvallisuuskulttuurin

osa-alueista. Saman tutkimuksen mukaan, mitä paremmaksi tiimityö siirtojen yhteydessä sairaalan sisällä koettiin, sitä paremmaksi arvioitiin myös yleisnäkemys potilasturvallisuudesta.

2.5.2 Potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen alue

Potilasturvallisuuskulttuuri on osa koko organisaation kulttuuria (Feng ym. 2008). Potilasturvallisuuden avaintekijöinä voidaan pitää johdon toimintaa ja tukea, sekä riittäviä henkilöstöresursseja kohdennettuina potilashoitoisuuden mukaan (Varis 2011). Johtajien tulee olla tietoisia terveydenhuollon ympäristöstä korkean riskin ympäristönä ja heidän tulee ymmärtää henkilöstöasiat osaksi potilasturvallisuuskulttuuria (Sammer ym. 2010). Johdon sitoutuminen turvallisuuteen voidaan nähdä kahtena mekanismina; suorana vaikuttamisena, jossa johtaja toimii roolimallina vaikuttaen työntekijöiden turvallisuuskäyttäytymiseen, tai epäsuorana vaikuttamisena, jossa johtaja pyrkii jatkuvasti osoittamaan ja vahvistamaan turvallisuuteen liittyviä normeja ja asenteita turvallisen ympäristön luomiseksi (Zohar 2002).

Henkilökunnan määrä arvioidaan usein riittämättömäksi ja potilasturvallisuuskulttuurin kannalta heikoksi osa-alueeksi (Pietikäinen ym. 2008, El-Jardali ym. 2010, Kvist ym. 2012). On todettu, että liian pieni sairaanhoitajien määrä lisää potilaskuolleisuutta, hoitopäiviä, sekä infektioita (Page 2004). Samalla ammattitaitoisten uusien työntekijöiden rekrytointi ja perehdyttäminen kuormittavat esimiestoimintaa jatkuvasti (Pietikäinen ym. 2008). HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan sairaalan henkilökunta arvioi henkilöstömitoitusta kriittisesti, positiivisten vastausten sijoituessa välille 39–56 % (I-Chi Chen & Hung Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). On todettu, että korkeasti koulutettujen sairaanhoitajien määrän lisääntyessä tiettyyn pisteeseen saakka, vaaratapahtumien määrä vähenee (Chang & Mark 2011). Henkilökunnan arvion mukaan positiivisempi tulos henkilöstömitoituksesta on yhteydessä positiivisempaan yleisnäkemykseen potilasturvallisuudesta (El-Jardali ym. 2011).

HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan sairaalan henkilökunnan positiiviset vastaukset johdon tuesta potilasturvallisuudelle vaihtelevat välillä 28–72 %. (I-Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). El-Jardalin ja kumppaneiden (2010) tutkimuksen mukaan johdon tuki oli yksi korkeimman positiivisen tuloksen saanut potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista. Potilasturvallisuuskulttuurin johtaminen ja johdon sitoutuminen vaikuttavat merkittävästi potilasturvallisuuskulttuuriin (El-Jardli ym. 2011, Feng ym. 2011). Henkilökunnan näkökulmasta organisaation ylimmän johdon rooli potilasturvallisuuden kehittämi-

sessä korostuu (Pietikäinen ym. 2008). Positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin luomiseksi johdon tulee sitoutua potilasturvallisuuteen näkyvästi ja toimia esimerkkinä sen toteuttamisessa (Feng ym. 2011).

Potilasturvallisuuskulttuurin luominen organisaatioon ei tapahdu hetkessä, vaan se on pitkä ja sitoutumista vaativa prosessi. Potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen organisaatiossa tarvitaan vahvaa johtamista, ja on arvioitu, että koko organisaatiota tyydyttävän potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen menee aikaa noin viisi vuotta. (Manasse ym. 2002.) Interventioiden ohjaaminen yksikötasolle näyttäisi olevan hyödyllisin tapa kehittää potilasturvallisuuskulttuuria (Smits ym. 2008). Hoitotyön johtajat voivat johtaa ja kehittää yksilövastuista ja potilaskeskeistä oppivaa systeemiä käyttämällä hyväksi tietoa organisaation muutosprosesseista, inhimillisistä tekijöistä sekä turvallisuustekijöistä (Morath 2011).

HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan sairaalakenkilökunnan myönteiset vastaukset lähijohtajan odotuksista ja toiminnasta potilasturvallisuuden edistämiseksi arvioidaan välillä 69–83 % (I-Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). Lähiesimiestyöskentely näyttäytyy terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin vahvuutena. Eritasoisten esimiesten toiminta ja suhtautuminen vaikuttavat kuitenkin keskeisesti potilasturvallisuustyöhön. Tutkimustulosten mukaan esimiehet itse kokevat olevansa haasteellisessa asemassa potilasturvallisuuden varmistamisessa. Esimiehet kokevat erityisesti resurssien hallinnan, osaamisen varmistamisen, ja koulutuksen hallinnan haasteiksi, joiden suhteen heidän vaikutusmahdollisuutensa ovat rajallisia. (Pietikäinen ym. 2008.)

Terveydenhuollon organisaatioissa johdolla on keskeinen rooli avoimen keskustelun virittäjänä ja käytännön mahdollistajana (Kinnunen 2010). Hoitotyön johtajien tulee työskennellä aktiivisesti voimaannuttavan työympäristön luomiseksi hoitohenkilökunnalle, sillä mitä voimaannuttavammaksi sairaanhoitajat työympäristönsä kokevat, sitä paremmaksi he myös arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin. (Armellino ym. 2010.) Esimiesten tulee varmistaa, että toiminta perustuu tutkittuun tietoon, ja on mahdollisimman standardoitua variaation välttämiseksi. Toimintaprosessit tulee suunnitella tavoitteenaan mahdollisimman korkea toistettavuus. (Sammer ym. 2010.) Johtamisen rooli on merkittävä potilasturvallisuuden ja turvallisuuskulttuurin kannalta, sillä henkilökunnan antama huonompi arvio johtamisesta on todettu olevan merkittävästi yhteydessä korkeampaan potilaskuolleisuuteen sekä potilaan sairaalassaolon pituuteen (Huang ym. 2010).

2.5.3 Potilasturvallisuuskulttuurin vaaratapahtumien käsittelyn alue

Yksi potilasturvallisuuskulttuuriin merkittävästi vaikuttava tekijä on vaaratapahtumien raportointi (El-Jardli ym. 2011). HSPSC -mittarilla saatujen tulosten mukaan sairaalan henkilökunnan positiivisten vastausten osuus vaaratapahtumien raportoimisesta sijoittuu välille 56–63 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). El-Jardalin ja kumppaneiden (2011) mukaan suurin osa ja AHRQ:n (2012b) raportin mukaan 55 prosenttia vastanneista ei ollut ilmoittanut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen kahdentoista kuukauden aikana. Vaaratapahtumat saattavat jäädä raportoimatta esimerkiksi kiireestä johtuvan unohdettamisen vuoksi (Koivunen ym. 2007).

Työvuosien kertyessä, vaaratapahtumien raportointi näyttäisi lisääntyvän (El-Jardli ym. 2011). Snijdersin ja tutkimusryhmän (2009) raportoimien tutkimustulosten mukaan negatiivinen yhteys raportoimiseen oli potilasturvallisuuden yleisnäkemyksellä sekä sairaalan johdon tuella. Toisin sanoen, ei-rankaiseva suhtautuminen virheisiin, sairaalan johdon tuki ja yleinen käsitys yksikön potilasturvallisuudesta edesauttavat vaaratapahtumien raportoimista. El-Jardali kumppaneineen (2011) esittää samankaltaisen tutkimustuloksen johdon tuen merkityksestä vaaratapahtumien raportointiin; mitä enemmän johdolta koettiin saatavan tukea, sitä helpommin vaaratapahtumista raportoitiin ja samalla yleisnäkemys potilasturvallisuudesta nousi. Sairaanhoidot tuleekin rohkaista vaaratapahtumista raportoimiseen rankaisemattomassa ilmapiirissä potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Potilasturvallisuuskulttuurissa korostuu yksittäisen työntekijän anonymiteetti vaaratapahtumien raportoinnissa. Kuitenkin Koivusen ja kumppaneiden (2007) mukaan sairaalan henkilökunta piti parhaana vaaratapahtuman ilmoittamismenetelmänä omalla nimellään ilmoittamista esimiehelleen.

Snijdersin ja kumppaneiden (2009) tutkimuksen mukaan ei-rankaisevalla ilmapiirillä ja vaaratapahtumien raportoimisella on positiivinen yhteys. HSPSC -mittarilla kerättyjen tulosten mukaan sairaalan henkilökunnan positiivisten vastausten osuus ei-rankaisevasta virheiden käsittelystä sijoittuu välille 35–45 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). Potilasturvallisuuskulttuurista puhuttaessa olennaista on organisaatiossa ja yksiköissä vallitseva avoin ilmapiiri, jossa virheiden ja poikkeamien esille ottaminen koetaan turvalliseksi ja sallituksi. Virheistä keskustelu, ja niihin johtaneiden syiden löytäminen ovat ensisijaisen tärkeitä virheiden korjaamiseksi ja niistä oppimiseksi. (Turunen ym. 2008.)

Henkilökunta odottaa saavansa palautetta vaaratapahtumiin liittyen, jotta he kokevat raportoinnillaan olevan merkitystä. On todettu, että hoitohenkilökuntaa ei palkita riittävästi, eivätkä he saa riittävästi palautetta. Palautteen antaminen ja palkitseminen ovat tärkeä osa potilasturvallisuuskulttuuria, sillä se mahdollistaa jatkuvan oppimisen. (Kvist ym. 2012.) HSPSC -mittarilla saatujen tutkimustulosten mukaan koko sairaalan henkilökunnan positiivisten vastausten osuus palautteen ja kommunikaation saamisesta vaaratapahtumiin liittyen sijoittuu välille 59–64 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b).

Sairaalan tulee oppia virheistään ja etsiä jatkuvasti uusia mahdollisuuksia kehittyäkseen. Oppimista tulee arvostaa koko henkilöstön tasolla. (Sammer 2010.) HSPSC -mittarilla sairaalan henkilökunnan positiivisten vastausten osuus oppimisesta ja jatkuvasta kehittämistä organisaatiossa sijoittuu välille 65–74 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). El-Jardalin ja kumppaneiden (2010) tutkimustulosten mukaan organisaation oppiminen ja jatkuva kehittyminen oli yksi positiivisimmin arvioituista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista. Positiivisen oppimisympäristön vallitessa työyhteisössä, sairaanhoitajat ovat todennäköisemmin tietoisia mahdollisista virhetilanteista, koska he kommunikoivat ja miettivät vaaratapahtumia usein. Työyhteisön negatiivinen oppimisympäristö voi puolestaan estää sairaanhoitajien toimintaa ja avata aukkoja ja heikkouksia vaaratapahtumien muotoutumiselle. Ennen kaikkea negatiivinen oppimisympäristö voi estää tapahtuneiden virheiden selvittämistä. On todettu, että mitä positiivisempi oppimisympäristö työyhteisössä vallitsee, sitä vähemmän vaaratapahtumia ilmenee. (Chang & Mark 2011.)

Organisaation virheistä oppiminen voidaan nähdä prosessina yksilö-, työyhteisö-, ja organisaatiotasolla sekä niiden rajapinnoilla. Yksilö- ja työyhteisötason oppiminen tapahtuu keskustelemalla ja yhteisten näkemysten etsimisellä. Tavoitteena ei ole syyllisten etsiminen, vaan tavoitteena on selvittää virheiden syyt ja kehittää systeemiä. Johdon ja työntekijätason näkemykset virheiden käsittelystä eivät välttämättä kohtaa. Johdon oletetaan tarttuvan virheisiin, kun taas johto olettaa virheistä oppimisen tapahtuvan työntekijätasolla. Työntekijät jatkavat mielellään toimintaansa nopeasti eteenpäin, eikä virheitä välttämättä jäädä selvittämään. Omia virheitä voi olla myös vaikea hyväksyä. Oppimista mahdollistaa avoin ja keskustelevalta ilmapiiri, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen, esimiesten tuki, sekä systemaattinen ja vastuutettu tiedonsiirto. (Kinnunen 2010.)

Hoitohenkilökunnan heikompi arvio turvallisuusilmapiiristä ja työtyytyväisyydestä on todettu olevan merkitsevästi yhteydessä potilaan sairaalassa olon pituuteen (Huang ym. 2010). Myönteisempi arvio turvallisuusilmapiiristä taas on yhteydessä parempaan potilasturvallisuuden (Singer, Falwell ym. 2009). Yleisesti ottaen potilasturvallisuuden on katsottu olevan yksikössä hyväksyttävällä tasolla (Snijders ym. 2009). El-Jardalin ja kumppaneiden (2010) tutkimustulosten mukaan yli 70 % vastaajista antoi hyvän tai erittäin hyvän potilasturvallisuusarvosanan yksikkönsä toiminnasta. HSPSC –mittarilla kerättyjen tulosten mukaan sairaalan henkilöstön positiivisten vastausten osuus yleisnäkemyksistä potilasturvallisuudelle sijoitui välille 64–66 % (I-Chi Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, AHRQ 2012b). Pidemmän työuran omaavat arvioivat yleisnäkemyksen potilasturvallisuudesta huonommaksi kuin lyhyemmän työuran omaavat työntekijät (Snijders ym. 2009, El-Jardli ym. 2011). Bagnascon ja kumppaneiden (2011) tutkimustulosten mukaan työkokemuksella ei niinkään ollut merkitystä potilasturvallisuuskulttuuria arvioitaessa, mutta eri ammattiryhmät antoivat vaihtelevia tuloksia.

2.6 Yhteenveto

Potilasturvallisuuskulttuuri on laaja ja kompleksinen yhtälö, joka toimii systeemin sisällä. Systeemi muodostuu potilaan, potilaan läheisten, yksittäisten työntekijöiden, sekä organisaation vuorovaikutuksesta. Turvallisuuskulttuuriin vaikuttavia tekijöitä ovat yksittäisten henkilöiden arvot ja asenteet, hoitokulttuuri, sekä organisaation tapa toimia ja arvottaa asioita. Potilasturvallisuuskulttuurin tulee olla osa terveydenhuollon hoitokulttuuria, ja sijaita juuri sen keskiössä. Vahva potilasturvallisuuskulttuuri on olennainen tekijä potilasturvallisuuden ja siten laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.

Potilas kokee sairaalahoidon aikana hyvästä huolenpidosta huolimatta usein myös haittaa, kuten esimerkiksi fyysistä sekä henkistä ja hengellistä kipua, joita voidaan pitää hoidon sivuvaikutuksina. Kokemansa hoitokärsimyksen lisäksi, potilaat ovat sairaalahoitonsa aikana korkean turvallisuusriskin ympäristössä, ja näin alttiita erilaisille hoidosta aiheutuville vaaratapahtumille. Hoitohenkilökunnan, erityisesti sairaanhoitajien, jotka toimivat pääsääntöisesti potilaan jatkuvassa läheisyydessä, tulee sisäistää ajattelutapa, jossa kaikessa toiminnassa huomioidaan potilasturvallisuus, ja minimoidaan riski vaaratapahtumien syntymiseen. Vaaratapahtumiin tulee varautua tunnistamalla riskitilanteet ja ennakoita riskitilanteiden syntymistä.

Oleennaista potilasturvallisuuskulttuurissa on koko organisaatiossa vallitseva avoin ja syyllistämätön ilmapiiri, jossa kommunikaatio on avointa, ja yhteistyö työyksikön sisällä, sekä yksiköiden välillä saumatonta. Sairaalahoidon aikana potilasta joudutaan usein siirtämään eri yksiköiden välillä, ja hänen hoitoonsa osallistuu useita eri ammattiryhmiä. Kollegiaalisen sekä moniammatillisen yhteistyön tulee olla tasavertaista ja avointa, jossa päämääränä on potilaan hyvinvointi ja turvallisuus. Tiedon siirtämisen kriittisiin kohtiin, joissa tieto luovutetaan joko yksikön sisällä, tai yksiköiden välillä, tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta potilaan hoitoprosessin eheä kokonaisuus voidaan saavuttaa potilasturvallisuuden takaamiseksi.

Yksikön sisäiseen hoitokulttuuriin, sekä potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttaa olennaisesti lähiesimiehen tuki ja esimerkki. Koska turvallisuuskulttuuriin voidaan tehokkaimmin vaikuttaa yksikkötasolla, esimiestyöskentely ja lähijohtajuus ovat merkittävässä asemassa potilasturvallisuuskulttuurin muodostamisessa yksikköön. Lähiesimiehen tulee toimia näkyvästi potilasturvallisuuskulttuurin luomiseksi tukemalla henkilökuntaa, antamalla palautetta ja palkitsemalla. Henkilökuntaa tulee olla riittävästi, jotta kiire ei häiritse potilasturvallisuuden toteutumista. Henkilökuntaa tulee kannustaa vaaratapahtumien raportointiin, ja korostaa sitä, että syyllistä ei etsitä vaan syitä jotka johtivat vaaratapahtuman syntyyn. Lähiesimiehen tehtävänä on rohkaista henkilökuntaa avoimeen keskusteluun, ja johtaa ja kannustaa yksilöitä toiminnan jatkuvaan kehittämiseen, oppimiseen ja hyvien käytäntöjen jakamiseen niin työyksikön sisällä kuin yksiköiden välilläkin.

Organisaation tehtävänä potilasturvallisuuskulttuurissa on luoda raamit potilasturvallisuuden takaamiseksi. Organisaation tulee arvottaa ja nostaa turvallisuuskysymykset osaksi strategiaa, ja antaa riittävästi tukea ja resursseja lähijohtajille potilasturvallisuuskulttuurin vahvistamiseksi käytännön tasolla. Organisaation tulee tarkastella tapahtuneita vaaratapahtumia systemin tasolla, etsiä aktiivisesti virheitä ja aukkokohtia, sekä pyrkiä korjaamaan niitä. Organisaation tulee oppia virheistä, ja kehittää jatkuvasti toimintaa edistääkseen vahvan potilasturvallisuuskulttuurin muodostumista.

Vahvan potilasturvallisuuskulttuurin luominen organisaatioon vaatii jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Potilasturvallisuuskulttuuri ei ole pysyvä ilmiö, vaan jatkuvassa muutoksessa oleva kokonaisuus. Palautteen ja kokemusten kerääminen niin henkilökunnalta kuin potilailtakin, on tärkeä kanava potilasturvallisuuskulttuurin tilan arvioimiseksi. Kerätyn tiedon pe-

rusteella voidaan kehittää organisaation toimintaa, ja lisätä ja vahvistaa henkilökunnan sekä potilaiden tietoisuutta potilasturvallisuuskysymyksissä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasturvallisuuskulttuuria ja siinä tapahtuneita muutoksia sairaanhoitajien näkökulmasta neljässä erikoissairaanhoidon sairaalassa vuosina 2008 ja 2011, sekä selvittää sairaanhoitajien taustatekijöiden yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuskulttuurista ja siinä tapahtuneista muutoksista vuosien 2008 ja 2011 välisenä aikana sairaanhoitajien näkökulmasta potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1 Miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin tiimityöskentelyn aluetta vuosina 2008 ja 2011?
- 2 Miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen aluetta vuosina 2008 ja 2011?
- 3 Miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin vaaratapahtumien käsittelyn aluetta vuosina 2008 ja 2011?
- 4 Onko potilasturvallisuuskulttuurin arvioinnissa tapahtunut muutoksia vuosien 2008 ja 2011 välillä?
- 5 Miten sairaanhoitajien taustatiedot vaikuttavat arvioihin potilasturvallisuuskulttuurista vuonna 2011?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat

Tämä pro gradu -tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston Potilasturvallisuus –hanketta, jota johtaa professori Hannele Turunen. Potilasturvallisuus –hanke kuuluu laajempaan Itä-Suomen yliopiston ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Vetovoimainen ja turvallinen sairaala tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, jonka tutkimusosuutta johtaa professori Katri Vehviläinen-Julkunen. (UEF. Hoitotieteen laitos 2012).

Tutkimusaineisto on kerätty empiirisesti, jolloin tieto perustuu ihmisen aistihavaintoihin ja kokemuksiin (Eriksson ym. 2007, 11, Raatikainen 2004, 17). Jokainen kyselyyn vastannut henkilö on vastannut kysymyksiin omien kokemustensa perusteella. Aineiston keräämisestä on vastannut Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkijaryhmä. Tutkimusaineisto on kerätty verkkokyselynä neljässä erikoissairaanhoidon sairaalassa. Kysely on kohdistettu koko sairaalan henkilöstölle (hoitajat, lääkärit, johtajat, sekä muu henkilökunta). Aineisto on kerätty vuosina 2008 ja 2011. Tutkimuksesta informoitiin sairaaloiden intranetissä ja eri henkilöstöryhmien kokouksissa.

Kyseessä on kyselytutkimus, eli tieto on peräisin tietystä ihmisjoukosta (sairaalan henkilökunta) poimitulta otokselta, tässä tapauksessa neljän erikoissairaanhoidon sairaalan henkilöstöltä, jotka ovat vastanneet strukturoituun kyselylomakkeeseen. (Hirsijärvi ym. 2008, 130, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Kyselylomake pohjautuu amerikkalaiseen kansainvälisesti testattuun Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) -mittariin (Sorra & Nieva 2004). Mittari on käännetty 18 eri kielelle ja on ollut käytössä yli 30 eri maassa (Sorra & Dyer 2010). Mittari soveltuu potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen sairaala-, yksikkö- ja yksilötasolla (Smits ym. 2008, Sorra & Dyer 2010). Mittarin vahvuutena on pidetty sitä, että sillä voidaan määrittää lukuisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia avaintekijöitä organisaation eri tasoilla. (Sorra & Dyer 2010).

Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella mittari on käännetty ja mukautettu suomalaisen terveydenhuollon kontekstiin soveltuvaksi. Mittari sisältää vastaajaan ja organisaatioon liittyviä taustatietokysymyksiä, sekä 12 osa-aluetta, joita määritellään 42:lla likert-

asteikollisella väittämällä. Osa-alueet käsittelevät tiimityöskentelyä työyksikössä, yksiköiden välistä tiimityötä, kommunikaation avoimuutta, työvuorojen vaihtoihin ja siirtymisiin liittyviä tilanteita, lähijohtajien odotuksia ja toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi, johdon tukea potilasturvallisuudelle, henkilöstömitoitusta, oppimista ja jatkuvaa kehittämistä organisaatiossa, yleisnäkemystä potilasturvallisuudesta, palautetta ja kommunikaatiota vaaratapahtumiin liittyen, ei-rankaisevaa virheiden käsittelyä ja vaaratapahtumien raportointia. Lisäksi mittari sisältää yhden avoimen kysymyksen.

4.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Aineisto on käsitelty ja analysoitu SPSS for Windows 19.0 tilastollisella ohjelmalla. Tätä tutkimusta varten aineistosta on poimittu kaikki sairaanhoitajien vastaukset vuosina 2008 ja 2011. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien taustamuuttujat esitetään prosentteina, taustamuuttujat oli jo aikaisemmin luokiteltu, ja ne raportoidaan sellaisenaan. Vuosien väliseen tilastolliseen vertailuun on käytetty ristiintaulukointia ja Khiin neliö-testiä. Tilastollista vertailua tehtiin myös sairaanhoitajien taustatietojen ja yksikön potilasturvallisuuden tason, raportoitujen vaaratapahtumien sekä mahdollisuuksien ammatilliseen kehittymiseen välillä. Vertailu toteutettiin ainoastaan vuonna 2011 kerätyn aineiston osalta, jolloin uusimman ja reaaliaikaisen tiedon koonti mahdollistui. Vertailussa on käytetty Khiin neliö-testiä, sekä tarvittavilta osin Fisherin tarkempaa testiä.

Arviot potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista esitetään positiivisina prosenttiosuuksina. Osa-alueiden tulos on muodostettu laskemalla yhteen osa-aluetta mittaavien väittämien positiivisten vastausten prosentit ja laskemalla niistä prosentuaalinen keskiarvo. Positiiviset prosentit tarkoittavat likert-asteikon (1-5) 4=samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä, prosenttiosuuksien yhdistämistä. Osassa mittaria kysymysten asettelu on kielteinen, (esimerkiksi: Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein) siinä tapauksessa positiiviset vastaukset on muodostettu yhdistämällä kielteisimmät vastaukset likert-asteikon (1-5) 4=eri mieltä ja 5=täysin eri mieltä. Kielteinen kysymyksenasettelu on merkitty tulostaulukoihin merkinnällä (k). Sairanhoitajien arviot potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista esitetään kolmen laajemman osa-alueen: tiimityön (Taulukko 9) johtamisen (Taulukko 10) vaaratapahtumien käsittelyn (Taulukko 11) kokonaisuuksissa.

Potilasturvallisuuskulttuurin arvioissa tapahtuneita muutoksia vuosien 2008 ja 2011 välillä verrattiin tilastollisin menetelmin. Sairaanhoidajien arvioimien potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden keskiarvoja (likert-asteikko 1-5) verrattiin toisiinsa käyttäen Mann Whitneyin U – testiä, tulokset vuosien 2008 ja 2011 välisestä vertailusta esitetään Taulukossa 15.

Kuten jo aikaisemmin mainittiin, sairaanhoidajien taustatietojen vertaaminen arvioihin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista päädyttiin toteuttamaan ainoastaan vuonna 2011 kerätyn aineiston osalta, jolloin mahdollisuus raportoida uusin ja viimeisin tieto taustatietojen vaikutuksesta mahdollistui. Tilastollinen vertaaminen taustatietojen ja potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden arvioiden välillä on toteutettu käyttäen joko nonparametrisiä Mann Whitneyin U-testiä tai Kruskal Wallisin testiä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien taustatiedot

Yhteensä kyselyyn vastasi vuonna 2008 723 sairaanhoitajaa, joista lähes kaikki työskentelevät potilaiden kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa (97,3 %), ja joista suurin osa edustaa naissukupuolta (88,6 %). Vuonna 2011 vastanneiden sairaanhoitajien määrä kasvoi merkittävästi, vastausten määrän ollessa 1210. Kuten vuonna 2008, myös vuonna 2011 suurin osa vastanneista työskenteli välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa (98 %) ja edusti naissukupuolta (89,6 %). Enemmistö sairaanhoitajista työskentelee sairaalan vuodeosastoilla (45,1 % / 39,4 %). Vuonna 2011 toimenpide- tai tutkimusyksikössä työskentelevien vastaajien osuus lisääntyi merkittävästi, kun vuonna 2008 vastanneita oli 8,4 % ja vuonna 2011 yli kaksinkertainen määrä 21,4 %. (Taulukko 2.)

Vastanneiden sairaanhoitajien nykyisessä työyksikössä työskennelty aika jakaantui kohtalaisen tasaisesti alle 1-vuoden ja yli 21 vuotta tai enemmän työskennellyn ajan välille. Kuitenkin vuonna 2008 yli puolet (52,8 %) ja vuonna 2011 yli kolmannes (35,2 %) vastanneista oli työskennellyt nykyisessä työyksikössä yhdestä kymmeneen vuotta. Nykyisessä ammatissa työskennelty aika jakautui kohtalaisen tasaisesti vuosien 1-21 vuotta tai enemmän välille molempina vuosina, alle vuoden nykyisessä ammatissa työskenteleviä oli vuonna 2008 ainoastaan 2,1 % ja vuonna 2011 7,9 % vastanneista. Nykyisessä sairaalaorganisaatiossa työskennelty aika jakaantui myös kohtalaisen tasaisesti vuosien 1-21 vuotta tai enemmän välille, kuitenkin siten, että työskentelyvuodet painottuivat yhden ja kymmenen vuoden välille, vuonna 2008 44,3 % vastanneista ja vuonna 2011 40,9 % oli työskennellyt nykyisessä sairaalaorganisaatiossa 1-10 vuotta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Sairaanhoitajien taustatiedot.

Taustatieto	Vuosi 2008 (%) (N=723)	Vuosi 2011 (%) (N=1210)
Naisia (v.2008 n=722 / v. 2011 n=1207)	88,6	89,6
Miehiä (n=722/1207)	11,4	10,4
Välitön vuorovaikutus potilaiden kanssa (n=714/1194)		
Kyllä	97,3	98
Ei	2,7	2
Työskentelyalue (n=711/1208)		
Vuodeosasto	45,1	39,4
Ajanvarauspoliklinikka	12,2	14,3
Päivystyspoliklinikka	5,9	6,4
Toimenpide- tai tutkimusyksikkö	8,4	21,4
Tehostetun hoidon yksikkö	9,6	5,1
Muu	18,7	13,4
Nykyisessä työyksikössä työskennelty aika (n=715/1189)		
<- 1 vuosi	13,7	19,8
1-5 vuotta	33,1	27,5
6-10 vuotta	19,7	19,8
11–15 vuotta	12,4	10,3
16–20 vuotta	10,9	7,6
21 vuotta tai yli	10,1	15,0
Nykyisessä ammatissa työskennelty aika (n=722/1182)		
<- 1 vuosi	2,1	7,9
1-5 vuotta	17,6	16,2
6-10 vuotta	21,5	19,0
11–15 vuotta	19,0	18,8
16–20 vuotta	16,3	11,8
21 vuotta tai yli	23,5	26,3
Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika (n=720/1195)		
<- 1 vuosi	6,4	10,9
1-5 vuotta	25,4	21,8
6-10 vuotta	18,9	19,1
11–15 vuotta	11,9	12,9
16–20 vuotta	15,8	10,0
21 vuotta tai yli	21,5	25,4

5.2 Potilasturvallisuuden taso, raportoidut vaaratapahtumat ja mahdollisuudet ammatilliseen kehittämiseen vuosina 2008 ja 2011 sekä vuosien välinen vertailu

Työyksikön potilasturvallisuuden tason sairaanhoitajat arvioivat pääsääntöisesti hyväksi. Vuonna 2008 91,2 % vastanneista arvioi potilasturvallisuuden tason joko hyväksyttäväksi tai erinomaiseksi, vastaava luku oli vuonna 2011 94,7 %. Toisaalta vuonna 2011 erinomaiseksi potilasturvallisuuden tason arvioi vain 36,7 % kun vuonna 2008 se oli 42 %. Tilastollisesti ero vuosien välillä voidaan katsoa olevan merkitsevä ($p=0,000$), näyttäisi, että vuonna 2011 potilasturvallisuuden taso on arvioitu paremmaksi kuin vuonna 2008. (Taulukko 3.)

Vuonna 2008 62,3 % vastanneista sairaanhoitajista ei ollut raportoinut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen kahden kuukauden aikana, kun vuonna 2011 jokainen vastannut sairaanhoitaja oli raportoinut vähintään yhden vaaratapahtuman. Vuonna 2008 vaaratapahtumien raportointi painottui 1-5 raportoituun vaaratapahtumaan (31,8 %) samoin kuin myös vuonna 2011 (74,8 %). Tilastollisesti voidaan todeta, että vuosien 2008 ja 2011 välillä on raportoitujen vaaratapahtumien suhteen merkitsevä ero ($p=0,000$). Näyttäisi sille, että vuonna 2011 vaaratapahtumia on raportoitu merkitsevästi enemmän kuin vuonna 2008. (Taulukko 3.)

Sairaanhoitajat arvioivat mahdollisuutensa oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen hyväksi. Vuonna 2008 melko hyväksi mahdollisuutensa ammatitaitonsa kehittämiseen arvioi 63,3 % vastanneista, ja erittäin hyväksi 20,8 %. Vuonna 2011 mahdollisuutensa ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen melko hyväksi arvioi 68,6 % vastanneista, ja erittäin hyväksi 24,3 % vastanneista. Vuosien välillä arvioilla näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,000$), vuonna 2011 sairaanhoitajat ovat arvioineet mahdollisuutensa oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämisen ja kehittämisen paremmaksi kuin vuonna 2008. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilasturvallisuuden taso, raportoidut vaaratapahtumat, ja mahdollisuudet ammatilliseen kehittymiseen sairaanhoitajien arvioimana (%) vuosina 2008 ja 2011.

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Vuosi 2008 (%) (N=723)	Vuosi 2011 (%) (N=1210)	Muutos (%)	p-arvo
Työyksikön potilasturvallisuuden taso (v. 2008 n=703 / v. 2011 n=1208)				
Ei Hyväksyttävä	8,8	5,3	- 3,5	0,000
Hyväksyttävä	49,2	58,0	+ 8,8	
Erinomainen	42,0	36,7	- 5,3	
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana (n=718/1200)				
Ei raportointia	62,3	0	- 62,3	0,000
1-2 raporttia	20,8	38,2	+ 14,4	
3-5 raporttia	11,0	36,6	+ 25,6	
6-10 raporttia	3,2	16,8	+ 13,6	
11-20 raporttia	1,5	5,8	+ 4,3	
21 raporttia tai yli	1,3	2,1	+ 0,8	
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen (n=720/1209)				
Huonot	3,2	0,4	- 2,8	0,000
Melko huonot	12,6	6,7	- 5,9	
Melko hyvät	63,3	68,6	+ 5,3	
Erittäin hyvät	20,8	24,3	+ 3,5	

Tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

5.3 Taustatekijöiden yhteys arvioihin potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista ammatilliseen kehittymiseen vuonna 2011

Tulosten mukaan näyttäisi, että eri sukupuolten välillä on jonkun verran tilastollisesti merkitsevää eroa työyksikön potilasturvallisuutta arvioitaessa ($p=0,031$). Miehet arvioivat potilasturvallisuutta positiivisemmin kuin naiset. Välittömällä vuorovaikutuksella potilaiden kanssa taas näyttäisi olevan jonkin verran tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vaaratapahtumista raportoimiseen ($p=0,030$). Välittömässä potilaskontaktissa työskentelevät sairaanhoitajat raportoivat enemmän vaaratapahtumia, kuin ne sairaanhoitajat, jotka eivät toimi välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Sukupuolen ja välittömän vuorovaikutuksen vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoitajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Sukupuoli		Välitön vuorovaikutus:	
	mies (%)	nainen (%)	kyllä (%)	ei (%)
Työyksikön potilasturvallisuuden taso	p=0,031		p=0,135	
Ei hyväksyttävä	1,6	5,7	5,3	4,3
Hyväksyttävä	53,2	58,7	58,4	39,1
Erinomainen	45,2	35,7	36,3	56,5
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana	p=0,618		p=0,030	
1-2 raporttia	38,9	38,1	37,5	62,5
3-5 raporttia	31,7	37,2	37,1	20,8
6-10 raporttia	19	16,4	17,1	4,2
11-20 raporttia	7,9	5,5	5,7	4,2
21 raporttia tai yli	2,4	2,1	2,0	8,3
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen	p=0,318		p=1,000	
Huonot	0	0,5	0,4	0
Melko huonot	10,3	6,3	6,8	4,2
Melko hyvät	68,3	68,6	68,6	70,8
Erittäin hyvät	21,4	24,6	24,2	25,0

tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

Työskentelyalue, jolla sairaanhoitajat työskentelevät näyttäisi vaikuttavan tilastollisesti merkitsevästi arvioihin potilasturvallisuuden tasosta työyksikössä ($p=0,000$). Päivystyspoliklinikalla potilasturvallisuus arvioidaan ei-hyväksyttäväksi (19,5 %) selvästi muita alueita useammin. Ajanvarauspoliklinikalla taas potilasturvallisuuden taso arvioidaan erinomaiseksi (55,5 %) useammin kuin muilla alueilla. (Taulukko 5.)

Työskentelyalueella näyttäisi olevan merkitsevä yhteys myös vaaratapahtumista raportoituihin (p=0,000). Eniten vaaratapahtumia raportoidaan päivystyspoliklinikalla ja vähiten ajanvarauspoliklinikalla. Työskentelyalue vaikuttaa myös tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,000$) sairaanhoitajien arvioihin mahdollisuuksista omaan ammatilliseen kehittämiseen. Tyytyväisiä ollaan ajanvarauspoliklinikalla sekä tehostetun hoidon yksikössä, ja tyytymättömmimpiä päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Työskentelyalueen vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoitajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Työskentelyalue				
	vuodeosasto (%)	ajanvarauspoliklinikka (%)	päivystyspoliklinikka (%)	toimenpide- tai tutkimusyksikkö (%)	tehostetun hoidon yksikkö (%)
Työyksikön potilasturvallisuuden taso	p=0,000				
Ei hyväksyttävä	4,4	2,9	19,5	4,3	6,5
Hyväksyttävä	68,9	41,6	70,1	51,6	54,8
Erinomainen	26,7	55,5	10,4	44,1	38,7
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana	p=0,000				
1-2 raporttia	24,9	59,1	30,3	43,8	27,4
3-5 raporttia	32,7	30,4	50,0	38,7	51,6
6-10 raporttia	23,9	7,6	17,1	13,3	17,7
11–20 raporttia	9,3	2,3	2,6	2,7	3,2
21 raporttia tai yli	3,4	0,6	0	1,2	0
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen	p=0,000				
Huonot	0,2	0	1,3	0,8	0
Melko huonot	5,5	1,7	14,3	10,1	1,6
Melko hyvät	75,2	60,7	70,1	65,5	60,7
Erittäin hyvät	19,1	37,6	14,3	23,6	37,7

tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

Nykyisessä työyksikössä työskennellyllä ajalla näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys ainoastaan sairaanhoitajien arvioihin mahdollisuuksistaan oman ammattitaitonsa ja osaamisensa kehittämiseen ($p=0,000$). Alle vuoden ja yli viisi vuotta työyksikössä työskennelleet, arvioivat mahdollisuutensa positiivisimmin. Yhdestä viiteen vuoteen yksikössä työskennelleistä 10,1 prosenttia arvioi mahdollisuutensa ammatilliseen kehittymiseen melko huonoiksi. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Nykyisessä yksikössä työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoitajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Nykyisessä työyksikössä työskennelty aika					
	<1 vuosi (%)	1-5 vuotta (%)	6-10 vuotta (%)	11-15 vuotta (%)	16-20 vuotta (%)	21 vuotta tai yli (%)
Työyksikön potilasturvallisuuden taso	p=0,088					
Ei hyväksyttävä	3,8	6,1	5,5	5,7	5,6	4,5
Hyväksyttävä	62,7	63,9	54,0	52,8	52,8	52,0
Erinomainen	33,5	30,0	40,4	41,5	41,6	43,5
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana	p=0,491					
1-2 raporttia	39,9	36,7	36,2	39,7	43,3	37,5
3-5 raporttia	35,6	36,1	39,6	31,4	34,4	38,6
6-10 raporttia	17,2	17,9	17,9	17,4	13,3	14,2
11-20 raporttia	6,0	7,4	2,6	5,8	7,8	5,7
21 raporttia tai yli	1,3	1,5	2,6	3,3	1,1	3,4
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen	p=0,000					
Huonot	0,4	0,3	0,0	0,8	0,0	1,1
Melko huonot	2,1	10,1	8,9	8,9	4,4	2,8
Melko hyvät	76,6	70,0	69,8	63,4	58,9	62,4
Erittäin hyvät	20,9	19,6	21,3	26,8	36,7	33,7

tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika näyttäisi vaikuttavan tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,000$) sairaanhoitajien arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta. Kriittisimmin potilasturvallisuutta arvioivat yhdestä kymmeneen vuoteen nykyisessä sairaalassa työskennelleet hoitajat. Positiivisimmin potilasturvallisuutta yksikössä arvioivat yksitoista vuotta tai yli yksitoista vuotta sairaalassa työskennelleet. (Taulukko 7.)

Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika näyttäisi vaikuttavan myös sairaanhoitajien arvioihin mahdollisuuksista omaan ammatilliseen kehittämiseen ($p=0,000$). Alle vuoden ja 21 vuotta tai kauemmin sairaalassa työskennelleet arvioivat mahdollisuutensa positiivisimmin, tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa ovat vuodesta kymmeneen vuoteen sairaalassa työskennelleet sairaanhoitajat. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Nykyisessä sairaalassa työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoitajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika					
	< 1 vuosi (%)	1-5 vuotta (%)	6-10 vuotta (%)	11-15 vuotta (%)	16-20 vuotta (%)	21 vuotta tai yli (%)
Työyksikön potilasturvallisuuden taso	p=0,000					
Ei hyväksyttävä	3,8	6,5	7,0	2,6	6,7	4,6
Hyväksyttävä	69,2	66,5	59,2	53,9	50,4	50,3
Erinomainen	26,9	26,9	33,8	43,5	42,9	45,0
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana	p=0,155					
1-2 raporttia	39,8	32,6	34,4	40,8	44,2	41,0
3-5 raporttia	37,5	38,0	39,6	29,6	36,7	36,0
6-10 raporttia	14,8	22,1	16,7	20,4	13,3	13,3
11-20 raporttia	7,0	5,4	7,5	3,3	4,2	6,0
21 raporttia tai yli	0,8	1,6	0,9	4,6	1,7	3,0
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen	p=0,000					
Huonot	0,0	0,4	0,4	0,6	0,0	0,7
Melko huonot	2,3	9,7	8,8	9,1	5,8	3,0
Melko hyvät	80,8	73,4	72,4	64,9	60,0	62,7
Erittäin hyvät	16,9	16,6	18,4	25,3	34,2	33,7

tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

Nykyisessä ammatissa työskennelty aika näyttäisi vaikuttavan tilastollisesti merkitsevästi sairaanhoitajien antamiin arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta ($p=0,003$). Kauemmin ammatissa työskennelleet arvioivat potilasturvallisuuden työyksikössä myönteisemmin kuin vähemmän aikaa ammatissa olleet. (Taulukko 8.)

Tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0,000$) näyttäisi olevan ammatissa työskennellyllä ajalla ja mahdollisuuksilla omaan ammatillisen osaamisen päivittämiseen ja kehittämiseen. Alle vuoden ja 21 vuotta tai kauemmin ammatissa työskennelleet arvioivat mahdollisuutensa myönteisimmin. Kriittisimmin mahdollisuuksiaan arvioivat vuodesta kymmeneen vuoteen ammatissa työskennelleet sairaanhoitajat. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Nykyisessä ammatissa työskennellyn ajan vaikutus arvioihin työyksikön potilasturvallisuuden tasosta, raportoiduista vaaratapahtumista ja mahdollisuuksista oman ammatillisen osaamisen kehittämiseen sairaanhoitajien arvioimana vuonna 2011 (n=1210).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	Nykyisessä ammatissa työskennely aika					
	< 1 vuosi (%)	1-5 vuotta (%)	6-10 vuotta (%)	11–15 vuotta (%)	16–20 vuotta (%)	21 vuotta tai yli (%)
Työyksikön potilasturvallisuuden taso	p=0,003					
Ei hyväksyttävä	5,4	5,8	6,2	4,5	5,7	4,2
Hyväksyttävä	67,7	67,5	59,6	58,6	49,3	50,8
Erinomainen	26,9	26,7	34,2	36,9	45,0	45,0
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana	p=0,423					
1-2 raporttia	40,7	28,8	31,8	43,4	43,9	41,4
3-5 raporttia	37,4	37,7	41,7	34,8	30,9	35,5
6-10 raporttia	15,4	23,6	17,0	13,1	18,0	14,7
11–20 raporttia	5,5	6,8	6,3	5,9	5,0	5,5
21 raporttia tai yli	1,1	2,1	2,2	1,8	2,2	2,3
Mahdollisuudet oman ammatillisen osaamisen taitojen päivittämiseen ja kehittämiseen	p=0,000					
Huonot	0,0	0,0	0,4	0,0	1,4	0,3
Melko huonot	3,2	9,5	10,2	8,1	5,0	2,9
Melko hyvät	77,4	75,8	71,1	68,5	62,9	61,7
Erittäin hyvät	19,4	14,7	18,2	23,4	30,7	35,0

tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

5.4 Tiimityön arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011

Sairaanhoitajat arvioivat tiimityötä varsin positiivisesti sekä vuonna 2008 että vuonna 2011. Tiimityöskentelyn positiivisten vastausten osuus ylittää vuonna 2011 70 % rajan, joten sitä voidaan pitää hyvänä tuloksena potilasturvallisuuskulttuuria mitattaessa. Sitä vastoin yksiköiden välinen tiimityö on arvioitu heikommaksi potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueeksi. Positiivisten arvioiden osuus ylittää hienoisesti 50 % rajan sekä vuonna 2008 että 2011. (Taulukko 9.)

Kommunikaation avoimuutta positiivisesti on arvioinut hieman yli puolet vastanneista. Tiedon kulkuun vuorojen vaihtojen ja potilaiden siirtojen yhteydessä suhtaudutaan kriittisesti, ja vuonna 2011 vieläkin kriittisemmin kuin vuonna 2008. Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset – osa-alueen positiivisten vastausten osuus vuonna 2011 on 38 prosenttia. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Potilasturvallisuuskulttuuri ja tiimityö, sairaanhoitajien positiivisten vastausten osuus (%) vuosina 2008 ja 2011.

Potilasturvallisuuskulttuurin tiimityön osa-alue	v. 2008 (n=723) (%)	v. 2011 (n=1210) (%)	muutos (%)
Tiimityöskentely työyksikössä	68	72	+4
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä	78 (n=719)	84 (n=1210)	+6
Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, että saamme työt tehtyä	65 (n=716)	73 (n=1208)	+8,0
Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen	67 (n=720)	69 (n=1208)	+2
Kun jollain osa-alueessa tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat	61 (n=717)	62 (n=1208)	+1
Kommunikaation avoimuus	57	55	-2
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa	65 (n=716)	56 (n=1205)	-9
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan	44 (n=713)	42 (n=1205)	-2
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein (k)	63 (n=711)	68 (n=1203)	+5
Yksiköiden välinen tiimityö	51	52	+1
Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa (k)	28 (n=719)	27 (n=1205)	-1
Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimitava yhdessä	61 (n=716)	62 (n=1204)	+1
Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä (k)	71 (n=716)	72 (n=1204)	+1
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille	45 (n=720)	47 (n=1198)	+2
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	41	38	-3
Asioita ”katoaa tai jää hoitamatta”, kun potilaita siirretään paikasta toiseen (k)	23 (n=715)	20 (n=1207)	-3
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa (k)	67 (n=716)	60 (n=1204)	-7
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä (k)	28 (n=720)	27 (n=1204)	-1
Työvuorojen vaihdot ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme (k)	45 (n=715)	45 (n=1199)	0

k = kielteinen väittämä

5.5 Johtamisen arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011

Sairaanhoitajat ovat arvioineet lähijohdon toimintaa molempina vuosina kohtuullisen hyväksi. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi, positiivisten vastausten osuus on 60 prosenttia sekä vuonna 2008 että vuonna 2011. Sen sijaan organisaation johdon tuki potilasturvallisuudelle on arvioitu heikoksi osa-alueeksi, ainoastaan noin kolmannes vastaajista on arvioinut osa-alueetta positiivisesti. Näyttäisi kuitenkin sille, että positiivisten vastausten osuus on hienoisesti noussut vuonna 2011. (Taulukko 10.)

Henkilöstömitoituksen positiivisten vastausten osuus on alle puolet vastauksista vuonna 2008, mutta vuonna 2011 arviot nousevat hieman yli 50 prosentin. Erityisesti muutosta näyttäisi tapahtuneen väittämässä ”meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden” (+10 % yksikköä) ja ”työskentelemme kuin viimeistä päivää yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti” (+ 9 % yksikköä). Myös väittämä ”käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta” on arvioitu vuonna 2011 (+7 % yksikköä) positiivisemmin kuin vuonna 2008. Kaiken kaikkiaan Henkilöstömitoituksen osa-alueen positiivisten arvioiden osuus on noussut vuodesta 2008 vuoteen 2011 seitsemän prosenttiyksikön verran. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Potilasturvallisuuskulttuuri ja johtaminen, sairaanhoitajien positiivisten vastausten osuus (%) vuosina 2008 ja 2011.

Potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen osa-alue	Vuosi 2008 (n=723) (%)	Vuosi 2011 (n=1210) (%)	muutos (%)
Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	61	62	+1
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti	43 (n=719)	40 (n=1210)	-3
Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	68 (n=715)	69 (n=1207)	+1
Kun syntyy työpaineita, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista (k)	64 (n=717)	67 (n=1209)	+3
Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta (k)	70 (n=718)	73 (n=1206)	+3
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	28	32	+4
Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin	31 (n=720)	36 (n=1206)	+5
Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti	28 (n=720)	33 (n=1200)	+5
Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut (k)	25 (n=718)	26 (n=1205)	+1
Henkilöstömitoitus	44	51	+7
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työ-määrään nähden	27 (n=721)	37 (n=1209)	+10
Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta (k)	53 (n=718)	55 (n=1209)	+2
Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta (k)	57 (n=718)	64 (n=1209)	+7
Työskentelemme ”kuin viimeistä päivää” yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti (k)	39 (n=722)	48 (n=1207)	+9

k = kielteinen väittämä

5.6 Vaaratapahtumien käsittelyn arviointi potilasturvallisuuskulttuurissa vuosina 2008 ja 2011

Hienoisesti alle puolet sairaanhoitajista on arvioinut oppimista ja jatkuvaa kehittämistä organisaatiossa positiivisesti molempina vuosina 2008 ja 2011. Yleisnäkemykset potilasturvallisuudelle positiivisten vastausten osuus on reilu kolmannes vuonna 2008 ja hienoisesti yli 40 prosenttia vuonna 2011. (Taulukko 11.)

Ei-rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueella on tapahtunut muutosta useiden prosenttiyksiköiden verran (+9 % yksikköä) vuosien 2008 ja 2011 välillä. Vuonna 2008 positiivisten vastausten osuus jäi vain hieman yli 40 prosenttiin, kun vuonna 2011 päästiin jo yli 50 % rajan. (Taulukko 11.)

Palaute ja kommunikaation osa-alueella sairaanhoitajat ovat arvioineet kriittisesti, sillä molempina vuosina 2008 ja 2011 vain reilu kolmannes vastauksista oli positiivisia. Väittämän ”meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista” kohdalla positiivisten vastausten osuus on kuitenkin noussut vuodesta 2008 seitsemän prosenttiyksikköä, mutta väittämän ”keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen” kohdalla muutosta on tapahtunut negatiiviseen suuntaan kuusi prosenttiyksikköä. (Taulukko 11.)

Vaaratapahtumien raportoinnin osa-alueella sairaanhoitajat ovat myös arvioineet jokseenkin kriittisesti, positiivisten vastusten jäädessä 40 ja 50 prosentin välille. Kuitenkin parannusta positiivisissa arvioissa on tapahtunut vuodesta 2008 kuuden prosenttiyksikön verran. Suurin parannus vuoteen 2011 näkyy väittämän ”kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?” kohdalla (+8 %). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Potilasturvallisuuskulttuuri ja vaaratapahtumien käsittely, sairaanhoitajien positiivisten vastausten (%) osuus vuosina 2008 ja 2011.

Potilasturvallisuuskulttuurin vaaratapahtumien käsittelyn osa-alue	Vuosi 2008 (n=723) (%)	Vuosi 2011 (n=1210) (%)	Muutos (%)
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	49	49	0
Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta	69 (n=721)	65 (n=1208)	-4
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin	36 (n=722)	40 (n=1208)	+4
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta	42 (n=718)	43 (n=1205)	+1
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	37	42	+5
On vain sattumaa, ettei täällä satu vakavampia virheitä (k)	43 (n=722)	50 (n=1210)	+7
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi	47 (n=722)	52 (n=1203)	+5
Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia (k)	34 (n=719)	40 (n=1206)	+6
Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn	23 (n=714)	27 (n=1203)	+4
Ei-rankaiseva virheiden käsittely	42	51	+9
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan (k)	39 (n=721)	47 (n=1208)	+8
Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan (k)	44 (n=719)	53 (n=1207)	+9
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan (k)	44 (n=719)	53 (n=1209)	+9
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	36	36	0
Saamme palautetta vaaratapahtumareporttien pohjalta tehdyistä muutoksista	20 (n=713)	18 (n=1205)	-2
Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista	38 (n=713)	45 (n=1206)	+7
Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen	51 (n=716)	45 (n=1204)	-6
Vaaratapahtumien raportointi	41	47	+6
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan?	37 (n=706)	43 (n=1179)	+6
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan?	26 (n=701)	30 (n=1177)	+4

Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?	59 (n=702)	67 (n=1174)	+8
--	------------	-------------	----

k = kielteinen väittämä

5.7 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden arvioiden vertailu vuosien 2008 ja 2011 välillä

Tarkasteltaessa potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden keskiarvojen muutosta vuosien 2008 ja 2011 välillä, voidaan todeta, että tilastollisesti merkitsevää muutosta on tapahtunut tiimityön alueella, yksiköiden välinen tiimityö ($p=0,000$) ja työvuorojen vaihdot ja siirtymiset ($p=0,042$) potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueilla. Yksiköiden välistä tiimityötä on keskiarvojen perusteella arvioitu positiivisemmin vuonna 2008, samoin kuin työvuorojen vaihdot ja siirtymiset osa-alueittain. (Taulukko 12.)

Johtamisen alueella keskiarvojen tilastollisesti merkitsevää muutosta voidaan todeta tapahtuneen henkilöstömitoituksen osa-alueella ($p=0,000$). Henkilöstömitoituksen osa-alueella on arvioitu positiivisemmin vuonna 2011. (Taulukko 12.)

Vaaratapahtumien käsittelyn alueella tilastollisesti merkitsevää muutosta näyttäisi tapahtuneen useilla potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueilla. Vuonna 2011 yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta on arvioitu positiivisemmin ($p=0,000$) kuin vuonna 2008. Samoin sekä eirankaiseva virheiden käsittely ($p=0,000$), palaute ja kommunikatio vaaratapahtumiin liittyen ($p=0,023$) että vaaratapahtumien raportointi ($p=0,001$) on arvioitu positiivisemmin vuonna 2011 kuin vuonna 2008. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Sairaanhoidajien arvioimien potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden (keskiarvojen) tilastolliset erot vuosien 2008 ja 2011 välillä.

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet		Vuosi 2008 (n=723)	Vuosi 2011 (n=1210)	p-arvo
Tiimityö	Tiimityöskentely työyksikössä	3,62	3,67	0,111
	Kommunikaation avoimuus	3,52	3,53	0,753
	Yksiköiden välinen tiimityö	3,35	3,22	0,000
	Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	3,14	3,08	0,042
Johtaminen	Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	3,54	3,57	0,692
	Johdon tuki potilasturvallisuudelle	2,93	2,99	0,076
	Henkilöstömitoitus	3,07	3,23	0,000
Vaarata- pauhtumien käsittely	Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	3,35	3,37	0,730
	Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	3,01	3,14	0,000
	Ei-rankaiseva virheiden käsittely	3,28	3,43	0,000
	Palaute ja kommunikaatio vaarata- pauhtumiin liittyen	3,06	3,15	0,023
	Vaarata-pauhtumien raportointi	3,13	3,28	0,001

1=täysin eri mieltä 2=eri mieltä 3=vaikea sanoa 4=samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä
Tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

5.8 Taustekijöiden yhteys arvioihin tiimityöstä

Arvioitaessa sairaanhoidajien taustatekijöiden vaikutusta tiimityöhön potilasturvallisuuskulttuurissa, näyttäisi sille, että välittömällä vuorovaikutuksella potilaiden kanssa on tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoidajien arvioihin kommunikaation avoimuudesta ($p=0,004$) ja yksiköiden välisestä tiimityöstä ($p=0,006$). Välittömässä potilaskontaktissa työskentelevät sairaanhoidajat arvioivat kommunikaation avoimutta negatiivisemmin kuin ne hoitajat, jotka eivät työskentele potilaiden kanssa välittömässä kontaktissa. Samoin välittömässä vuorovaikutussuhteessa potilaiden kanssa työskentelevät hoitajat arvioivat myös yksiköiden välisten tiimityön negatiivisemmin kuin hoitajat, jotka eivät työskentele välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. (Taulukko 13.)

Työskentelyalueella ja arvioilla yksiköiden välisestä tiimityöstä ($p=0,000$) sekä työvuorojen vaihdoista ja siirtymisestä ($p=0,000$) näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys. Yksiköiden välistä tiimityötä arvioidaan positiivisimmin tehostetun hoidon yksikössä, ja negatiivisimmin päivystyspoliklinikalla. Tiedonkulku työvuorojen vaihtojen ja siirtymisien yhteydessä

arvioidaan positiivisimmin vuodeosastoilla, ja negatiivisimmin päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 13.)

Tilastollisesti merkitsevä yhteys on myös työkokemuksella ja arvioilla kommunikaation avoimuudesta ja yksiköiden välisestä tiimityöstä. Nykyisessä työyksikössä alle vuoden tai yli kymmenen vuotta työskennelleet arvioivat kommunikaation avoimuutta positiivisimmin. Yksiköiden välistä tiimityötä arvioivat positiivisimmin yli kymmenen vuotta nykyisessä työyksikössä työskennelleet. Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika näyttäisi vaikuttavan samansuuntaisesti sekä arvioihin kommunikaation avoimuudesta ja yksiköiden välisestä tiimityöstä. Pääsääntöisesti alle vuoden, sekä yli kymmenen vuotta sairaalassa työskennelleet arvioivat yllämainittuja potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita positiivisimmin. Nykyisessä ammatissa työskennellyn ajan tilastollisesti merkitsevä yhteys kommunikaation avoimuuteen ja yksiköiden väliseen tiimityöhön noudattelee samaa kokemuslinjaa, alle vuoden ammatissa olleet ja pitkään ammatissa olleet arvioivat osa-alueita positiivisimmin. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoitajien arvioihin tiimityöstä (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Taustatekijä	Tiimityöskentely työyksikössä	Kommunikaation avoimuus	Yksiköiden väli- nen tiimityö	Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset
Sukupuoli	p=0,108	p=0,832	p=0,996	p=0,399
Mies	3,76	3,49	3,20	3,02
Nainen	3,66	3,53	3,22	3,08
Välitön vuoro- vaikutus poti- laiden kanssa	p=0,601	p=0,004	p=0,006	p=0,840
Kyllä	3,67	3,52	3,21	3,08
Ei	3,71	3,90	3,59	3,03
Työskentelyalue	p=0,548	p=0,194	p=0,000	p=0,000
Vuodeosasto	3,68	3,56	3,21	3,20
Ajanvarauspolik.	3,71	3,55	3,31	3,02
Päivystyspolik.	3,59	3,64	2,77	2,85
Toimenpide- tai tutkimusyks.	3,64	3,45	3,23	2,94
Tehostetun hoi- don yks.	3,75	3,53	3,40	3,17
Nykyisessä työ- yksikössä työs- kennetty aika	p=0,399	p=0,002	p=0,000	p=0,190
< 1 v.	3,75	3,59	3,16	3,13
1-5v.	3,67	3,47	3,13	3,03
6-10v.	3,67	3,44	3,16	3,09
11-15v.	3,62	3,54	3,32	3,12
16-20v.	3,69	3,72	3,51	3,14
21 v. tai yli	3,57	3,57	3,31	3,01
Nykyisessä sai- raalassa työs- kennetty aika	p=0,100	p=0,000	p=0,000	p=0,672
< 1v.	3,80	3,59	3,16	3,13
1-5v.	3,70	3,47	3,07	3,05
6-10v.	3,62	3,42	3,14	3,04
11-15v.	3,68	3,42	3,23	3,10
16-20v.	3,64	3,59	3,29	3,05
21 v. tai yli	3,64	3,66	3,39	3,09
Nykyisessä ammattissa työskennetty aika	p=0,135	p=0,000	p=0,000	p=0,159
< 1v.	3,78	3,60	3,08	3,13
1-5v.	3,74	3,49	3,05	3,05
6-10v.	3,65	3,42	3,15	3,02
11-15v.	3,65	3,47	3,28	3,17
16-20v.	3,57	3,56	3,29	3,07
21 v. tai yli	3,68	3,63	3,36	3,07

1=täysin eri mieltä 2=eri mieltä 3=vaikea sanoa 4=samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä

Tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

5.9 Taustekijöiden yhteys arvioihin johtamisesta

Tarkasteltaessa sairaanhoitajien taustatekijöiden vaikutusta johtamiseen potilasturvallisuuskulttuurissa, voidaan todeta, että välittömällä vuorovaikutussuhteella potilaiden kanssa on tilastollisesti merkitsevä yhteys sekä lähijohtajan odotuksiin ja toimintaan potilasturvallisuudelle ($p=0,010$), johdon tukeen potilasturvallisuudelle ($p=0,000$), että henkilöstömitoitukseen ($p=0,015$). Potilaiden kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat kaikkia potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen osa-alueita negatiivisemmin, kuin hoitajat, jotka eivät työskentele välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. (Taulukko 14.)

Sairaanhoitajien työskentelyalueella on tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikkiin potilasturvallisuuskulttuurin johtamisen osa-alueisiin. Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi ($p=0,000$) arvioidaan positiivisimmin ajanvarauspoliklinikalla, ja kriittisimmin toimenpide- tai tutkimusyksikössä. Johdon tuki potilasturvallisuudelle ($p=0,000$) arvioidaan samoin positiivisimmin ajanvarauspoliklinikalla ja kriittisimmin toimenpide- tai tutkimusyksikössä. Henkilöstömitoitukseen ollaan tyytyväisimpiä ($p=0,000$) ajanvarauspoliklinikalla, ja tyytymättömiä päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 14.)

Työkokemuksella nykyisestä työyksiköstä, nykyisestä sairaalasta ja nykyisestä ammatista näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys lähijohtajien odotuksiin ja toimintaan potilasturvallisuuden edistämiseksi, ja johdon tukeen potilasturvallisuudelle, mutta ei henkilöstömitoitukseen. Pääsääntöisesti alle vuoden kokemuksen omaavat sairaanhoitajat arvioivat kyseisiä osa-alueita positiivisemmin, samoin kuin yli kymmenen vuoden työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoitajien arvioihin johtamisesta (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Taustatekijä	Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	Johdon tuki potilasturvallisuudelle	Henkilöstömitoitus
Sukupuoli	p=0,140	p=0,616	p=0,060
Mies	3,65	2,99	3,37
Nainen	3,56	3,02	3,38
Välitön vuorovaikutus potilaiden kanssa	p=0,010	p=0,000	p=0,015
Kyllä	3,56	2,98	3,22
Ei	3,97	3,56	3,63
Työskentelyalue	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Vuodeosasto	3,66	2,97	3,10
Ajanvarauspolik.	3,79	3,23	3,54
Päivystyspolik.	3,39	2,55	2,68
Toimenpide- tai tutkimusyks.	3,32	2,91	3,34
Tehostetun hoidon yks.	3,68	3,00	3,14
Nykyisessä työyksikössä työskennelty aika	p=0,018	p=0,005	0,112
< 1 v.	3,71	3,06	3,34
1-5v.	3,46	2,93	3,23
6-10v.	3,54	2,87	3,14
11-15v.	3,60	3,01	3,31
16-20v.	3,69	3,20	3,23
21 v. tai yli	3,57	3,07	3,19
Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika	p=0,000	p=0,000	p=0,256
< 1v.	3,69	3,05	3,16
1-5v.	3,45	2,88	3,19
6-10v.	3,45	2,85	3,19
11-15v.	3,57	2,95	3,20
16-20v.	3,65	3,13	3,37
21 v. tai yli	3,70	3,15	3,28
Nykyisessä ammatissa työskennelty aika	p=0,001	p=0,000	0,080
< 1v.	3,67	3,06	3,14
1-5v.	3,39	2,88	3,15
6-10v.	3,51	2,83	3,26
11-15v.	3,57	2,99	3,22
16-20v.	3,72	3,01	3,23
21 v. tai yli	3,66	3,18	3,33

1=täysin eri mieltä 2=eri mieltä 3=vaikea sanoa 4=samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä
Tilastollisesti merkitsevä ero jos p<0,05

5.10 Taustekijöiden yhteys arvioihin vaaratapahtumien käsittelystä

Taustatekijöistä sukupuolella näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0,021$) sairaanhoitajien arvioihin potilasturvallisuuden yleisnäkemyksestä. Miehet näyttäisivät arvioivan osa-aluetta positiivisemmin kuin naiset, samoin kuin myös vaaratapahtumien raportointia ($p=0,048$). (Taulukko 15.)

Välittömällä vuorovaikutuksella potilaiden kanssa näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoitajien arviointeihin oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä organisaatiossa ($p=0,003$), yleisnäkemyksistä potilasturvallisuudesta ($p=0,015$) ja palautteesta ja kommunikaatiosta vaaratapahtumiin liittyen ($p=0,000$). Välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa olevat sairaanhoitajat arvioivat osa-alueita negatiivisemmin kuin sairaanhoitajat jotka eivät toimi välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. (Taulukko 15.)

Työskentelyalueella vaikuttaisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikkiin vaaratapahtumien käsittelyyn liittyviin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueisiin. Kriittisimmin vaaratapahtumien käsittelyyn liittyviä osa-alueita arvioidaan päivystyspoliklinikalla. Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa on arvioitu myönteisimmin tehostetun hoidon yksikössä, samoin kuin ei-rankaiseva virheiden käsittely, palaute ja kommunikaatio sekä vaaratapahtumien raportointi yhdessä vuodeosastojen kanssa. Yleisnäkemykset potilasturvallisuudelle on arvioitu positiivisimmin ajanvarauspoliklinikalla. (Taulukko 15.)

Nykyisessä työyksikössä työskennellyllä ajalla näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys yleisnäkemyksiin potilasturvallisuudesta ($p=0,000$) sekä palautteeseen ja kommunikaatioon vaaratapahtumiin liittyen ($p=0,014$). Alle vuoden työyksikössä työskennelleet arvioivat potilasturvallisuuden yleisnäkemyksiä positiivisimmin, kriittisimmin osa-aluetta arvioivat vuodesta kymmeneen vuotta yksikössä työskennelleet. Palautetta ja kommunikaatiota positiivisimmin arvioivat pitkään (16 vuotta tai kauemmin) yksikössä työskennelleet sairaanhoitajat. (Taulukko 15.)

Nykyisessä sairaalaorganisaatiossa työskennellyllä ajalla voidaan todeta olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikkiin muihin vaaratapahtumien käsittelyn alueen potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueisiin, lukuun ottamatta vaaratapahtumien raportoimisen osa-aluetta. Pää-

sääntöisesti voidaan sanoa, että alle vuoden tai yli kymmenen vuotta nykyisessä sairaalassa työskennelleet sairaanhoitajat arvioivat osa-alueita positiivisimmin. (Taulukko 15.)

Nykyisessä ammatissa työskennellyllä ajalla voidaan todeta olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys oppimiseen ja jatkuvaan kehittämiseen organisaatiossa ($p= 0,000$), ei-rankaisevaan virheiden käsittelyyn ($p=0,001$) sekä palautteeseen ja kommunikaatioon vaaratapahtumiin liittyen ($p=0,012$). Oppimisen ja jatkuvan kehittämisen organisaatiossa sekä ei –rankaisevan virheiden käsittelyn osa-alueet positiivisimmin arvioivat alle vuoden ja kuusitoista vuotta tai kauemmin ammatissa toimineet sairaanhoitajat. Palautetta ja kommunikaatiota vaaratapahtumiin liittyen kriittisimmin arvioivat kuudesta viiteentoista vuotta nykyisessä ammatissaan toimineet sairaanhoitajat. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Taustatekijöiden yhteys sairaanhoitajien arvioihin vaaratapahtumien käsittelystä (keskiarvot) vuonna 2011 (n=1210).

Taustatekijä	Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	Ei - rankaiseva virheiden käsittely	Palaute ja kommunikatio vaaratapahtumiin liittyen	Vaaratapahtumien raportointi
Sukupuoli	p=0,622	p=0,021	p=0,428	p=0,455	p=0,048
Mies	3,38	3,28	3,35	3,19	3,44
Nainen	3,37	3,12	3,44	3,15	3,26
Välitön vuorovaikutus potilaiden kanssa	p=0,003	p=0,015	p=0,116	p=0,000	p=0,085
Kyllä	3,36	3,13	3,42	3,14	3,28
Ei	3,74	3,58	3,65	3,76	3,58
Työskentelyalue	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Vuodeosasto	3,38	3,09	3,46	3,29	3,42
Ajanvarauspolik.	3,49	3,56	3,61	3,06	3,19
Päivystyspolik.	3,06	2,46	3,07	2,99	2,91
Toimenpide- tai tutkimusyks.	3,32	3,09	3,38	3,11	3,16
Tehostetun hoidon yks.	3,51	3,19	3,47	3,23	3,42
Nykyisessä työyksikössä työskennelty aika	p=0,069	p=0,000	p=0,685	p=0,014	p=0,661
< 1 v.	3,39	3,36	3,45	3,18	3,32
1-5v.	3,33	3,04	3,40	3,07	3,24
6-10v.	3,33	3,09	3,37	3,13	3,24
11-15v.	3,38	3,20	3,43	3,09	3,26
16-20v.	3,53	3,23	3,44	3,28	3,42
21 v. tai yli	3,39	3,03	3,49	3,28	3,31
Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika	p=0,000	p=0,002	p=0,001	p=0,000	p=0,597
< 1v.	3,41	3,31	3,39	3,31	3,34
1-5v.	3,33	3,01	3,34	3,06	3,23
6-10v.	3,23	3,03	3,33	3,10	3,27
11-15v.	3,37	3,21	3,38	3,06	3,19
16-20v.	3,40	3,19	3,56	3,16	3,31
21 v. tai yli	3,49	3,20	3,55	3,26	3,33
Nykyisessä ammatissa työskennelty aika	p=0,000	p=0,051	p=0,001	p=0,012	p=0,321
< 1v.	3,49	3,29	3,46	3,29	3,36

1-5v.	3,34	3,03	3,39	3,12	3,29
6-10v.	3,26	3,10	3,34	3,09	3,23
11-15v.	3,30	3,15	3,36	3,05	3,18
16-20v.	3,43	3,16	3,46	3,16	3,24
21v. tai yli	3,48	3,23	3,58	3,23	3,38

1=täysin eri mieltä 2=eri mieltä 3=vaikea sanoa 4=samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä
Tilastollisesti merkitsevä ero jos $p < 0,05$

6 POHDINTA

Tämän pro gradu –tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuuria ja siinä tapahtuneita muutoksia sairaanhoitajien näkökulmasta neljässä eri erikoissairaanhoidon sairaalassa vuosina 2008 ja 2011, sekä arvioida taustatekijöiden yhteyttä potilasturvallisuuskulttuurin arviointeihin. Aineiston analyysin perusteella potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueista on saatu kattavaa tietoa sairaanhoitajien näkökulmasta kuvailtuna. Eri vuosina kerättyjen aineistojen analysointi on tuottanut tietoa vuosittaisilla tasoilla, mutta myös vertaileva analyysi vuosien välillä on tuottanut havainnollista tietoa potilasturvallisuuskulttuurin kehityksestä suomalaisessa erikoissairaanhoidon sairaalaympäristössä.

6.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista suurin osa oli naisia ja työskenteli sairaalan vuodeosastolla, kuvaus sopii hyvin perinteiseen somaattiseen sairaalaympäristöön. Voidaan sanoa, että työkokemuksensa perusteella vastaajat jakaantuivat kohtalaisen tasaisesti.

Yleisesti sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuden toteutumista hyväksi omassa työyksikössään. Vuonna 2008 91,2 prosenttia vastaajista arvioi potilasturvallisuuden tason joko hyväksyttäväksi tai erinomaiseksi ja vuonna 2011 potilasturvallisuuden taso arvioitiin vieläkin paremmaksi, kun 94,7 prosenttia vastaajista arvioi sen olevan joko hyväksyttävällä tai erinomaisella tasolla. Myös kansainvälisesti arviot potilasturvallisuuden toteutumista ovat varsin positiivisia, mutta jäävät kuitenkin arvioissa jonkun verran tämän tutkimuksen tulosten jälkeen (Snijders ym. 2009, El-Jardali 2010).

Vaaratapahtumien raportoimisessa on tapahtunut merkittävää parannusta vuoden 2008 ja 2011 välisenä aikana, jolloin myös HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on vakiinnuttanut paikkansa suomalaisen terveydenhuollon piirissä. Vuonna 2008 62,3 prosenttia vastanneista ei ollut raportoinut yhtään vaaratapahtumaa, kun taas vuonna 2011 jokainen kyselyyn vastannut oli raportoinut vähintään yhden vaaratapahtuman, mikä näyttäisi olevan huomattavasti paremmin kuin on kansainvälisesti raportoitu (AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010, El-Jardali ym. 2010).

Sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa kehittää ja päivittää omaa ammattitaitoaan. Vuonna 2008 hyväksi tai erittäin hyväksi mahdollisuutensa arvioi 84,4 prosenttia sairaanhoitajista ja vuonna 2011 arvioi oli vieläkin korkeampi (92,9 %).

Potilasturvallisuuden tiimityön aluetta sairaanhoitajat arvioivat pääsääntöisesti positiivisesti, ainoastaan arviot tiedon siirrosta työvuorojen vaihtojen ja potilassiirtojen yhteydessä jäi molempina vuosina alle 50 prosenttia positiivisten vastausten osalta. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan sairaanhoitajat ovat suhtautuneet työvuorojen vaihtoihin ja siirtymisiin varsin kriittisesti (AHRQ 2012b, Armellino 2010, El-Jardali ym. 2010). Vaikkakin Pietikäisen ja kumppaneiden (2008) mukaan päivittäinen tiedonkulku on koettu vahvaksi turvallisuuskulttuurin osa-alueeksi. Tiimityöskentelyyn työyksikön sisällä ollaan tyytyväisimpiä, kuten myös aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat (Pietikäinen ym. 2008, El-Jardali ym. 2011, AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010), kun taas yksiköiden välistä tiimityötä arvioidaan kriittisemmin, tulokset ovat yhdensuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010, El-Jardali ym. 2010, Bagnasco ym. 2011). Kommunikaation avoimuutta arvioidaan kohtalaisen positiivisesti, kun molempina aineistonkeruuvuosina sairaanhoitajien positiivisten vastausten osuus on noin 55 prosenttia, tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa, mutta tulos jää kuitenkin alle kansainvälisen arvion (AHRQ 2012b, Armellino 2010).

Johtamisen aluetta sairaanhoitajat arvioivat kohtalaisen kriittisesti, mikä poikkeaa jonkun verran kansainvälisistä tutkimustuloksista, joissa johtamisen aluetta on arvioitu varsin positiivisesti (AHRQ 2012b, Armellino 2010). Positiivisimmin sairaanhoitajat arvioivat lähijohtajan odotuksia ja toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi. Lähiesimies on jatkuvasti lähempänä hoitohenkilökuntaa, joten työskentely potilasturvallisuuden edistämiseksi on näkyvämpää. Johdon tuki potilasturvallisuudelle arvioidaan yhdeksi heikoimmista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista, vain noin kolmannes vastauksista on positiivisia, tämä poikkeaa kansainvälisistä arvioista, sillä kansainvälisesti johdon tuki on arvioitu myönteisemmin (AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010). Ylemmän johdon toiminta saattaa jäädä hoitohenkilökunnalle kaukaiseksi ja vieraaksi, jolloin sillä voi olla vaikutusta myös toiminnan arviointiin.

Henkilöstömitoituksen positiiviset vastaukset jakaantuvat siten, että noin puolet sairaanhoitajien vastauksista on positiivisia. Henkilöstömitoituksen osa-alueella on kuitenkin tapahtunut positiivista muutosta vuosien 2008 ja 2011 välillä. Henkilöstökysymyksiin ja töiden uudelleenorganisointiin on vuosien välillä kiinnitetty huomiota, ja joitain osaston toimintoja on jo

ulkoistettu, mikä on saattanut vaikuttaa sairaanhoitajien tyytyväisyyden kasvamiseen henkilöstömitoituksen osa-alueella. Henkilöstömitoituksen osa-alueella on arvioitu kansainvälisiin tuloksiin nähden kohtalaisen myönteisesti (AHRQ 2012b, Armellino 2010, Pietikäinen ym. 2008, El-Jardali ym. 2010).

Vaaratapahtumien käsittelyn aluetta arvioidaan pääsääntöisesti kaikista alueista kriittisimmin. Yli 50 prosenttia positiivisia vastauksia sairaanhoitajilta on saanut ainoastaan ei-rankaiseva virheiden käsittely vuonna 2011, mikä on enemmän kuin Armellinon ja kumppaneiden (2010) raportoima osuus, mutta jää kuitenkin alle AHRQ:n (2012b) raportoimaa tulosta. Vaaratapahtumien raportoinnin osa-alueen positiivisten vastausten osuus on vain noin 40 prosenttia, mutta osuus on noussut vuodesta 2008 vuoteen 2011, mitä osittain selittänee Haiipro -vaaratapahtumien raportointityökalun käyttöön otto. Vaaratapahtumien raportoinnin osuus mukailee aikaisemmin raportoituja tuloksia, mutta jää kuitenkin alle kansainvälisten tulosten (AHRQ 2012b, Armellino 2010).

Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa on saanut hienoisesti alle puolet positiivisia vastauksia, mikä poikkeaa kansainvälisistä tutkimustuloksista, joissa oppimista ja jatkuvaa kehittämistä on arvioitu huomattavasti myönteisemmin (AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010, I-Chen & Huang-Hui Li 2010, Bagnasco ym. 2011, El-Jardali ym. 2010). Oppimisen ja jatkuvan kehittämisen osa-alueella ei ole havaittavissa muutosta vuosien 2008 ja 2011 välillä. Saattaa olla, että organisaatiotason toimintaa voi olla vaikea tunnistaa työntekijätasolla, tai sairaanhoitajat kokevat, ettei organisaatiossa tapahdu tarvittavaa oppimista ja muutosta potilasturvallisuuden parantamiseksi. Myös palautteen saamista ja kommunikaatiota vaaratapahtumiin liittyen arvioidaan varsin kriittisesti. Vain reilu kolmannes sairaanhoitajista arvioi osa-alueella positiivisin vastauksin, eikä eroa vuosien välillä ole huomattavissa, tulos on alle aikaisempien kansainvälisten tulosten (AHRQ 2010b, Armellino ym. 2010). Yleisnäkemyksiä potilasturvallisuudesta arvioidaan myös kriittisesti, mikä on sinällään ristiriidassa sairaanhoitajien arvioiden kanssa potilasturvallisuuden tasosta yksikössä. Yleisnäkemykset potilasturvallisuudelle osa-alueen positiiviset vastaukset jäävät alle kansainvälisen tason (AHRQ 2012b, Armellino ym. 2010).

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittymisestä vuosien 2008 ja 2011 välillä saatiin tutkimuksen tulosten mukaan positiivista informaatiota. Näyttäisi sille, että kehitystä myönteiseen suuntaan on vuosien välillä tapahtunut. Potilasturvallisuuskysymysten esiin nouseminen niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin, ja niiden entistä suurempi huomioiminen osana laadukasta

hoitotyötä näyttäisi vaikuttaneen myös sairaanhoitajien tietoisuuteen potilasturvallisuudesta ja arvioista potilasturvallisuuskulttuurin tasosta.

Useilla eri taustatekijöillä näyttäisi olevan yhteys sairaanhoitajien arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurin tasosta. Tämän pro gradu- tutkimuksen tulosten perusteella miessukupuolella näyttäisi olevan jonkin verran vaikutusta potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. Miehet arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria positiivisemmin kuin naiset. Tällaista sukupuolten välistä eroa ei aikaisempien tutkimusten mukaan ole raportoitu.

Välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa toimivat sairaanhoitajat arvioivat pääsääntöisesti potilasturvallisuuskulttuuria negatiivisemmin kuin ne hoitajat, jotka eivät työskentele välittömässä potilaskontaktissa. Välittömässä potilaskontaktissa työskentelevät sairaanhoitajat näkevät hoitotyön arkea läheltä, ja näin ollen ovat myös mahdollisesti tietoisempia organisaatiossa ilmenevissä potilasturvallisuuden ongelmista.

Työskentelyalueella näyttäisi olevan usein merkitsevä yhteys sairaanhoitajien arviointeihin potilasturvallisuuskulttuurista. Hektisellä päivystyspoliklinikalla potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviä tekijöitä arvioidaan negatiivisimmin, kun taas esimerkiksi ajanvarauspoliklinikoilla potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueita arvioidaan yleisesti positiivisemmin. Vaaratapahtumia myös raportoidaan eniten päivystyspoliklinikalla.

Työkokemus näyttäisi olevan yksi sairaanhoitajien potilasturvallisuuskulttuurin arvioimiseen vaikuttavista tekijöistä. Pääsääntöisesti näyttää sille, että alle vuoden työkokemuksen omaavat hoitajat tai jo pitkään alalla olleet arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria positiivisimmin, kun taas vuodesta viiteentoista vuoteen työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria kriittisimmin. Tulos poikkeaa jonkin verran aikaisemmin raportoiduista tuloksista, kun esimerkiksi Armellinon ja kumppaneiden (2010) tutkimustulosten mukaan työvuosien lisääntyessä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita arvioitiin kriittisemmin. Aikaisemmin on todettu, että pidemmän työuran omaavat henkilöt arvioivat potilasturvallisuuden yleisnäkemystä negatiivisemmin kuin lyhyemmän työuran omaavat henkilöt (Snijders ym. 2009, El-Jardali ym. 2011) tämän tutkimuksen tulokset ovat sairaalassa työskennellyn ajan kohdalla yhteneväiset aikaisempien tutkimustulosten kanssa. El-Jardali ym. (2011) raportoi työvuosien lisääntymisellä olevan positiivinen yhteys vaaratapahtumien raportoinnin kanssa, mutta tässä tutkielmassa yhteyttä ei tunnistettu.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen sisäistä validiteettia arvioitaessa voidaan todeta, että vastaajat edustavat laajasti erikoissairaanhoidossa työskentelevää sairaanhoitajakuntaa. Vastaajia ei ole erikseen valittu tutkimukseen, vaan kaikille on lähetetty sähköinen kyselylomake, johon jokainen on halutesaan voinut vastata. Periaatteessa voidaan olettaa, että kaikilla sairaanhoitajilla on ammattinsa puolesta yhtä paljon tietoa hoitotyöstä ja potilasturvallisuudesta, sekä siihen liittyvistä tekijöistä. Tulosten tarkastelussa tulee huomioida, että sama vastaaja on todennäköisesti vastannut kyselyyn sekä vuonna 2008 että vuonna 2011.

Tutkimuksen ulkoista validiteettia arvioitaessa, voidaan todeta, että kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat valikoituivat mukaan heidän työskentelyorganisaation perusteella. Vastanneet sairaanhoitajat edustavat erikoissairaanhoidon somaattisessa ympäristössä työskentelevää sairaanhoitajakuntaa neljässä eri sairaalassa, jolloin vastanneiden edustuksen voidaan katsoa olevan kohtalaisen kattava.

Neljässä erikoissairaanhoidon sairaalassa työskentelevät sairaanhoitajat ovat saaneet sähköpostiinsa strukturoidun kyselylomakkeen, johon ovat omasta valinnastaan voineet vastata haluamanaan ajankohtana. Kyselylomake perustuu kansainvälisesti testattuun ja hyväksi havaittuun mittariin, joka on mukautettu suomalaiseen kontekstiin soveltuvaksi. Koska kysely toteutettiin kahteen kertaan kahtena eri vuotena, kyselyyn vastaaminen on saattanut tuntua helpommalle viimeisemmällä kerralla, ja se on saattanut vaikuttaa myös tutkimukseen osallistuneiden määrään, kuten myös mahdollisesti aiheen tunnettavuuden lisääntyminen ja ajan kohtaaminen terveydenhuollon sisällä.

HSPSC –mittarin luotettavuutta arvioitaessa, voidaan todeta, että kyseessä on laajasti käytössä oleva ja testattu kansainvälinen potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen kehitetty mittari. Mittarilla voidaan määrittää lukuisia potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttavia tekijöitä, ja se soveltuu käytettäväksi niin yksilö-, yksikkö- kuin organisaatiotasollakin. (Sorra & Nieva 2004, Sorra & Dyer 2010, Smits ym. 2008, Haugen ym. 2010, Zwart ym. 2011.) Tässä pro gradu –tutkimuksessa mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on testattu osioittain Cronbachin alfa-kertoimella, joka perustuu väittämien välisiin korrelaatioihin. Mitä suurempi alfa on, sitä yhteneväisempi mittarin voidaan katsoa olevan. (Nummenmaa ym. 1997, 187, KvantiMOTV 2012.) Cronbachin alfa-kertoimen hyväksyttävänä tasona pidetään 0,7 tai sen ylittäviä arvoja

(IDRE 2012, Tavakol & Dennick 2011). Yleensä on sanottu, että alle 0,6 jääviä alfan arvoja ei tulisi hyväksyä (Metsämuuronen 2003, 47). Cronbachin alfa-kertoimien perusteella voidaan sanoa, että HSPSC –mittarin sisäinen johdonmukaisuus tässä tutkimuksessa katsotaan olevan kohtalaisen hyvä, pienimmän alfa-kertoimen ollessa vuoden 2008 kohdalla 0,569 ja suurimman 0,812 ja vuoden 2011 kohdalla pienin arvo 0,505 ja suurin 0,813. (Liitetaulukko 1.)

Tämän pro gradu –tutkimuksen tuottamia tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämiseen potilasturvallisuuden osalta laadukkaana potilashoidon turvaamiseksi. Tulokset antavat viitteitä potilasturvallisuuskulttuurin tasosta suomalaisessa somaattisessa sairaalaympäristössä sairaanhoitajien näkökulmasta. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja vahvistaessa sairaalaorganisaatioiden potilasturvallisuuskulttuuria tiimityön, johtamisen sekä vaaratapah- tumien käsittelemisen alueilla niin sairaaloiden ylemmillä organisaatiotasolla kuin yksikkö- tasollakin.

6.3 Eettiset kysymykset

Tutkimukselle on haettu tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto (Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta 2007), sekä sairaalakohtaiset tutkimusluvut. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on tiedotettu tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, sekä saatujen tietojen luottamuksellisesta käytämisestä.

Tutkimusaineisto on käsitelty siten, ettei vastaajan tunnistaminen ole mahdollista. Tutkittu aihe ei ole erityisen sensitiivinen, mutta vastaajat ovat saattaneet kokea jonkun kyselylomak- keet osioista araksi. Kuitenkaan tähän tutkimukseen ei liity erityistä eettistä problematiikkaa, ja tutkimuksen toteuttamisessa on noudatettu Suomen akatemian asettamia eettisiä ohjeita (Suomen Akatemian eettiset ohjeet 2003). Aineiston analyysin tulokset on raportoitu avoi- mesti, ja mahdollisimman selkeään ja informatiiviseen ulkoasuun pyrkien.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän pro gradu –tutkimuksen tuottaman tiedon perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset ja suositukset:

- Sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuden tason erikoissairaanhoidon yksiköissä myönteisesti
 - Potilasturvallisuuden tulee olla organisaation ensimmäinen prioriteetti ja koko organisaation tulee sitoutua vahvan potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen
- Sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa kehittää ja päivittää omaa ammatillista osaamistaan
 - Potilasturvallisuutta tulee arvioida ja kehittää systemaattisesti, organisaatiossa tulee mahdollistaa oppiminen ja kehittyminen organisaation kaikilla tasoilla
- Sairaanhoidajien arvioiden perusteella yksikään potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue ei täytä vahvan osa-alueen kriteeriä
 - Potilasturvallisuuskulttuurin ja sen osa-alueisiin tulee jatkossa kiinnittää entistä enemmän huomiota turvallisen ja laadukkaan potilashoidon takaamiseksi
- Tiimityö on sairaanhoitajien arvion mukaan potilasturvallisuuskulttuurin vahvin alue
 - Koko organisaation kattavaan yhteistyön toimivuuteen tulee kuitenkin jatkossa kiinnittää huomiota
- Johtaminen on sairaanhoitajien arvion mukaan kohtuulliseksi arvioitu potilasturvallisuuskulttuurin alue
 - Johdon tulee toimia kaikilla sen tasoilla näkyvästi ja esimerkillisesti vahvan potilasturvallisuuskulttuurin luomiseksi

- Vaaratapahtumien käsittely on sairaanhoitajien arvion mukaan heikoin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue
 - Vaaratapahtumien raportoimiseen ja käsittelyyn, sekä niistä oppimiseen tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota koko organisaation tasolla
- Useilla taustatekijöillä, kuten työskentelyalueella ja työkokemuksella on yhteys siihen, miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria
 - Erilaisten taustatekijöiden vaikutus potilasturvallisuuskulttuurin muodos- tumisessa on otettava huomioon arvioitaessa ja kehitettäessä potilasturval- lisuuskulttuuria.
- Potilasturvallisuuskulttuurissa on tapahtunut vuosien 2008 ja 2011 välisenä aikana positiivista kehitystä
 - Jatkossa potilasturvallisuuteen liittyvät kysymykset tulee pitää jatkuvasti esillä ja niistä tulee keskustella aktiivisesti myös eri organisaatioiden välil- lä

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Jatkossa potilasturvallisuuskulttuuria tulisi tarkastella myös moniammatillisesta näkökulmas- ta, sekä erilaisissa terveydenhuollon ympäristöissä. Erilaisilla ympäristöillä voi olla vaikutus- ta potilasturvallisuuskulttuurin toteutumiseen, kuten myös eri ammattikuntien edustajien nä- kökulmat saattavat erota toisistaan. Potilasturvallisuuskulttuuria tulee tarkastella myös poti- laiden ja heidän läheistensä näkökulmasta, jotta potilasturvallisuuskulttuurista ja sen tilasta voidaan saada kokonaisvaltainen käsitys, jolloin erilaisten kehitystoimenpiteiden kohdistami- nen osataan suunnata oikeisiin kohtiin organisaation toiminnassa.

LÄHTEET

AHRQ 2012a. www.ahrq.gov Luettu 27.8.2012.

AHRQ Patient Safety Network 2012. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5> Luettu 2.5.2012.

AHRQ 2012b. Hospital survey on patient safety culture: 2012 user comparative database report. AHRQ Publication No. 12–0017.

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.

Asetus 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.

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.

Blegen M. A, Sehgal N. L, Alldredge B. K, Gearhart S, Auerbach A. A, Wachter R. M. 2010. Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. *Quality Safety Health Care*, 19. 346–350.

Chang Y & Mark B. 2011. Effects of learning climate and registered nurse staffing on medication errors. *Nursing Research*, 60 (1). 32–39.

El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jafaar M, Hemadeh N. 2011. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 11: 45.

El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. 2010. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: A study Baseline. *International Journal of Quality in Health Care*, 22. 386-395.

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström U, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K, Åstedt-Kurki P. 2007. *Hoitotiede*. Wsoy: Porvoo.

EU 2010. Patient Safety and quality of healthcare full report. Special Eurobarometer. European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf Luettu 16.8.2012.

EUNetPas 2012. <http://90plan.ovh.net/~extranet/> Luettu 17.4.2012.

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

Feng X, Bobay K, Weiss M. 2008. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63. 310–319.

Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Misset B. 2012. Overview of medical errors and adverse events. *Annals of Intensive Care*, 2.

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

HaiPro 2012. <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx> Luettu 27.8.2012.

Haugen A, Softeland E, Eide G, Nortvedt M, Aase K, Harthug S. 2010. Patient safety in surgical environments: Cross countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 279 (10).

Hirsijärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino: Keuruu.

Huang D. T, Clermont G, Kong L, Weissfeld L. A, Sexton B. J, Rowan K. M, Angus D. C. 2010. Intensive care unit safety culture and outcomes: A US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (3). 151–161.

I-Chi Chen & Hung-Hui Li. 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research* 10: 152.

IDRE 2012. Institute for digital research and education. UCLA. <https://idre.ucla.edu/> Luettu 25.10.2012.

Järvelin J, Haavisto E, Kaila M. 2010. *Suomen lääkärilehti*. 12, 1123–1127.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY Pro: Helsinki.

Kinnunen M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Liiketaloustiede. Vaasan yliopisto

Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. 2007. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality Safety Health Care*, 16. 313–320.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. 2001. *To Err Is Human*. Institute of Medicine. National academy press: Washington D.C.

Koivunen E, Kankkunen P, Suominen T. 2007. Henkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö*, 5 (3). 10–15.

KvantiMOTV 2012. Menetelmäopetuksen tietovaranto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. Luettu 25.10.2012.

Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G. A, Vehviläinen-Julkunen K. 2012. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes. *Journal of Nursing Management*.

Leape L, Bates D, Cullen D, Cooper J, Demonaco H, Gallivan T, Hallisey R, Ives J, Laird N, Laffel G, Nemeskal R, Petersen L, Porter K, Servi D, Shea B, Small S, Sweitzer B, Thompson B, Vander Vleit M. 1995. Systems analysis of adverse drug events. *Journal of the American Medical Association*, 274 (1). 35-43.

Manasse H, Turnbull J, Diamond L. 2002. Patient safety: A review of the contemporary American experience. *Singapore Medical Journal*, 43. 254–262.

Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino: Jyväskylä.

Morath J. 2011. Nurses create a culture of patient safety: It takes more than projects. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (3): 1.

National Patient Safety Agency 2004. Seven steps to patient safety – The full reference guide.

Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Wsoy Kirjapainoyksikkö: Porvoo.

Page A. 2004. (edit.) Keeping patients safe. Institute of Medicine. National academy press: Washington D.C.

Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*. 122, 2459–2470.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta 2007. Lausunto (46/2007, 66§/2010).

Pietikäinen E, Reiman T, Oedewald P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT julkaisuja. Edita Prima: Helsinki.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. STAKES ja ROHTO. Valopaino: Helsinki.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes print. Tampereen yliopistopaino.

Raatikainen P. 2004. Ihmistieteet ja filosofia. Gaudeamus: Helsinki.

Reiman T. & Oedewald P. 2009. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Kirjassa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut.

Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Kirjassa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut.

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. 156–165.

Sahlström M. 2011. Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta – kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitojaksosta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Itä-Suomen yliopisto.

Singer S. J, Falwell A, Gaba D. M, Meterko M, Rosen A, Hartmann C. W, Baker L. 2009. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management REVIEW*, 34 (4). 300–311.

Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. 2009. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44. 399–421.

Smits M, Wagner C, Spreuwenberg P, van der Wal G, Groenewegen P. P. 2008. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Quality Safety Health Care*, 18. 292–296.

Snijders C, Boudewijn J. K, van Lingen R. A, Fetter W. P. F, Molendijk H. 2009. Which aspects of safety culture predict incident reporting behaviour in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Critical Care Medicine*, 37 (1).

Sorra J & Dyer N. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *Health Services Research*, 10. 199.

Sorra J & Nieva V. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

STM 2008. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 4.

STM 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

STM 2012. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste Luettu 6.9.2012.

Suñol R, Vallejo P, Groene O, Escaramis G, Thompson A, Kutryba A, Garel, P. 2009. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Quality Safety Health Care*, 18. (suppl.) 56–61.

Suomen Akatemian eettiset ohjeet 2003.

<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf> Luettu 19.2.2012.

Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger M. B, Talbot T. R, Wall R. J, Deshpande J. K, France D. J, Ely E. W, Burgess H, Englebright J, Williams M. V, Dittus R. S. 2010. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Quality Safety Health Care*, 19. 592–596.

Tavakol M & Dennick R. 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2. 53–55.

THL 2012. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma 2011.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/ohjelman-esittely Luettu 7.9.2012.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Turunen H, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K, Miettinen M, Penttinen J. 2008.

Turvallisuuskulttuuria terveydenhuoltoon, Potilasturvallisuus keskeinen haaste. *Sairaala* 2, 41.

UEF. Hoitotieteenlaitos 2012. <http://www.uef.fi/hoitot/> Luettu 10.5.2012.

Varis M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri: edistävät ja heikentävät tekijät - sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

WHO 2012. <http://www.who.int> Luettu 17.4.2012.

Wilson D, Redman R.W, Talsma A, Aebersold M. 2012. Differences in perceptions of patient safety culture between charge and noncharge nurses: Implications for effectiveness outcomes research. *Nursing Research and Practice*.

Zohar D. 2002. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 23. 75–92.

Zwart D, Langeelan M, van de Vooren R, Kuyvenhoven M, Kalkman C, Verheij T, Wagner C. 2011. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of "SCOPE". *BMC Family Practice*, 117 (12).

Liitetaulukko 1. HSPSC -mittarin luotettavuus, Cronbachin alfa-kertoimet vuonna 2008 ja 2011.

HSPSC -mittarin potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue	HSPSC -mittarin Väittävä	Cronbachin alfa-kertoimet	
		vuosi 2008	vuosi 2011
Tiimityöskentely työyksikössä	Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, että saamme työt tehtyä Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen Kun jollain osa-alueessa tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat	0,754	0,743
Kommunikaation avoimuus	Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein (k)	0,569	0,505
Yksiköiden välinen tiimityö	Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa (k) Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä (k) Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille	0,670	0,718
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 vaihdot ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme (k)	0,685	0,702
Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi Kun syntyy työpaineita, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista (k)	0,812	0,813

	Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta (k)		
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut (k)	0,790	0,791
Henkilöstömitoitus	Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta (k) Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta (k) Työskentelemme ”kuin viimeistä päivää” yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti (k)	0,634	0,675
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta	0,656	0,674
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	On vain sattumaa, ettei täällä satu vakavampia virheitä (k) Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi Yksikössämme on potilasturvallisuuden liittyviä ongelmia (k) Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn	0,734	0,773
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)	0,656	0,688
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	Saamme palautetta vaaratapahtumareporttien pohjalta tehdyistä muutoksista Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista	0,795	0,759

Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistuminen

Vaaratapahtumien raportointi	Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia 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?	0,812	0,794
-------------------------------------	---	-------	-------

k = kielteinen väittäjä

Liitetaulukko 2. Teoreettisessa viitekehyksessä käytettyjä potilasturvallisuuskulttuuria käsitteleviä artikkeleita.

Lähde	Tyyppi/Metodi	Aineisto/Otos	Tulokset
<p>El-Jardali, F. Dimassi, H. Jamal, D. Jafaar, M. Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Services Research 11:45. Libanon.</p>	<p>kvantitatiivinen poikkileikkaus-tutkimus Arabialainen versio HSPSC mittarista</p>	<p>68 sairaalaa n=6807 sairaalan henkilökuntaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - potilasturvallisuuskulttuuriin merkittävästi vaikuttavia seikkoja ovat: haittatapahtumien raportointi, asianmukainen kommunikatio, potilasturvallisuus johtaminen, sairaalan koko ja sairaalan arvostus. -haittatapahtumien ilmoittaminen näyttäisi kasvavan kun työssäolo aika kasvaa. -suurin osa sairaanhoitajista ei ilmoittanut yhtään haittatapahtumaa viimeisen 12 kk:n ajalle. -erityisesti sairaanhoitajia tulee rohkaista raportointiin rankaisemattomassa ilmapiirissä potilasturvallisuuden lisäämiseksi! - yleinen käsitys potilasturvallisuudesta näyttää laskevan työvuosien myötä. - mitä paremmaksi tiimityö sairaalan sisällä koettiin siirtojen yhteydessä, sitä paremmaksi potilasturvallisuus kokonaisuudessaan koettiin. -mitä enemmän johdolta koettiin saatavan tukea, sitä helpommin haittatapahtumista raportoitiiin. Samalla myös kokonaiskäsitys potilasturvallisuudesta nousi. -mitä positiivisempi tulos henkilöstömitoituksesta, sitä parempi tulos myös potilasturvallisuuden kokonaiskäsityksestä.
<p>I-Chi Chen & Hung-Hui Li (2010). Measuring patient safety</p>	<p>HSCSP mittari</p>	<p>42 sairaalaa</p>	<p>positiivisia vastauksia</p>

<p>culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. BMC Health Services Research 10: 152. Taiwan.</p>		<p>n=788 vastaajaa (sairaanhoitajia, lääkäreitä, muuta henkilökuntaa) vastajista 60,6 % sairaanhoitajia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -tiimityöskentely yksikössä 94 %. -esimiehen tuki ja potilasturvallisuuden edistäminen yksikössä 83 % -rankaisematon ilmapiiri alle 50 % -sairaalan johdon tuki potilasturvallisuuden edistämiseksi 62 % -organisaation oppiminen ja jatkuva kehittyminen 65 % -tiimityöskentely yksiköiden välillä 72 % -yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta 65 % -haittatapahtumien raportointi 56 % -palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen 59 % -avoin kommunikaatio 58 % -riittävä henkilöstö 39 % -siirtymävaiheet sairaalassa 48 % -rankaisematon ilmapiiri 45 %
<p>Wilson, D. Redman, R.W. Talsma, A. Aebersold, M. (2012). Differences in perceptions of patient safety culture between charge and noncharge nurses: Implications for effectiveness outcomes research. Nursing Research and Practice. USA</p>	<p>kvantitatiivinen poikkileikkaus-tutkimus kyselytutkimus, pohjana AHRQ:n HSCSP mittarin neljä komponenttia</p>	<p>12 aikuisten kirurgista yksikköä n=375 rekisteröityä sairaanhoitajaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hoitajat joilla ei ollut esimieskokemusta arvioivat potilasturvallisuuden toteutumisen paremmaksi kuin hoitajat joilla oli esimieskokemusta. -Hoitajat joilla ei ollut esimieskokemusta raportoivat vähemmän haittatapahtumia kuin ne joilla oli esimieskokemusta. -Esimiestehtävissä olevat hoitajat joilla oli 1-5v. tai enemmän kuin 5v. kokemusta, arvioivat tiimityöskentelyn, yleisen potilasturvallisuuden toteutumisen, ja haittaraportoinnin vähiten positiivisesti.

<p>Turunen, H. Partanen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. Miettinen M. Penttinen, J. (2008). Sairaala 2, 41. Turvallisuuskulttuuria terveydenhuoltoon, Potilasturvallisuus keskeinen haaste.</p>	<p>Lehtiartikkeli tutkimuksen toteuttamisesta</p>		<p>Turvallisuuskulttuurissa jokainen työntekijä asennoituu arvioimaan tilanteita ja työtään myös potilasturvallisuuden kannalta, ja toimii riskien minimoimiseksi. Olen-naista avoin ilmapiiri, jossa tapahtuneiden virheiden ja poikkeamien esille ottaminen on turvallista ja sallittua. Tärkeää keskustella niistä ja löytää niihin johtaneet syyt, korjata ne ja oppia niistä. Potilasturvallisuuden vahvistaminen edellyttää turvallisuuskulttuurin kehittämistä, ymmärtämistä ja tunnistamista. Tutkimuksista on tullut esille, että potilasturvallisuuden on kytkeydyttävä osaksi organisaation strategiaa.</p>
<p>Sahlström, M. (2011). Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta – kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Itä-Suomen yliopisto,</p>	<p>Pro-gradu tutkielma</p>	<p>n=175 kotiutuvaa potilasta</p>	<p>-Kahdeksan potilasta kymmenestä oli sitä mieltä, että potilaat voivat auttaa virheiden ehkäisemisessä -suurin osa potilaista (93 %) ilmoitti haluavansa oppia miten omalla toiminnalla voisi parantaa hoitonsa turvallisuutta. -Hieman vajaa puolet potilaista arvioi pystyvänsä tunnistamaan virheitä -n. neljä potilasta kymmenestä arvioi pystyvänsä tunnistamaan läheltä piti-tilanteita.</p>
<p>El-Jardali, F. Jaafar, M. Dimassi, H. Jamal, D. Hamdan, R. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: A study Baseline. International Journal of Quality in Health Care, 22. 386-395. Libanon</p>	<p>Tutkimusartikkeli kvantitatiivinen poikkileikkaus-tutkimus Arabialainen versio HSCSP mittarista</p>	<p>68 sairaalaa n=6807 sairaalan henkilökuntaa</p>	<p>-Korkein positiivinen tulos: tiimiyö yksikön sisällä, johdon tuki potilasturvallisuusasioissa, organisaation oppiminen ja jatkuva kehittyminen.</p>

			<p>-Heikoin tulos: tiimityö sairaalan sisällä, siirtymiset, henkilöstömitoitus, rankaisematon ilmapiiri.</p> <p>-yli 70 % vastaajista antoi hyvän tai erittäin hyvän potilasturvallisuusarvosanan yksikkönsä toiminnasta.</p> <p>-Suurin osa sairaanhoitajista ei ilmoittanut yhtään haittatapah- tumaa viimeisen 12kk:n aikana.</p>
<p>Feng, X. Bobay, K. Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 63. 310-319. USA</p>	<p>Tutkimusartikkeli käsiteanalyysi Caron & Bowerin metodi</p>	<p>45 artikkelia, 3 kirjaa, 3 lopputyötä,</p>	<p>-Potilasturvallisuuskulttuuri on hoitajien potilasturvallisuutta kohtaan jaetuista arvoista ja uskomuksista koostuva tuote. Se on hoitajien yleistä ymmärrystä potilasturvallisuutta kohtaan, ja se on dynaamisessa vuorovaiku- tuksessa ihmisten, tehtävien ja systeemin välillä.</p> <p>-Potilasturvallisuuskulttuuri on osa organisaation kulttuuria.</p> <p>-Neljä sub-dimensiota: systeemi: sisältää organisaation sitoutumi- sen ja johdon tuen; yksilö: sisältää henkilökohtaisen professionaali- sen osaamisen sekä sitoutumisen; tehtäväkohtaisuus on yhteydessä hoitajan arvoihin ja uskomuksiin ja sitä kautta yhteydessä tehtävä- kohtaiseen turvallisuuteen; vuo- rovaikutus, sisältää kommunika- tion ja yhteistyön. Kommunika- tion tulee olla avointa ja syyllis- tämätöntä. Yhteistyö sisältää erityisesti yhteistyön potilaan ja potilaan läheisten kanssa.</p>
<p>Sammer, C.E. Lykens, K. Singh, K.P. Mains, D.A. Lackan, N.A. (2010). What is patient safety culture? A review of the</p>	<p>Tutkimusartikkeli Kvalitatiivinen meta-analyysi</p>	<p>Mukana 38 artikkelia</p>	<p>Seitsemän sub-dimensiota: Johtaminen (johtajien tietoisuus</p>

<p>literature. Journal of Nursing Scholarship, 42. 156-165. USA</p>			<p>terveydenhuollon korkean riskin ympäristöstä, henkilöstö asiat), tiimityö (collegiaalisuuden henki, yhteistyö eri toimijoiden välillä, yhteistyö on avointa, turvallista, kunnioittavaa ja joustavaa), näyttöön perustuminen (hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon, toiminta on standardoitua variaation välttämiseksi, prosessit suunnitellaan tavoittelemaan korkeaa reliabiliteettiä) kommunikaatio (ilmapiiri, jossa yksilöllä professionaalista taustastaan riippumatta on oikeus ja velvollisuus puhua potilaan puolesta), oppiminen (sairaala oppii virheistään ja etsii uusia mahdollisuuksia kehittyäkseen. Oppimista arvioidaan koko henkilöstön tasolla), tasa-arvo (virheet nähdään systeemisinä, ei yksilökohtaisina), potilaskeskeisyys (Hoitotyö on potilas- ja perhekeskeistä).</p>
<p>Groves, P. S. Meisenbach, R. J. Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: structuration theory of safety culture. Journal of Advanced Nursing, 67. 1846-1855. USA</p>	<p>Tieteellinen artikkeli Discussion paper kirjallisuuskatsaus</p>		<p>Potilasturvallisuuskulttuuri on yksittäisen toimijan sekä organisaation rakenteen muodostama systeemi. Erityisesti sairaanhoitajat toteuttavat näitä arvoja kommunikoidessaan ja toimiessaan käytännössä, muodostaen näin organisatorisen potilasturvallisuuskulttuurin joka mahdollistaa jäsentensä toiminnan potilasturvallisuuden takaamiseksi. Sairaanhoitajat ovat "agentteja", jotka ovat terveydenhuoltokentän avainasemassa puhuttaessa potilasturvallisuuskulttuurista. Sai-</p>

			<p>raanhoitajilla on runsaasti tietoa heidän sosiaalisesta maailmastaan, ja he pystyvät käymään keskustelua omasta toiminnastaan. Sairaanhoitajat voivat olla tietoisia potilasturvallisuudesta, kokemuksensa, sekä ammatillisen sekä organisaation puolesta saadun koulutuksensa vuoksi. Sairaanhoitajat reflektivat omaa toimintaansa, ja pystyvät yleensä kuvailemaan toimintaansa potilasturvallisuuden näkökulmasta omalla terveydenhuollon osa-alueellaan.</p> <p>Sairaanhoitajien ja hoitotyönjohtajien ymmärrys oman roolinsa merkittävyydestä potilasturvallisuuskulttuurin muodostumisessa on avainasemassa potilasturvallisuuden kannalta.</p> <p>Sosiaaliset rankenteet sekä yksittäisen hoitajan rooli ovat yhtä tärkeitä!</p>
<p>Chang, Y. & Mark, B. (2011). Effects of learning climate and registered nurse staffing on medication errors. <i>Nursing Research</i>, 60 (1). 32-39. USA</p>	<p>Tutkimusartikkeli poikkileikkaustutkimus</p>	<p>146 sairaalaa 286 kirurgista yksikköä n=4954 sairaanhoitajaa n=2744 aikuispotilasta</p>	<p>-Positiivisen oppimisympäristön vallitessa työyhteisössä, sairaanhoitajat ovat todennäköisemmin tietoisia mahdollisista virhetilanteista, koska he kommunikoivat ja miettivät häiritsevyyksiä usein.</p> <p>-Negatiivinen oppimisympäristö työyhteisössä voi estää sairaanhoitajien toimintaa ja avata aukkoja ja heikkouksia häiritsevyyksien muotoutumiselle, ennen kaikkea se voi estää virheiden selvittämisen.</p> <p>-Mitä positiivisempi oppimisympäristö, sitä vähemmän virheitä.</p>

			<p>päristö työyhteisössä, sitä vähemmän haittatapahtumia.</p> <p>-korkeammin koulutettujen sairaanhoitajien määrän lisääntyessä tiettyyn pisteeseen saakka, haittatapahtumien määrä väheni.</p>
<p>Singer, S. J. Falwell, A. Gaba, D. M. Meterko, M. Rosen, A. Hartmann, C. W. Baker, L. (2009). Identifying organizational cultures that promote patient safety. Health Care Management REVIEW, 34 (4). 300-311. USA</p>	<p>Tutkimusartikkeli Aineisto kerätty 2004 ja 2005 Patient Safety Climate in Healthcare Organisations (PSCHO) mittari Sekä CVF mittari</p>	<p>92 sairaalaa n=23998 pääasiassa esimiehiä, lääkäreitä ja pieni määrä muuta henkilökuntaa</p>	<p>-Organisaation kulttuurilla on suuri merkitys organisaation turvallisuuskulttuurin ilmapiiriin.</p> <p>-Potilasturvallisuus ilmapiiri oli parempi, kun sairaalassa panostettiin enemmän ryhmäyhteistyyöhön ja hierarkisuus oli vähäisempää.</p> <p>-Tiimityö on välttämätöntä hoitotyössä ja ongelmien ratkaisussa turvallisen ympäristön luomiseksi.</p>
<p>Smits, M. Wagner, C. Spreeuwenberg, P. van der Wal, G. Groenewegen, P. P. (2008). Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. Quality Safety Health Care, 18. 292-296. Hollanti</p>	<p>Tutkimusartikkeli Testataan HSOPS mittarin mittaussuorituskykyä ryhmä ja yksilön tasolla</p>	<p>19 sairaalaa 87 yksikköä n=1889 sairaalan henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää</p>	<p>-HSOPS mittaa ryhmän kulttuuria, ei ainoastaan yksilön asenteita</p> <p>-Interventoiden ohjaaminen yksikkötasolle näyttäisi olevan hyödyllisin tapa kehittää potilasturvallisuuskulttuuria</p>
<p>Kirk, S. Parker, D. Claridge, T. Esmail, A. Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Quality Safety Health Care, 16. 313-320. Iso-Britannia</p>	<p>Tutkimusartikkeli Kaksiosainen tutkimus 1. potilasturvallisuus kulttuurin "mallin" rakentaminen 2. "mallin" testaaminen Kirjallisuuskatsaus haastattelut</p>		<p>-Potilasturvallisuuskulttuuri on moniulotteinen ja dynaaminen</p> <p>-"etulinjan" työntekijöiden ja esimiesten näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista yksikössä tai organisaatiossa voivat olla eriäviä, sen vuoksi näiden kahden ryhmän välinen dialogi on erityisen tärkeää.</p>
<p>Blegen, M. A. Sehgal, N. L. Alldredge, B. K. Gearhart, S. Auerbach, A. A. Wachter, R. M. (2010). Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. Quality Safety</p>	<p>Tutkimusartikkeli Käytetään (HSPSC) mittaria mittaamaan erityisesti tiimityön ja kommunikaation osaa poti-</p>	<p>Interventiona "tiimityö" projekti, joka on toteutettu kolmessa profiililtaan erilaisessa sairaalassa</p>	<p>-Sairaanhoitajat arvioivat 75% osa-alueista positiivisemmin kuin lääkärit ja farmaseutit</p> <p>-sairaanhoitajat ovat jatkuvasti</p>

<p>Health Care, 19. 346-350. USA</p>	<p>lasturvallisuuskulttuurin kontekstissa ennen ja jälkeen Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) projektia</p>		<p>läsnä yksikössä ja potilaiden hoitotyössä, he työskentelevät potilasturvallisuusprosessin keskiössä, eivätkä ehkä siksi näe mahdollisia meneillään olevia ongelmia samalla tavoin kuin lääkärit tai farmaseutit.</p>
<p>Snijders, C. Boudewijn, J. K. van Lingen, R. A. Fetter, W. P. F. Molendijk, H. (2009). Which aspects of safety culture predict incident reporting behaviour in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. Critical Care Medicine, 37 (1). Hollanti</p>	<p>Tutkimusartikkeli AHRQ HSPSC mittari interventiotutkimus</p>	<p>8 vastasyntyneiden teho-osastoa 1 lasten kirurginen osasto koko henkilökunta v. 2005 n=700 v. 2006 n=670</p>	<p>-Pidemmän työuran omaavat arvioivat yleisesti yksikön potilasturvallisuuden huonommaksi. -Molempina vuosina suurin osa arvioi potilasturvallisuuden olevan hyväksyttävällä tasolla yksikössä. -positiivinen yhteys rankaisemattomalla ilmapiirillä ja vaarailmoitusten raportoimisella -negatiivinen yhteys vaaratapahtumien raportoimisella, yleisellä potilasturvallisuuden arviolla, sekä sairaalan johdon tuella. -Ei rankaiseva suhtautuminen virheisiin, sairaalan johdon tuki ja yleinen käsitys yksikön potilasturvallisuudesta edesauttavat vaaratapahtumien raportoimista.</p>
<p>Morath, J. (2011). Nurses create a culture of patient safety: It takes more than projects. Online Journal Of Issues in Nursing, 16 (3): 1. USA</p>	<p>Lehtiartikkeli</p>		<p>Sairaanhoidajat ovat terveydenhuollon etulinjassa, samoin he ovat etulinjassa puhuttaessa potilasturvallisuudesta, laadukkaasta hoitotyön prosessista sekä tuloksista. Sairaahoitajilta vaaditaan tarvittavien taitojen ymmärrystä ja kehittämistä, jotta he pystyvät työskentelemään hoitoprosessien parantamiseksi ja näkevät työnsä kehittämisen professionaalisen vastuunaan.</p>

			<p>Sairaanhoitajien tulee ymmärtää potilasturvallisuuden kompleksisuus sekä hoitotyön, että systeemin tasolla.</p> <p>Jokainen sairaanhoitaja tulee nähdä yksittäisenä hoitotyön tekijänä, sekä systeemin kehittäjänä, joka on valmis kehittämään hoitotyön systeemiä ja järjestelmää syyllistämättä yksilöä virheen tapahtuessa.</p> <p>-Korkean riskin organisaatiossa jokaisella tasolla jokaisen yksilön ensisijainen tehtävä on turvallisuuden takaaminen.</p> <p>-Turvallisuuskulttuuri voidaan saavuttaa ainoastaan yhteistyössä esimiesten ja etulinjan työntekijöiden kanssa.</p> <p>-Käyttämällä hyväkseen tietoa organisaation muutosprosesseista, inhimillisistä tekijöistä sekä turvallisuus tekijöistä, hoitotyön johtajat voivat johtaa yksilövas- tuista ja potilaskeskeistä oppivaa systeemiä kehittääkseen hoito- työn luotettavuutta ja potilastur- vallisuu- tta.</p>
<p>Feng, X. Q. Acord, L. Cheng, Y. J. Zeng, J. H. Song, J. P. (2011). The Relationship between management safety commitment and patient safety culture. International Nursing Review, 58. 249-254. Kiina</p>	<p>Tutkimusartikkeli kvantitatiivinen poikkileik- kaustutkimus Kyselytutkimus Managers' Safety Commitment Scale (MSCS) AHRQ (HSPSC) Demographic Data Form</p>	<p>Yliopistollinen sairaala n=20 hoitotyön johtajaa n=248 rekisteröityä sairaanhoitajaa (registered nurse) n=228 hoitotyöntekijää (staff nurse)</p>	<p>-turvallisuuteen sitoutuminen keskiarvo 8.32 visuaalisella asteikolla 0-10. -Hoitotyöntekijät arvioivat Potilasturvallisuuskulttuurin merkittävästi huonommaksi kuin hoitotyön johtajat. -Johdon sitoutuminen turvallisuuteen oli merkittävästi yhteydessä potilasturvallisuuskulttuuriin ja oli merkittävä tekijä poti-</p>

			<p>lasturvallisuuskulttuurin muodostumisessa.</p> <p>-Johdon sitoutuminen on yhteydessä potilasturvallisuus kulttuuriin. Positiivisen Potilasturvallisuuskulttuurin luomiseksi johdon tulee näkyvästi sitoutua potilasturvallisuuteen ja olla esimerkkinä toteuttamassa potilasturvallisuutta.</p>
Zohar, D. (2002). The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. <i>Journal of Organizational Behavior</i> , 23. 75-92.	Tutkimusartikkeli	n=411 metallialan työntekijää	<p>Johdon turvallisuuteen sitoutuminen voidaan nähdä kahtena mekanismina: suorana vaikuttamisena, jossa johtaja toimii roolimallina vaikuttaen työntekijöiden turvallisuuskäyttäytymiseen, tai epäsuorana vaikuttamisena, jossa johtaja jatkuvasti pyrkii osoittamaan ja vahvistamaan turvallisuuteen liittyviä normeja ja asenteita turvallisen ympäristön luomiseksi.</p>
Speroff, T. Nwosu, S. Greevy, R. Weinger, M. B. Talbot, T. R. Wall, R. J. Deshpande, J. K. France, D. J. Ely, E. W. Burgess, H. Englebright, J. Williams, M. V. Dittus, R. S. (2010). Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. <i>Quality Safety Health Care</i> , 19. 592-596. USA	Tutkimusartikkeli poikkileikkaustutkimus Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Safety Climate Survey (SCSc) Information and Analysis (IA)	40 sairaalaa n=1406 sairaanhoitajaa, avustavaa henkilökuntaa, lääkäreitä	<p>-Sairaalan organisaatiokulttuuri vaikuttaa turvallisuusilmapiiriin.</p> <p>-Organisaation kulttuuri on merkittävä potilasturvallisuus ilmapiiriin vaikuttava tekijä.</p> <p>-Ryhmäkulttuurin omaavissa sairaaloissa merkittävästi paremmat tulokset turvallisuusilmapiiristä kuin hierarkisen kulttuurin omaavissa sairaaloissa.</p> <p>-Lääkärit antoivat korkeampia tuloksia ryhmäkulttuurista, kun taas sairaanhoitajat ja muu henkilökunta antoi korkeamman tulokset hierarkiselle kulttuurille.</p> <p>-Ryhmäkulttuuri on positiivisesti</p>

			yhteydessä potilasturvallisuus yhteistyön ilmapiiriin, turvallisuusilmapiiriin, työtyytyväisyyteen, käsityksiin johtamisesta, työoloihin sekä informaatioon ja analyysiin.
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	Tutkimusartikkeli AHRQ: HSPSC	n=724 henkilöä : johtajia, sairaanhoitajia/kätilöitä, fysioterapeutteja, tekniikkoja, lääkäreitä.	<ul style="list-style-type: none"> % positiivisia vastauksia -vaaratapahtumien raportointi 59 -yleisnäkemyksen potilasturvallisuudesta 64 -Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden eistämiseksi 69 -oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa 74 -tiimityö yksikössä 64 -kommunikaation avoimuus 62 -palatue ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen 60 -henkilöstömitoitus 30 -johdon tuki potilasturvallisuudelle 28 -yksiköiden välinen tiimityö 30 -Siirtymiset 37 -ei- rankaiseva virheiden käsittely 35% -Eri ammattiryhmät antoivat erilaisia vastauksia, työkokemuksella ei ollut merkitystä. -Lääkärit kokivat kommunikaation avoimuuden paremmaksi (76%) kuin sairaanhoitajat/kätilöt (56%). -Sairanhoitajat/kätilöt arvioivat tiimityön sairaalan sisällä 26% positiivisia, mutta yksikössä 63%.
Huang, D. T. Clermont, G. Kong, L. Weissfeld, L. A. Sexton,	tutkimusartikkeli	30 tehohoidon yksikköä (intensive	-sairanhoitajat arvioivat potilas-

<p>B. J. Rowan, K. M. Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 22 (3). 151-161. USA</p>	<p>kohorttitutkimus</p>	<p>care unit) n=2103/4394 henkilökuntaa n=65978 potilasta</p>	<p>turvallisuuskulttuurin negatiivisemmin kuin lääkärit -huonompi arvio johtamisesta, oli merkittävästi yhteydessä korkeampaan potilaskuolleisuuteen. -matalampi arvio turvallisuusilmapiiristä, johdosta ja työtyytyväisyydestä olivat merkittävästi yhteydessä potilaan sairaalassa olon pituuteen.</p>
<p>Garrouste-Orgeas, M. Philippart, F. Bruel, C. Max, A. Lau, N. Misset, B. (2012). Overview of medical errors and adverse events. <i>Annals of Intensive Care</i>, 2.</p>	<p>Lehtiartikkeli katsaus</p>		<p>-Lääkehoidossa tapahtuvat virheet ovat yleisempiä, ja voivat aiheuttaa haittatapahtumia. -Virheet aiheutuvat inhimillisten tekijöiden sekä systeemisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. -Virheitä voidaan ennalta estää tehokkaimmin systeemitasolta, jolloin huomio on organisatorisissa virhetekijöissä, mieluummin kuin yksilön tekemien virheiden estämisessä. -Ihmisten tekemät virheet johtavat ihmisten ja systeemin välisestä interaktiosta . -Hoitotyöntekijöille kehitetyt interventiot, joiden tarkoituksena on lisätä keskittymistä ja tehokkuutta, eivät ole vaikuttavia keinoja , inhimillisiltä virheiltä ei yksikertaisesti voida välttyä. Sen sijaan, työolosuhteita kehittämällä virheiden syntyyn voidaan vaikuttaa.</p>
<p>Singer, S. Lin, S. Falwell, A. Gaba, D. Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. <i>Health Services Research</i>, 44. 399-421. USA</p>	<p>Tutkimusartikkeli poikkileikkaustutkimus</p>	<p>91 sairaalaa n=18223 sairaalan henkilökuntaa</p>	<p>-Sairaaloissa, joissa turvallisuusilmapiiriin kuului pelkoa syyllistämisestä ja häpeästä, oli merkittävästi korkeampi haittatapahtu-</p>

			<p>mien (AHRQ PSIs) riski.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etulinjan työntekijöiden arvioimana parempi turvallisuusilmapiiri on yhteydessä vähäisempiin haittatapahtumiin (PSIs). Samaa yhteyttä ei ollut esimiesten arvioiden perusteella. -Parempi arvio turvallisuusilmapiiristä on yhteydessä parempaan potilasturvallisuuteen.
<p>Sorra, J. S. Dyer N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. Health Services Research, 10. 199. USA</p>	<p>Tutkimusartikkeli Testattu AHRQ:n HSPSC mittaria</p>	<p>331 sairaalaa 2267 yksikköä n=50513 sairaalan henkilökuntaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> -12 kohtainen mittari sopii potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen sairaala, yksikkö ja yksilötasolla. -Mittarin vahvuutena on, että sillä voidaan määrittää lukuisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia avaintekijöitä niin yksikkötasolla kuin koko sairaalan tasolla. -Mittarilla saaduilla tuloksilla voidaan mm. määritellä kyseisellä hetkellä vallitsevaa potilasturvallisuuskulttuurin tilaa, lisätä henkilökunnan tietoisuutta potilasturvallisuudesta, arvioida potilasturvallisuus interventioiden sekä ohjelmien vaikuttavuutta, seurata kulttuurimuutoksen trendiä aikojen saatossa, suorittaa benchmarkingia muiden sairaaloisen kanssa. -HSOPS mittari on käännetty 18 eri kielelle ja on ollut käytössä yli 30 maassa.
<p>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</p>	<p>Tutkimusartikkeli taustatietolomake The Conditions of Workplace Effectiveness (CWEQ-II) mittari</p>	<p>n=102 rekisteröityä sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät kriittisesti sairaiden aikuispotilaiden parissa</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Voimaannuttava työympäristö ja Potilasturvallisuuskulttuuri ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa. Mitä voimaannuttavammaksi sairaanhoitajat kokivat työympä-

	HSPSC mittari		<p>ristönsä, sitä paremmaksi he arvioivat myös potilasturvallisuuskulttuurin.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hoitotyön johtajien tulee mahdollistaa sairaanhoitajille voimaannuttava työympäristö. HSOPSC: % positiivisa -vaaratapahtumien raportointi 47,72 -yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta 49,74 -Lähijohtajan odotukset 68,88 -organisaation oppiminen 68,37 -tiimityö yksikössä 74,4 -kommunikaatkon avoimuus 60,57 -palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen 60,37 -ei rankaiseva virheiden käsittely 21,09 -henkilöstömitoitus 39,12 -sairaalan johdon tuki potilasturvallisuudelle 52,38 -yksiköiden välinen tiimityö 42,37 -siirtymiset 43,37 <p>-Työvuosien lisääntyessä, tiimityö yksikön sisällä arvioitiin huonommaksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> -62,5% vastaajista ei ollut raportoinut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen vuoden aikana.
<p>Suñol, R. Vallejo, P. Groene, O. Escaramis, G. Thompson, A. Kutryba, A. Garel, P. (2009). Implementation of patient safety strategies in European hospitals. <i>Quality Safety Health Care</i>, 18. (suppl.) 56-61. EU</p>	Tutkimusartikkeli	n=389 akuuttisairaala kahdeksasta eri EU maasta	<ul style="list-style-type: none"> -Tutkimuksen mukaan Euroopallaiset sairaalat ovat jo kehittäneet rakenteita ja suunnitelmia potilasturvallisuuden hallinnoimiseksi. -Tutkimuksen perusteella näyttää

			<p>sille, että euroopassa potilasturvallisuuteen liittyvät rakenteet, toiminta ja tulokset eivät ole yhtä kehittyneitä kuin USA:ssa.</p> <p>-esimiestyöskentelyä tulisi kehittää merkittävästi, vaaratapahtumien ja komplikaatioiden systemaattinen raportointi ylemmille tahoille oli mitätöntä.</p>
<p>Sosiaali- ja terveysministeriön selviytyksiä 2008:4. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. Suomi</p>	<p>Raportti</p>	<p>n=68 (3 yliopistollista sairaalaa 12 keskussairaalaa 26 terveyskeskusta 27 vanhainkotiä ja palvelutaloa)</p>	<p>-Potilasturvallisuus sisältyi usein organisaatioiden yleiseen turvallisuussuunnitteluun, mutta oli hieman harvemmin osa laadunhallintajärjestelmää, johon potilasturvallisuus oleellisesti kuuluu.</p> <p>-Potilasturvallisuustyökaluista yleisimmin käytössä olivat Terveystietokannat kautta saatavat maksuttomat tietokannat. Poikkeamailmoitus oli käytössä yleisemmin kuin lääkehoitosuunnitelma tai riskien arviointi.</p> <p>-Tietoa poikkeamista, haitoista ja häiritsevistä tapahtumista käsiteltiin kaikissa niitä keränneissä organisaatioissa. Organisaation johto käsittelee yleisimmin viranomaisien ratkaisut, potilaiden ja omaisten tekemät muistutukset sekä potilasasiamiehelle tuleen tiedon ja terveydenhuollon työyksiköt käsittelevät henkilöstön tekemät poikkeamailmoitukset.</p> <p>-Nimenomaan potilasturvallisuuden edistämiseksi sovitut vastuut ja rakenteet olivat vielä harvinaisia tai vastuu liittyi työntekijän organisatoriseen asemaan linja-</p>

			<p>organisaation mukaisesti. Potilasturvallisuusjohtaminen nähdään osana johtamista.</p> <p>Potilasturvallisuuden vastuuhenkilö oli nimetty n. joka kolmannen organisaatioon. Niistä yli puolessa vastuu henkilö kuului toimintayksikön johtoryhmään. Vastuuhenkilön tehtävät oli usein jaettu useille henkilöille, vastuuhenkilöinä toimivat esimerkiksi johtava ylilääkäri, hallintoylihoitaja, turvallisuuspäällikkö, ylihoitaja, vanhustyön johtaja, vanhainkodin johtaja, osastonhoitaja ja sairaanhoitaja.</p> <p>-Poikkeamailmoitukset olivat käytössä jo melko yleisesti, mutta niiden seuranta ei vielä aina ollut järjestelmällistä.</p> <p>-Vaikka johdon ja henkilöstön sitoutumista potilasturvallisuuden edistämistyöhön ei epäilty, kiire koettiin haittaavana.</p>
AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 Usen Comparative Database Report. Publication No 12-0017. USA	Tutkimusraportti	1128 sairaalaa n=567703 sairaalan henkilökuntaan n=191 381 sairaanhoitajaa	<p>kaikki vastaajat: Keskimäärin positiivisia vastauksia %</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yksikön sisäinen tiimityö 88 -Lähijohtajien odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi 75 -Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa 72 -johdon tuki potilasturvallisuudelle 72 -yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta 66 -palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen 64 -vaaratapahtumien raportointi 63

			<p>-kommunikaation avoimuus 62 -yksiköiden välinen tiimityö 58 -ei rankaiseva virheiden käsittely 44 -siirtymiset ja vuoron vaihdot 45 -henkilöstömitoitus 56 -ei yhtään ilmoitettua vaaratapah- tumaa viimeisen vuoden aikana 55%</p> <p>vastaajina sairaanhoitajat, keski- määrin positiivisia %: -Yksikön sisäinen tiimityö 80 -Lähijohtajien odotukset ja toi- minta potilasturvallisuuden edis- tämiseksi 73 -Oppiminen ja jatkuva kehittä- minen organisaatiossa 72 -johdon tuki potilasturvallisu- delle 67 -yleisnäkemykset potilasturvalli- suudesta 61 -palaute ja kommunikaatio vaara- tapahtumiin liittyen 61 -vaaratapahtumien raportointi 63 -kommunikaation avoimuus 60 -yksiköiden välinen tiimityö 56 -ei rankaiseva virheiden käsittely 43 -siirtymiset ja vuoron vaihdot 48 -henkilöstömitoitus 58 -ei yhtään ilmoitettua vaarata- phtumaa viimeisen vuoden aikana 32%</p>
Varis, M. (2011). Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Pro gradu –tutkielma. Hoitotie- teenlaitos. Itsä-Suomen yliopisto.	Kvalitatiivinen tutkimus induktiivinen sisällön analyysi	N=333 sairaalahenkilökuntaa	-6 potilasturvallisuutta edistävää tekijää: riittävät henkilövoimavarat johdon tuki tilanteiden ennakointi

			<p>perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta työyhteisön hyvä ilmapiiri Hairpro järjestelmä -Heikentävät tekijät jaettiin kahteen ryhmään: Potilaan hoitoon liittyvät tekijät: moninainen potilaskirjo tilojen ja välineistön ongelmat hoitotilanteiden vaihtelevaisuus ylipaikalla olevat potilaat potilasvalvonnan ongelmallisuus ohjauskäytäntöjen epäselvyydet ja puutteellisuudet potilassiirtoihin liittyvät ongelmat hoitoon pääsyn viivästyminen Terveystieteiden henkilöstöön liittyvät tekijät: viestintää ja johdon toimintaan liittyvät ongelmat riittämättömät henkilökunta-resurssit toimimaton yhteistyö -Potilasturvallisuuskulttuurin luominen edellyttää yhteistyötä, myönteistä asennetta ja muutokkykyisyyttä, etenkin potilaiden huomioimista entistä enemmän toimintaan mukaan. Potilasturvallisuuden avaintekijöinä ovat johdon toiminta ja tuki sekä riittävät henkilöstöresurssit kohdennettuina potilashoitaisuuden mukaan.</p>
Kinnunen, M. (2010). Virheistä oppimisen esteet ja mahdollis-	Laadullinen tutkimus		Organisaation virheistä oppimi-

<p>tajat organisaatiossa. Väitöskirja. Kauppatieteiden tiedekunta. Vaasan yliopisto.</p>			<p>nen hahmottui viisiportaisena prosessina yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla ja niiden rajapinnoilla. Yksilö- ja työyhteisötasolla oppiminen tapahtuu keskustelemalla ja etsimällä yhteisiä näkemyksiä, mikä edellyttää valmiuksia ja systemaattisia toimintatapoja virheistä keskusteluun. Ihannetilanteessa ei etsitä syällisiä, vaan yhteisenä tavoitteena on systeemin kehittäminen ja virheiden syiden selvittäminen. Tutkimuksen tulosten mukaan johtotason ja työntekijätason näkemykset eivät kohtaa. Työntekijätasolla odotetaan johdon tarttuvan virheisiin ja johtotasolla odotetaan virheistä oppimisen tapahtuvan työntekijätasolla. Työntekijätasolla priorisoidaan usein työn nopeaa jatkamista virheen syiden selvittämisen sijaan. Esteenä on myös vaikeus hyväksyä omia virheitä. Avoin keskustelu edistää virheistä oppimista. Johdolla on keskeinen rooli sen virittäjänä ja käytännön mahdollistajana. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. Oppimisprosessin tulisi olla määritelty. Oppimisen mahdollistajia ovat muun muassa avoin ja keskusteleva</p>
--	--	--	--

			ilmapiiri, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen, esimiesten tuki, sekä systemaattinen ja vastuutettu tiedonsiirto.
Patient Safety and quality of healthcare full report. (2010). Special Eurobarometer. European Commission. Saatavilla 16.8.2012 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf	tutkimusraportti	n=26 663 asukasta ympäri Eurooppaa	-Melkein puolet vastanneista tunsivat että voivat kokea haittaa terveydenhuollon toimesta. -suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että haitta ilmenee sairaalainfektioina tai väärinä, huomaamatta jääneinä tai myöhästyneinä diagnooseina. -yli 25% vastanneista oli sitä mieltä, että he itse, tai heidän perheensä jäsen on kokenut haittatapahtuman terveydenhuollossa. Nämä tapahtumat ovat pitkälti jääneet raportoimatta. -29% vastanneista ei tiennyt kuka heidän maassaan vastaa potilasturvallisuudesta. -Laadukkaan terveydenhuollon tärkeimpiä kriteereitä ovat hyvin koulutettu henkilökunta ja tehokkaat hoitomenetelmät.
Pietikäinen, E. Reiman, T. Oedewald, P. (2008). Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT. Edita Prima: Helsinki.	Tutkimusraportti	4 erikoissairaanhoitopiiriä 1 perusterveydenhuollon yksikkö n=7131 terveydenhuollon henkilö-kuntaa	Organisatoriset ulottuvuudet: -yhtenä terveydenhuoltoorganisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuutena voidaan pitää lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja tiedonkulkua. -Päivittäisen yhteistyön koettiin sujuvan yksiköissä keskimäärin hyvin. Päivittäiseen työhön tarvittavan tiedon koettiin olevan helposti saatavilla. -lähiesimiestoiminta näyttäytyy terveydenhuollon turvallisuus-

			<p>kulttuurin vahvuutena. Lähiesimiestoiminta sai keskimäärin positiivisia arvioita, mutta arvioissa oli kuitenkin suurta vaihtelua.</p> <p>-Eritasoisten esimiesten toiminta ja suhtautuminen nousivat esiin keskeisinä potilasturvallisuustyön esim. vaaratapahtumaraportoinnin etenemiseen vaikuttavana tekijänä.</p> <p>-Monet esimiehistä kokivat olevansa potilasturvallisuuden varmistamisessa ”puun ja kuoren välissä”. Erityisesti resurssien hallinta sekä osaamisen varmistaminen ja koulutus olivat asioita, jotka esimiehet kokivat haasteiksi, ja joiden suhteen he näkivät vaikutusmahdollisuutensa rajallisiksi. Esimiehet pitivät jatkuvana kuormittavana tekijänä työssään erityisesti ammattitaitoisten uusin työntekijöiden rekrytointia ja perehdyttämisen haasteellisuutta.</p> <p>-Monet vastanneista korostivat organisaation ylimmän johdon roolia potilasturvallisuuden kehittämisessä.</p> <p>-Henkilökunnan määrää työtehtävistä suoriutumiseksi arvioitiin liian vähäiseksi.</p> <p>-Useissa yksiköissä fyysiset tilat koettiin potilasturvallisuuden näkökulmasta puuttelliseksi.</p> <p>Psykologiset ulottuvuudet:</p> <p>-Henkilöstö pitää potilaiden turvallisuudesta huolehtimista</p>
--	--	--	--

			<p>työnsö keskeisenä sisältönä.</p> <ul style="list-style-type: none">-Henkilöstöllä ei ollut kovin jäsentynyt käsitys siitä, minkä tyyppisiä vaaroja potilasturvallisuustyöllä pyritään vastustamaan.-Henkilöstön kommentteissa heijastui vahvasti käsitys potilasturvallisuudesta yksilötason virheiden välttämisenä. Osa tarkasteli turvallisuutta ensisijaisesti potilaan kokemuksen näkökulmasta ja katsoi hyvän potilasturvallisuuden olevan sitä, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi hoidossa ollessaan. <p>Sosiaaliset prosessit:</p> <ul style="list-style-type: none">-Potilasturvallisuus yhdistettiin vahvasti Haipro järjestelmään ja virheiden raportointiin.-Haipro oli havahduttavalla tavalla auttanut vastaajia kiinnittämään huomiota usein toistuviin ja ”normaaleihin” ongelmiin ja niiden laajuuteen. Ongelmien laajuus ja toistuvuus olivat yllättäviä. Haipro raportoinnin avulla aikaisemmin normalisoidut poikkeamat saivat uuden merkityksen turvallisuutta vaarantavina tapahtumina.-Lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja lähiesimiestoimintaa voidaan pitää terveydenhuoltoorganisaatioiden vahvuutena. Johdon toimintaa turvallisuuden varmistamiseksi, resurssien hallintaa ja muutosten hallintaan suhtauduttiin kriittisemmin.
--	--	--	--

			<p>-Potilasturvallisuutta ajatellaan usein yksilötasolla, yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen toimintana tai se voidaan sekoittaa potilaan turvallisuuden tunteeseen. Potilasturvallisuus ymmärretään hyvin virhelähtöisesti, eli turvallisuutta lähestytään negatiivisen kautta.</p>
<p>Kvist, T. Mäntynen, R. Turunen, H. Partanen, P. Miettinen, M. Wolf, G. A. Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes. Journal of Nursing Management.</p>	<p>Tutkimusartikkeli -Transformational Leadership Scale -The Kuopio University Hospital Job Satisfaction Scale -AHRQ:n HSPSC -Revised Humane Caring Scale</p>	<p>4 sairaalaa (1 yliopistollinen sairaala, 3 keskussairaalaa) n=2566 potilasta n=1151 hoitohenkilökunta (transformationaalisesta johtamisesta) n=2707 hoitohenkilökuntaa (tyytyväisyydestä) n=925 hoitohenkilökuntaa potilasturvallisuuskulttuurista</p>	<p>- Hoitohenkilökuntaa ei palkittu riittävästi, eivätkä he saaneet riittävästi palautetta. -Erityisesti palautteen antaminen ja palkitseminen täytyy ottaa osaksi jokapäiväistä työtä, se on erittäin tärkeää potilasturvallisuuskulttuurin kannalta, sillä se mahdollistaa jatkuvan oppimisen. -Turvallisuuskulttuurin tulee olla laadukkaan hoitotyön kehittämisen keskiössä. Ilmapiiriin tulee olla sairaalassa ja yksiköissä avoin keskustelulle virheistä ja hyvistä käytänteistä. -Potilasturvallisuuskulttuuri on moniulotteinen ilmiö, joka saattaa olla vastaajille tuntematon. -Potilasturvallisuuskulttuuri oli alle tavoite tason kaikilla osaluilla. Ja vaihtelu mukana olleiden neljän sairaalan välillä oli suurta. -Hoitajat arvioivat, ettei hoitohenkilökunnan määrä ollut aina adekvaattia, ja että heillä ei ollut aina riittävästi aikaa potilaille.</p>
<p>Koivunen, E. Kankkunen, P. Suominen, T. (2007). Henkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö, 5 (3). 10–15.</p>	<p>Tutkimusartikkeli Interventio tutkimus kysely lähetettiin samoilta hen-</p>	<p>1 sairaala 10 toimintayksikköä huhtikuu n=261sairaalan henkilö-</p>	<p>-hoitovirheiden syynä kiire, liian vähäinen henkilökuntamäärä, riittämätön perehdytys ja työ-</p>

	<p>kilöille huhtikuussa 2004 sekä elokuussa 2004</p>	<p>kuntaa, joista sairaanhoitajia 69 % (n=180) elokuu n=161 sairaalan henkilökuntaa, joista sairaanhoitajia 81 % (n=131)</p>	<p>paikkakoulutus, kokemattoman henkilökunnan riittämätön tuensaanti -Hoitovirheet jäävät raportoimatta kiireestä johtuvan unohtamisen vuoksi. -parhaaksi virheen ilmoittamistavaksi koettiin omalla nimellä omalle esimiehelle ilmoittaminen.</p>
--	--	--	--