

Opinnäytetyö YAMK

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2013

Tea Sundin

# POTILASTURVALLISUUS- KULTTUURI TURUN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tea Sundin

## POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI TURUN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

Potilasturvallisuus on keskeinen hyvän ja laadukkaan hoitotyön osatekijä. Potilasturvallisuutta voidaan ymmärtää tunnistamalla niitä rakenteita, käsityksiä ja kokemuksia, joiden varassa organisaatio potilasturvallisuutta toteuttaa ja kehittää.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa lähtöarvio Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin tilasta ja tuottaa kehittämisohjeita sen edistämiseksi. Projekti perustui tutkimukseen, jolla selvitettiin kotihoidon työntekijöiden käsityksiä kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista. Kartoitusta toteutettiin käyttäen Teknologian tutkimuskeskuksen VTT:n turvallisuuskulttuuri – kyselyä.

Kysely osoitettiin koko henkilökunnalle (N = 659) ja kartoituksen vastausprosentti oli 19,3 % (n = 127). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin hyödyntäen turvallisuuskulttuurikyselyyn liittyvän mittausmallin organisatorisia ja psykologisia teemoja. Kyselyn avoimessa kysymyksessä vastaajat nostivat esiin mielestään tärkeitä potilasturvallisuuteen liittyviä kehityskohteita kotihoidossa.

Kartoituksen tulosten perusteella Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin psykologisten ulottuvuuksien voidaan arvioida olevan hyvällä tasolla ja organisatoristen ulottuvuuksien kohtuullisen hyvällä tasolla. Vastaajat kokevat työnsä erittäin tärkeäksi ja potilasturvallisuus nähdään keskeisenä omaa työtä ohjaavana arvona. Kotihoidon henkilökunta on valpas havaitsemaan ja tunnistamaan potilasturvallisuuteen liittyviä asioita. Muutosten hallinta näyttää toteutuvan kotihoidon organisaatiossa melko huonosti. Tätä mieltä ovat niin esimiesasemassa olevat kuin ei-esimiesasemassa olevat vastaajat. Vastaajien mielestä kotihoidossa työskentelee henkilöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita turvalliseen toimintaan. Lisäksi syyllistämisen pelko saattaa vaikeuttaa virheiden myöntämistä.

Tulosten pohjalta kotihoidon johto ja työntekijät voivat tarkastella organisaatiokulttuuriaan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kehityskohteiksi nousivat kartoituksen perusteella hallinnan tunne, turvallisuusjohtaminen, turvallisuuden ennakointi ja vaarojen, muutosten ja ulkopuolisten toimijoiden hallinta. Teoreettisen viitekehyksen kehittämisohjeille antaa VTT:n ja yhteistyökumppaneiden kehittämä potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli.

ASIASANAT: Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, turvallisuuskulttuurin arviointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Management and Leadership | Healthcare

May 31<sup>st</sup> 2013 | Total number of pages 122

Tea Sundin

# PATIENT SAFETY CULTURE IN TURKU HOME CARE

Patient safety is an essential factor in good and high quality care work. Patient safety can be understood by identifying those structures, comprehensions and experiences upon which the organization carries out and improves patient safety.

The aim of this development project was to give a preliminary evaluation of the state of the patient safety culture in home care in Turku and to produce development suggestions for its improvement. The project was based on a study where home care workers were asked about their views on the organisational and psychological dimensions of the patient safety culture. The survey was implemented by using the survey of Technical Research Centre of Finland (VTT) on safety culture.

The survey was directed to the whole personnel (N = 659), and the response rate of the survey was 19.3% (n = 127). The material was analysed by statistical methods by utilizing organisational and psychological themes of the measurement model related to the safety culture survey. In the open question of the survey, the respondents expressed important development goals related to patient safety in home care.

Based on the results of the survey, the psychological dimensions of the patient safety culture in the home care in Turku was able to be evaluated as being on a good level and the organisational dimensions on a reasonably good level. The respondents felt that their work was very important, and patient safety was found to be an essential value guiding their own work. The personnel in the home care were alert to notice and recognize matters related to patient safety. Change management appeared to have been realized in a fairly poor way. This was the opinion of the respondents in both supervisory and non-supervisory position. The respondents thought that there were persons working in the home care that were not committed enough to a safe activity. Furthermore, fear of being made feel guilty may make recognizing one's mistakes more difficult.

On the basis of the results, the management and the personnel of the home care are able to study their organisational culture from the point of view of patient safety. Based on the survey, sense of control, safety management, proactive improvement of safety and control of dangers, changes and external operators were raised as development goals. The theoretical framework for development suggestions is given by the management model of adaptive patient safety, developed by the VTT and its partners for cooperation.

**KEYWORDS:** patient safety, patient safety culture, evaluation of safety culture

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>7</b>
2.1 Kohdeorganisaatio ja kehittämisprojektin tarve	7
2.2 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	11
2.3 Kehittämisprojektin aikataulu, kulku ja projektiorganisaatio	12
<b>3 POTILASTURVALLISUUS</b>	<b>13</b>
3.1 Käsitelmäärittelyä	13
3.2 Lainsäädäntö ja potilasturvallisuuden edistäminen Suomessa	15
3.3 Kun potilasturvallisuus pettää	18
3.4 Systeeminäkökulma potilasturvallisuuteen	19
3.5 Potilasturvallisuus kotihoidon näkökulmasta	22
<b>4 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI</b>	<b>27</b>
4.1 Organisaatiokulttuuri	27
4.2 Potilasturvallisuuskulttuuri	29
4.2.1 Organisatoriset ulottuvuudet	31
4.2.2 Psykologiset ulottuvuudet	34
4.2.3 Sosiaaliset prosessit	34
4.3 Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi	36
4.4 Potilasturvallisuuskulttuuri kehittämiskohteena	41
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO</b>	<b>49</b>
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	49
5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	50
5.3 Aineiston analyysi	51
<b>6 KYSELYN TULOKSET</b>	<b>55</b>
6.1 Taustamuuttujien tarkastelu	55
6.2 Organisatoriset ulottuvuudet	58
6.3 Psykologiset ulottuvuudet	60

6.4	Kontrollimuuttajat ja niiden yhteys organisatorisiin ja psykologisiin ulottuvuuksiin	61
6.5	Taustamuuttajien yhteys organisatorisiin ja psykologisiin ulottuvuuksiin sekä kontrollimuuttajiin	64
6.6	Sisällönanalyysin tulokset	71
<b>7</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>75</b>
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	75
7.2	Eettiset näkökohdat	82
7.3	Luotettavuuden tarkastelu	84
<b>8</b>	<b>KEHITTÄMISEHDOTUKSET</b>	<b>86</b>
<b>9</b>	<b>KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI</b>	<b>98</b>
	<b>LÄHTEET</b>	<b>102</b>
	<b>LIITTEET</b>	
	Liite 1. Saatekirje.	
	Liite 2. Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.	
	Liite 3. Frekvenssitaulukot.	
	Liite 4. Korrelaatiomatriisit.	
	<b>KUVIOT</b>	
	Kuvio 1. Kotihoidon vastualueen organisaatio.	9
	Kuvio 2. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet.	14
	Kuvio 3. Malli organisaatiokulttuurin elementeistä.	28
	Kuvio 4. Turvallisuskulttuurin psykologiset ja organisatoriset ulottuvuudet ja niiden kehittäminen.	44
	Kuvio 5. Vastaajat henkilöstöryhmittäin.	55
	Kuvio 6. Vastaajien ikäjakauma.	56
	Kuvio 7. Vastaajien työkokemus kotihoidossa.	57
	Kuvio 8. Vastaajien työskentelyalue.	57
	Kuvio 9. Kontrollimuuttajien (työmotivaatio ja odotukset työtä kohtaan) yhteydet muutamiin psykologisiin ulottuvuuksiin.	62

Kuvio 10. Hallinnan tunne – muuttujan yhteys joihinkin kontrollimuuttujiin sekä potilasturvallisuushuoli – muuttujan yhteys joihinkin organisatorisiin ulottuvuuksiin.	63
Kuvio 11. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen periaatteet.	86
Kuvio 12. Työn hallinnan tunteen vahvistaminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	88
Kuvio 13. Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	90
Kuvio 14. Turvallisuusjohtaminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	92
Kuvio 15. Vaarojen hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	94
Kuvio 16. Muutosten hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	95
Kuvio 17. Ulkopuolisten toimijoiden hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.	97

## TAULUKOT

Taulukko 1. Turun kaupungin kotihoidon (alueet A ja B sekä kotiinkuntoutumistoiminta) henkilökuntamäärät ammattinimikkeittäin jaoteltuna, tilanne 22.10.2012.	10
Taulukko 2. Kehittämisprojektin vaiheet ja aikataulu.	12
Taulukko 3. Yksilö- ja systeemilähtöinen lähestyminen virheisiin.	21
Taulukko 4. Turvallisuuden organisatoriset ulottuvuudet.	31
Taulukko 5. Potilasturvallisuuskulttuurin keskeisten mittareiden peittoalueet lisättynä Tuku - mittarin peittoalueilla.	40
Taulukko 6. Organisatoristen ulottuvuuksien tunnusluvut.	58
Taulukko 7. Psykologisten ulottuvuuksien tunnusluvut.	60
Taulukko 8. Kontrollimuuttujien tunnusluvut.	61
Taulukko 9. Vastaajan henkilöstöryhmän yhteys organisatorisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin.	65
Taulukko 10. Vastaajan iän yhteys psykologisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin.	67
Taulukko 11. Kotihoidossa hankitun työkokemuksen pituuden yhteys kontrollimuuttujiin.	68
Taulukko 12. Organisatoriset ja psykologiset ulottuvuudet sekä kontrollimuuttujat työskentely - yksiköittäin.	69

Taulukko 13. Esimiesaseman väliset tilastollisesti merkitsevät erot organisa- torisissa ulottuvuuksissa ja kontrollimuuttujissa.	70
Taulukko 14. Projektin sisäiset riskit ja niiden hallinta.	100

# 1 JOHDANTO

Organisaation turvallisen toiminnan järjestämisen ja varmistamisen näkökulmasta terveydenhuoltoala on jäänyt jälkeen muihin korkean riskin aloihin verrattuna (STM 2009, 12). Nyt potilasturvallisuuden merkitys hyvän ja laadukkaan hoidon osatekijänä on kuitenkin tunnustettu niin kansainvälisesti kuin kotimaassakin. Potilasturvallisuusstrategia (2009) on luotu ohjaamaan suomalaista sosi-aali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä potilasturvallisuuskulttuuria ja edistämään sen toteutumista.

Potilasturvallisuudeltaan hyvässä organisaatiossa toimijat hyväksyvät henkilökohtaisesti vastuunsa omasta, työntekijöiden, potilaiden ja läheisten turvallisuudesta. Potilasturvallisuus asetetaan taloudellisten ja toiminnallisten tavoitteiden edelle ja tuloksellisten ja luotettavien turvallisuusjärjestelmien resursointiin ja organisointiin panostetaan. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin omaavassa työyhteisössä työntekijöitä rohkaistaan ja kannustetaan turvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, niistä keskustelemiseen ja niiden ratkaisemiseen sekä tuetaan järjestelmälähtöistä virheistä oppimista.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla on valmistunut potilasturvallisuussuunnitelma, jonka pohjalta jatketaan potilasturvallisuuden edistämistyötä. Kun organisaation turvallisuuskulttuuria halutaan tavoitteellisesti kehittää, on loogista aloittaa turvallisuuskulttuurin arvioinnista. Tämä kehittämisprojekti antaa lähtöarvion Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien tilasta ja kehittämis ehdotukset sen edistämiseksi. VTT:n kehittämän Tuku – kyselyn avulla on kartoitettu työntekijöiden käsityksiä näistä ulottuvuuksista. Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurissa havaittiin tämän kartoituksen perusteella paljon positiivista, mutta myös selkeitä kehittämiskohteita.



## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

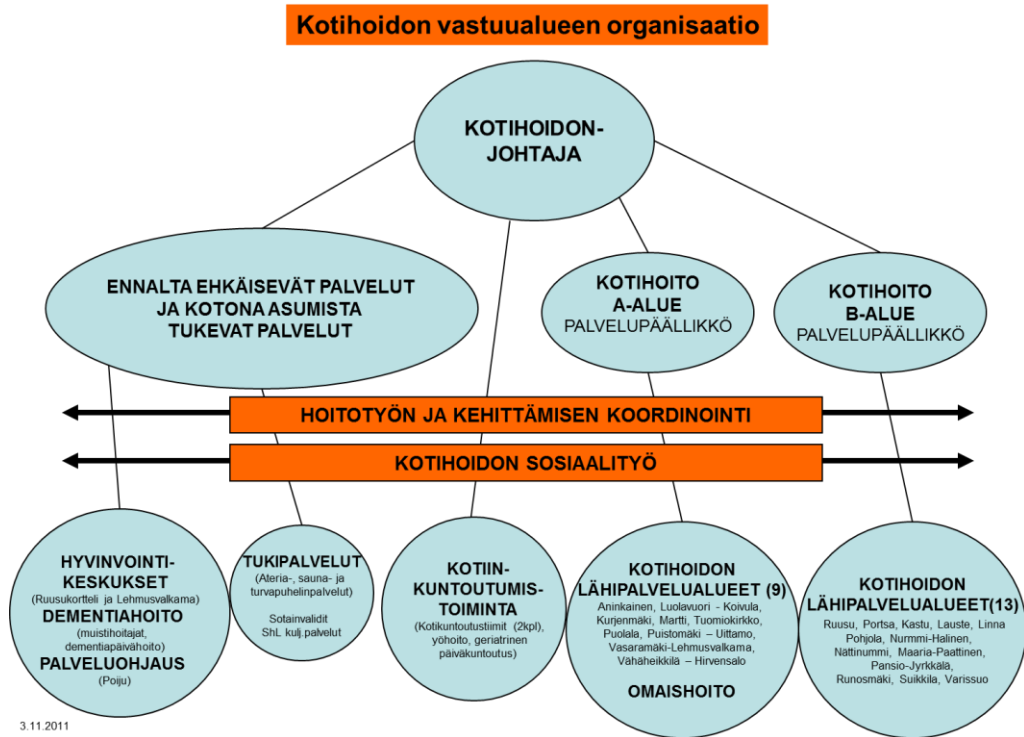
### 2.1 Kohdeorganisaatio ja kehittämisprojektin tarve

Kotihoidon tavoitteena Turun kaupungin ikääntymispoliittiseen strategiaan vuosille 2009–2012 (2009, 22) pohjautuen on, että ”turkulaiset ikäihmiset asuvat omissa kodeissaan riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvin niin pitkään kuin se on heidän toimintakykynsä huomioon ottaen mahdollista”. Toiminnalliseksi tavoitteiksi kotihoidolle strategiassa (2009, 22) määritellään seuraavat asiat:

- Jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen ja asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuva palvelu- ja hoitosuunnitelma.
- Kotihoidon asiakas ja mahdollisuuksien mukaan myös hänen omaisensa ovat aktiivisesti osallisina hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja arvioinnissa.
- Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle nimetään omahoitaja, jonka vastuulla on pääsääntöisesti huolehtia asiakkaan palveluista. Tällä omahoitajakäytännöllä pyritään varmistamaan palveluiden ja hoidon yksilöllisyys, jatkuvuus ja koordinointi.
- Asiakkailta kerätään säännöllistä asiakaspalautetta toiminnan kehittämisen turvaamiseksi.
- Kehitetään palveluista tiedottamista ja palveluohjausta.
- Asiakkaan terveyttä edistetään ja sairauksia ehkäistään terveellisten elämäntapojen edistämisen ja sairauksien tehokkaan hoidon keinoin.
- Kotihoidossa käytetään toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää työtettä. Sairaalahoidon jälkeen kotona asumisen jatkuvuutta turvataan kotiin annettavilla kuntoutuspalveluilla.
- Asiakkaan ravitsemus varmistetaan terveellisellä ja ikääntyneiden tarpeisiin sopivalla ruokavaliolla.
- Asiakkaan sosiaaliset ongelmat ja erityistarpeet tunnistetaan ja niihin pyritään ehkäisevästi puuttumaan sosiaalityön keinoin.

Ikääntyvien määrä Turussakin lisääntyy ja kotihoidon tarve samoin. Vuonna 2012 kotihoidon peittävyys oli 14.2 %. Peittävyyslukuun lasketaan ne 75 vuotta täyttäneet kotihoidon asiakkaat, joilla on laskentapäivänä voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Peittävyden tavoitearvo oli vuodelle 2012 14.0 %, joten tavoite ylitettiin. Vuonna 2013 peittävyden tavoitearvoksi asetettiin 14.0 %. Asiakkaiden kuntoisuuden ja toimintakyvyn laskuun on varauduttu kotihoidossa kohdistamalla palvelun painotus enemmän hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin ikääntyneisiin. (Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009–2012, 2009, 23; Turun kaupungin vuoden 2012 talousarvio ja vuosien 2012–2015 taloussuunnitelma 2011, 50; Turun kaupunki 2013a.)

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan laadunhallintastrategia vuosille 2011–2015 ohjaa myös kotihoidon toimintaa potilasturvallisuusnäkökulmasta. Strategiaassa on jalkautettu terveydenhuoltolain asettamat velvoitteet käytännön johtamiseen ja henkilöstön toimintaan tavoitteiden ja keinojen kuvaamisella. Myös palveluprosessien näkökulmasta korostetaan hyvinvointitoimialan kokonaisvaltaista panostusta turvallisuuteen. Keskeisiksi menettelytavoiksi on terveydenhuoltolain mukaisesti nostettu turvallisuusriskien ennakoiminen ja tunnistaminen, niiden hallinta ja ehkäisy, yhteiset raportointi- ja menettelytavat liittyen haitta- ja vahinkotapahtumiin, turvallista toimintaa tukeva johtaminen, turvallisuudesta vastaavien henkilöiden nimeäminen ja tehtävänkuvan kirjaaminen sekä virheistä oppiminen ja potilasturvallisuuden huomioiva perehdytys. (Turun kaupunki 2012, liite 4.)



Kuvio 1. Kotihoidon vastualueen organisaatio.

Yllä olevassa organisaatiokaaviossa (kuvio 1) kuvataan Turun kaupungin kotihoidon rakennetta. Kotihoito on jaettu maantieteellisesti alueisiin A ja B, joita johtavat palvelupäälliköt. Peruskotihoidon lisäksi ennaltaehkäisevät palvelut ja kotona asumista tukevat palvelut sekä kotiinkuntoutumistoiminta kuuluvat kotihoidon organisaatioon. Kotihoito on jaettu 22 lähipalvelualueeseen. Toiminnasta näissä vastaavat palveluesimiehet. Jokaisella lähipalvelualueella toimii 2 – 3 tiimiä. Kussakin tiimissä toimii ainakin yksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja, kotiavustaja ja hoitaja. Kotihoidon vastuulääkäreitä on viisi. (Kotihoidon perehdytysopas 2011.)

Taulukko 1 kuvaa Turun kaupungin kotihoidon henkilökuntamääriä ammatinimikkeittäin jaoteltuna. Taulukko kertoo peruskotihoidon ja kotiinkuntoutumistoiminnan henkilökuntamäärät sekä kotihoidon lääkäreiden määrän.

Taulukko 1. Turun kaupungin kotihoidon (alueet A ja B sekä kotiinkuntoutumistoiminta) henkilökuntamäärät ammattinimikkeittäin jaoteltuna, tilanne 22.10.2012 (Rauhala, henkilökohtainen tiedonanto 22.10.2012; Lämsä, henkilökohtainen tiedonanto 5.12.2012).

<b>Yhteensä</b>	<b>659</b>
Lääkärit	5
Lähiesimiehet	23
Sairaanhoitajia	59
Terveydenhoitajia	22
Perushoitajia	40
Lähihoitajia	304
Hoitajia	8
Kodinhoitajia	98
Kotiavustajia	100

Turun kaupungin kotihoidossa on käytössä HaiPro – vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Se on Teknologian Tutkimuskeskus VTT:ssä kehitetty potilas-turvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro on käytössä yli 160:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja sen kokonaiskäyttäjämäärä on yli 98 000. HaiPro - raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. (VTT 2012.)

HaiPro - raportointijärjestelmässä vaaratapahtumista ilmoittaminen on vaivatonta, nopeaa ja syyllistämätöntä. Ilmoittaminen tehdään sähköiselle lomakkeelle anonyymisti. Tallennuksen jälkeen ilmoitus ohjautuu jatkokäsittelyyn yksikkökohtaiselle käsittelijälle, joka luokittelee tapahtuman tarkemmin, pyytää lisäselvitystä tarvittaessa ilmoittajalta ja määrittelee ennaltaehkäisevät toimenpiteet. Käsittelijä ei missään vaiheessa saa tietoonsa, kuka ilmoituksen on tehnyt. Käsittelijä voi myös halutessaan ohjata ilmoituksen käsiteltäväksi ylemmälle organisaatiotasolle. (THL 2012d.)

HaiPro - raportointijärjestelmän käyttöönotto aloitettiin Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla, myös kotihoidon yksikössä vuonna 2009. Aluksi raportointi painottui lähinnä lääkepoikkeamiin. Raportointijärjestelmään tehtyjen ilmoitusten määrää seurataan vuosittain. Vuonna 2011 kotihoidossa tehtiin 349 vaaratapahtumailmoitusta. Näistä 28.4 % oli läheltä piti – tilanteita. Vuonna 2012 tehtiin

yhteensä 479 ilmoitusta, joista 30.5 % oli läheltä piti – tilanteita. (Ritvanen 2013a.) Vuodesta 2012 alkaen vaaratapahtumailmoituksen on voinut tehdä kuka tahansa asianosainen Turun kaupungin internetsivustolla.

Kotihoidon lääkehoitosuunnitelmassa (2011, 21 – 22) on sovittu vastuualueet ja toimintamenetelmät lääkehoidon poikkeamien osalta. Kuka tahansa kotihoidon työntekijä voi poikkeaman havaitessaan tehdä poikkeamailmoituksen raportointijärjestelmään. Ilmoitusten käsittelijöinä toimivat palveluesimiehet. Viikoittain ilmoitukset tulee käsitellä palveluesimiesten yhteisissä aluepalavereissa palvelupäällikön johdolla. Lisäksi kotihoidon lääkehoitotyöryhmä käsittelee raportteja kaksi kertaa vuodessa. Lääkehoitosuunnitelmassa on sovittu, että kaikki muut paitsi läheltä piti – tilanteet ilmoitetaan potilaalle. Kotihoidossa on tavoitteena poikkeamien ehkäisy ja tilanteista oppiminen. Palveluesimiehet ovat vastuussa ilmoitusten käsittelystä, tiedonkulusta ja kehittämistoimenpiteistä palvelualueellaan. Näihin liittyen palavereja on sovittu järjestettävän palvelualueilla kuukausittain. Palvelupäällikkö arvioi, milloin toimenpiteisiin on syytä ryhtyä. (Lääkehoitosuunnitelma 2011, 21 – 22.)

## 2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla on valmistunut potilasturvallisuussuunnitelma. Sen pohjalta jatketaan potilasturvallisuuden edistämistyötä. Tämä kehittämisprojektin välittöminä tavoitteina on antaa lähtöarvio kotihoidon organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tilasta ja kehittämisenäkökuilma ja – ehdotuksia sen edistämiseksi sekä tukea näin organisaatiota kehittämistyössä.

Pitkän ajan muutostavoitteena voidaan pitää kotihoidon organisaatiokulttuurin parantumista turvallisuuden näkökulmasta ja näin ollen potilasturvallisuuden parantumista. Potilasturvallisuuskulttuurin parantumista voidaan pitää Alasoinin (2007, 404) kuvaamana toisen asteen tuloksena, joka edistää potilasturvallisuuden parantumista myös projektin päätyttyä. Tämän kehittämisprojektin konk-

reettisena tuotoksena syntyvät kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin lähtöarvio ja sen pohjalta potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisehdotukset.

### 2.3 Kehittämiprojektin aikataulu, kulku ja projektiorganisaatio

Tämän kehittämisprojektin etenemisen vaiheet ja aikataulu kuvataan taulukossa 2. Siinä on kuvattu kehittämisprojektin eteneminen sen aloituksesta eli ideavaiheesta suunnitteluvaiheen ja toteutusvaiheen kautta projektin päätösvaiheeseen.

Taulukko 2. Kehittämisprojektin vaiheet ja aikataulu.

<b>PROJEKTIN ALOITUS (KEVÄT 2012)</b>
Projektiehdotus hyväksytään sekä toimeksiantajan että oppilaitoksen puolesta. Aloitetaan esiselvitystyönä kirjallisuuskatsaus ja arvioidaan edellytykset kehittämistyölle. Määritellään projektin alustavat tavoitteet ja tehtävät. Esiselvitys valmistuu ja se hyväksytään.
<b>PROJEKTIN SUUNNITTELU (KESÄ/SYKSY 2012)</b>
Laaditaan projektisuunnitelma, jossa määritellään projektin tavoite, tehtävät ja tuotokset tarkasti. Perustetaan projektiorganisaatio. Projektisuunnitelma hyväksytetään ja tutkimuslupa saadaan. Hankitaan mittari VTT:lta ja muokataan sitä sopivaksi kohdeorganisaatiolle. Perehdytään tilastollisen aineiston analyysimenetelmään. Projektitiedotus.
<b>PROJEKTIN TOTEUTUS (SYKSY 2012 - KEVÄT 2013)</b>
Projekti toteutetaan suunnitelman mukaisesti. Aineiston keruu, analysointi ja alustavat tulokset esitellään. Potilasturvallisuuskulttuurin lähtöarvio valmistuu ja kehittämisehdotukset määritellään sen pohjalta. Raaka-aineisto toimitetaan sovitusti VTT:lle. Raportti valmistuu.
<b>PROJEKTIN PÄÄTTÄMINEN (KEVÄT 2013)</b>
Tulosten julkistaminen. Raportin ja artikkelin julkistaminen. Projektin arviointi.

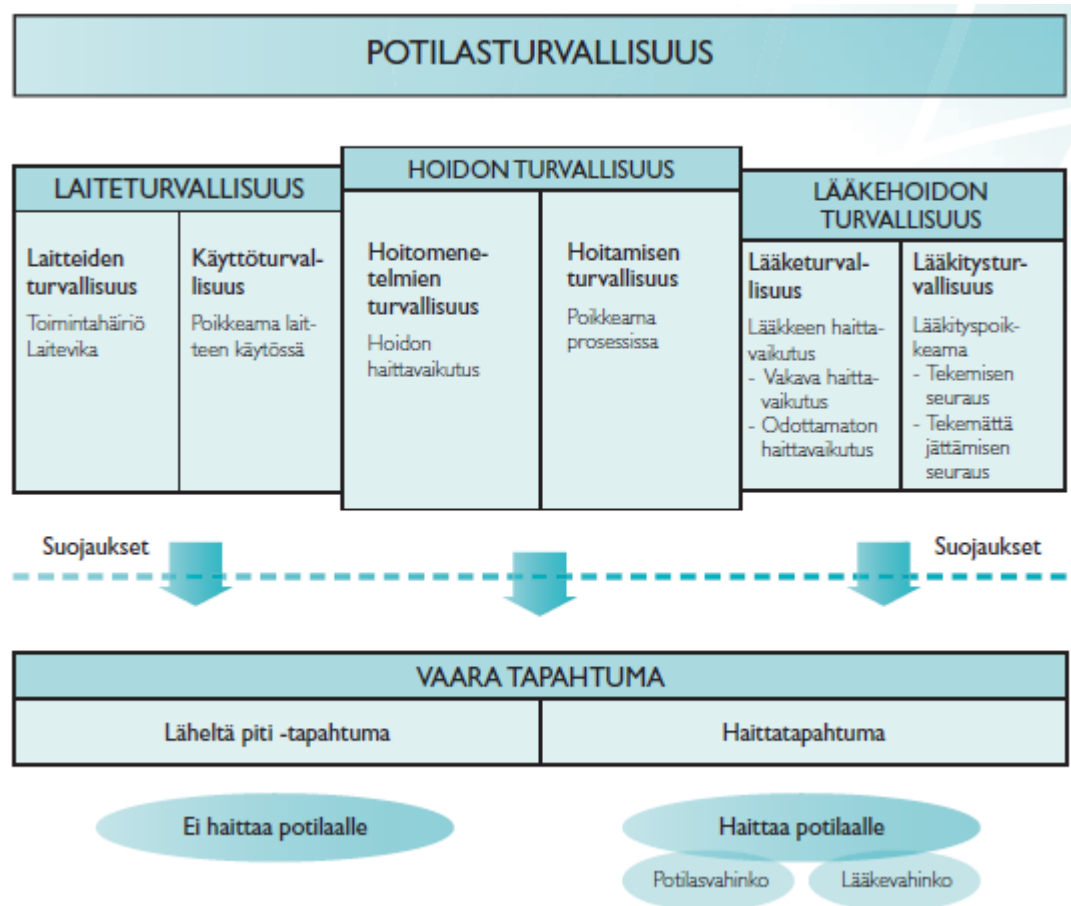
## 3 POTILASTURVALLISUUS

### 3.1 Käsitelmäärityä

Potilasturvallisuus (ruots. *patientsäkerhet*, engl. *patient safety*) on potilaaseen kohdistuvan terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Laadukas hoito on oikea-aikaista ja se toteutetaan turvallisesti ja oikein. Hoitava henkilökunta käyttää sellaisia vaikuttavia menetelmiä, jotka eivät aiheuta potilaalle tarpeetonta haittaa. Potilaan näkökulmasta hoito siis näyttää turvalliselta, mutta tämä ei tarkoita sitä, että hoito on riskitöntä. Haitalta on toistaiseksi välttytty, mutta läheltä piti – tilanteita on saattanut esiintyä ja riski on jatkuvasti olemassa. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan siis myös sellaisia aktiivisia menettelytapoja ja toimintoja, joiden avulla arvioidaan hoidon turvallisuutta ja minimoidaan riskit. Kuviossa 2 havainnollistetaan potilasturvallisuuteen liittyviä keskeisimpiä käsitteitä. (Helovuo ym. 2011, 12 – 13; Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; STM 2009, 11.)

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston mukaan potilasturvallisuuteen sisältyy *hoidon, lääkehoidon ja laitehoidon turvallisuus*. Voidaan ajatella, että hoidon turvallisuus sinällään jo pitää sisällään myös lääkehoidon ja laitehoidon turvallisuuden, mutta kuviossa 2 nämä on haluttu havainnollistaa itsenäisinä osa-alueina tärkeytensä vuoksi. Jokainen näistä kolmesta osa-alueesta pitää sisällään sekä *menetelmän turvallisuuden* että *hoitoprosessin turvallisuuden*. Menetelmän turvallisuutena nähdään hoitomenetelmien turvallisuus, laiteturvallisuus ja lääketurvallisuus. Kun potilasturvallisuus näillä osa-alueella peittää, puhutaan *haittavaikutuksesta* (engl. *adverse effect*). Hoitoprosessin turvallisuutta arvioidaan hoitamisen turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja (laitteiden) käyttöturvallisuuden näkökulmasta. Hoitoprosessin turvallisuus vaarantuu silloin, kun tapahtuu *poikkeama* (engl. *error*) suunnitellusta hoitoprosessista. (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5 - 7.) Linden-Lahti ym. (2009,

3433) havaitsivat tutkimuksessaan, että lääkityspoikkeamat ovat usein prosesseja, joihin liittyy useampia työntekijöitä tai erilaisia poikkeamatilanteita.



Kuvio 2. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5; STM 2009, 21).

*Vaaratapahtumalla* (engl. patient safety incident) kuviossa 2 tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka voi aiheuttaa tai aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtumia on kahdenlaisia; *läheltä piti – tapahtuma* (engl. near miss) on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa potilaalle haittaa, mutta tällä kertaa se onnistuttiin syystä tai toisesta välttämään. *Haittatapahtuma* (engl. adverse event) on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa potilaalle jonkin asteista haittaa. (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6-8.)



*Haitta* (engl. harm) on potilaalle tapahtuva tilapäinen tai pysyvä, ei-toivottu vaikutus. Haitan seurauksena potilaalle voi aiheutua *potilasvahinko* (engl. patient injury), jolla ymmärretään lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon, terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä tapahtuvaa henkilövahinkoa. Tämä voi olla, sairaus, vamma tai muu tilapäinen tai pysyvä terveydentilan heikentyminen tai kuolema. *Lääkevahinko* on potilaalle hänen käyttämän lääkkeen johdosta syntynyt sairaus tai vamma. *Suojauksilla* tarkoitetaan toimintaprosessiin tietoisesti ja järjestelmällisesti ”suunniteltuja ja sisältyviä rakenteita ja menetelmiä, joiden tarkoitus on tunnistaa haitalliset poikkeamat ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumaan”. (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6-8.)

### 3.2 Lainsäädäntö ja potilasturvallisuuden edistäminen Suomessa

Potilasturvallisuutta edistetään Suomen lainsäädännössä useiden lakien avulla. Keväällä 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki on myös edellyttänyt terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta vuoteen 2013 mennessä. Laki määrittelee potilasturvallisuussuunnitelmassa käsiteltävät ja sovittavat asiat ja menettelytavat, joilla potilasturvallisuutta toimintayksiköissä tullaan edistämään. THL on julkaissut Potilasturvallisuusoppaan (2011), jonka tarkoituksena on tukea organisaatioita potilasturvallisuutta edistävän lainsäädännön toimeenpanossa.

Erityisesti potilaan näkökulmasta potilasturvallisuutta ohjataan lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lain mukaisesti potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikön vastaavalle johtajalle hoidostaan ja siihen liittyvästä kohtelusta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa toimintayksikköä nimeämään potilasasiamiehen. Terveydenhuollon

ammattihenkilöstön kannalta potilasturvallisuutta ja hoidon laatua määritellään lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Sen avulla varmistetaan ammattihenkilöstön asianmukainen ja riittävä koulutus ja pätevyys sekä ammatitoiminnan edellyttämät valmiudet. Potilasvahinkolaki (585/1986) ohjaa potilaalle hoidon yhteydessä aiheutuneen henkilövahingon korvaamista. Lääkelaki (395/1987) ohjaa ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta ja laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) vastaavasti ylläpitää ja edistää niihin liittyvää turvallisuutta.

Suomalaista potilasturvallisuustyötä ohjataan myös kansainvälisellä tasolla. Vuonna 2004 Maailman terveysjärjestö (WHO 2012) perusti World Alliance for Patient Safety – organisaation, jonka tavoitteena on tukea potilasturvallisuuskulttuurien kehittymistä jäsenmaissaan ja nostaa potilas potilasturvallisuustyön keskipisteeksi. Organisaatio tukee tutkimusta ja näyttöön perustuvien toimintatapojen käyttöönottoa.

Euroopan komissio perusti vuonna 2007 European Union Network for Patient Safety – verkostohankkeen (EUNetPaS). Hanke päättyi vuonna 2010, mutta sen työtä jatkaa nyt uusi EU:n sisäinen hanke. EUNetPaS - hankkeen neljä keskeisintä toiminta-aluetta olivat potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen, potilasturvallisuuskoulutuksen organisointi, raportointi- ja palautejärjestelmien jalkauttaminen sekä erilaisten pilottihankkeiden suunnittelu ja toteutus. (EUNetPaS 2010, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkisti vuonna 2009 Suomalaisen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013 (STM 2009). Sen tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta Suomessa. Strategiassa lähestytään potilasturvallisuutta neljästä näkökulmasta. Nämä ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset.

Vuoteen 2013 mennessä organisaatioilta on edellytetty strategian pohjalta monia toimia potilasturvallisuuden edistämiseksi. Yhteisenä tavoitteena on osallistaa potilas oman turvallisuutensa parantamiseen luomalla organisaatioon toimintatapoja ja käytäntöjä potilasturvallisuuteen liittyvään tiedonkulkuun, haitta-

tapahtumien käsittelyyn ja jälkihoitoon sekä henkilöstön perehdyttämiseen. Vuoteen 2013 mennessä organisaatioissa on oltava kattava riskien- ja laadunhallintajärjestelmä. Potilasturvallisuutta pyritään hallitsemaan ennakoivasti huolehtimalla henkilöstön osaamisesta ja oppimalla muiden toimijoiden hyvistä käytännöistä. Organisaatioissa tulee myös luoda selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien sisäiseen raportointiin, seurantaan ja käsittelyyn. Valtakunnallisia raportoinnin linjauksia tulee noudattaa ja potilasturvallisuuden indikaattoritietoa hyödyntää organisaatioissa. (STM 2009, 3, 16 - 17.)

Vuoteen 2013 mennessä organisaatiolla tuli olla potilasturvallisuussuunnitelma ja nimetyt henkilöt potilasturvallisuuden edistämisen koordinaattoreina. Näin potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin. Potilasturvallisuus tullaan huomioimaan myös perehdytyksessä, opiskelijoiden ohjauksessa ja työntekijöiden osaamiskartoituksessa. Organisaatiossa tulee olla edellytykset tehdä selvityksiä potilasturvallisuuden edistämisestä ja osallistua alan tutkimushankkeisiin. Potilasturvallisuusopas tukee organisaatioita näiden kansallisten strategiavoitteiden saavuttamisessa. (STM 2009, 3, 18; THL 2011.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2011 käynnistänyt Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelman (THL 2012a) yhdessä sairaaloiden, terveyskeskusten ja useiden kansallisten kumppaniorganisaatioiden, mm. STM:n, Kuntaliiton, Valviran, Fimean, ammattijärjestöjen ja yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa. Ohjelma jatkuu vuoden 2015 loppuun ja sen pitkän tähtäimen tavoite on hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman välittömänä tarkoituksena on se, että ammattihenkilöstö voi ”työskennellä potilasturvallisuutta edistävässä ympäristössä ja heillä on käytävissään laadukkaita ja käyttökelpoisia välineitä potilasturvallisuuden edistämiseen” (THL 2012a, 4).

Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma (THL 2012a, 4, 15) koostuu kuudesta osiosta, joiden keskeisiä aihealueita ovat johdon sitoutuminen, ammattihenkilöstön potilasturvallisuustietojen ja – taitojen kasvu, asennemuutos, rakenteiden ja käytäntöjen sekä koko potilasturvallisuuskulttuurin muutos, tiedon ja kokemus-

ten jakaminen, raportoinnin ja sitä seuraavien toimenpiteiden edistäminen sekä tutkimus. Ohjelma on ennen kaikkea verkostohanke, jonka keskeisiä elementtejä ovat verkossa tapahtuva viestintä, tiedotus, koulutus ja oppiminen.

Potilasturvallisuus on siis erityisen ajankohtainen aihe. Potilasturvallisuustyö on Suomessa nyt käynnistynyt ja tälle työlle ovat varsinkin terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja kansallinen potilasturvallisuusstrategia (STM 2009) antaneet lähtölaukauksen.

### 3.3 Kun potilasturvallisuus pettää

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy erehtymisen mahdollisuus, niin myös terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuvaan toimintaan. Monet tekijät muodostavat haasteita turvalliselle potilashoidolle. Terveydenhuollon toimintaympäristöjen jatkuvat muutokset vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Lääketieteen jatkuva kehitys edellyttää kykyä ja tahtoa uuden oppimiseen ja muutokseen. Hoitoprosessit ja palvelujärjestelmä ovat pirstaleisia ja asettavat siksi muuttuvia ja korkeampia osaamisvaatimuksia ammattihenkilöstölle. Vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta hajaantuu ja vaikeutuu. Myös tiedonkulku hoitoketjussa hankaloituu eivätkä nykyiset sähköiset potilastietojärjestelmät tue potilasturvallisuuden seuranta- ja edistämistä. Henkilökuntavajaukset ja työntekijöiden vaihtuminen asettavat haasteita potilashoidon laadulle ja turvallisuudelle. (THL 2011, 9.)

Suomessa ei ole tilastoitu systemaattisesti potilasvahinkoon tai – kuolemaan johtavia haitta- ja vaaratapahtumia. Kansainvälisten tutkimusten perusteella arvioidaan, että noin yksi potilas kymmenestä kokee haittaan johtavan hoitovirheen ja noin yksi potilas sadasta kokee vakavaan haittaan tai kuolemaan johtavan hoitovirheen. Näiden tutkimusten valossa on Suomessa päästy arvioon, jonka mukaan vuosittain Suomen sairaaloissa tapahtuu 700 – 1700 kuolemaan johtavaa hoitovirhettä. Arvioidaan, että noin puolet haittatapahtumista voidaan

estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (Pasternack 2006, 2459; THL 2011, 9 – 10.)

Haittatapahtumien kustannuksista Suomessa ei ole tarkkaa tutkimustietoa. Suomea koskevat arviot pohjautuvat ulkomaisiin tutkimuksiin ja ovat siksi vain suuntaa antavia. Näiden tulosten pohjalta on kuitenkin arvioitu maassamme syntyvän haittatapahtumista ja hoitovirheistä johtuvia lisäkustannuksia vuosittain 409 miljoonaa euroa pelkästään vuodeosastoilla. Tämä summa on noin 3 % Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista ja sillä voitaisiin kustantaa noin 50 000 lonkan tekonivelleikkausta tai 120 000 sepelvaltimoiden pallolaajennusta. Jos otetaan mukaan avohoidon ja pitkäaikaishoidon haittatapahtumat sekä näistä johtuvat ansionmenetykset, ovat kustannukset vielä huomattavasti korkeammat. Tutkimusten mukaan nämä kustannukset voidaan puolittaa potilasturvallisuutta edistäväillä ja haittatapahtumia ehkäisevillä toimilla. Haittatapahtumista ja hoitovirheistä seuraa myös paljon sellaista inhimillistä kärsimystä, jota ei voida rahalla mitata. (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1123 – 1127.) Kotihoidon toimintaympäristössä tapahtuvista haittatapahtumista ja hoitovirheistä on vain vähän tilastoitua ja tutkittua tietoa.

### 3.4 Systeeminäkökulma potilasturvallisuuteen

Hoitovirheitä tekee jokainen terveydenhuollon ammattilainen, mutta erittäin harvoin potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ovat ammattihenkilön tarkoituksellisesti tekemiä tai hänen välinpitämättömyydestään johtuvia. Useimmiten syy on organisaation järjestelmien puutteissa tai heikkouksissa. Perinteisesti vaaratapahtuman syitä ja lähtökohtia on kuitenkin edelleen haettu tilanteessa läsnä olevista henkilöistä ja tapahtumaa edeltävistä tilannetekijöistä. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 12.)

Tärkeämpää olisi kuitenkin Pasternackin (2006, 2465) mukaan ”tutkia systeemisissä piileviä seikkoja ja hoitovahinkoon johtaneiden toiminnallisten ja raken-

teellisten seikkojen osuutta”. Myös Reimanin, Pietikäisen & Oedewaldin (2008, 7) mukaan vähitellen on siirrytty niin sanotusta Human Factors (inhimilliset tekijät) – ajattelusta Human and Organizational Factors (inhimilliset ja organisatoriset tekijät) - ajatteluun. Reason (1995, 82; 2000, 769) on puolestaan havainnut useimpien virheiden olevan piileviä, pitkänkin aikaa toteutumistaan odottavia virheitä, jotka syntyvät huonosti suunnitelluista prosesseista ja hoitojärjestelmistä. Perinteisestä yksilölähtöisestä tavasta tarkastella vaaratapahtumia onkin siirrytty systeemiä lähtöiseen potilasturvallisuuden edistämiseen.

Systeeminäkökulma lähtee siitä ajatuksesta, että potilasturvallisuus muodostuu systeemin eri osien ja niiden yhteisvaikutuksesta. Näitä osatekijöitä ovat organisaation johdon päätöksenteko, lähiesimiestyö sekä fyysiset ja psyykkiset olosuhteet, joissa työntekijät työskentelevät. Hoitovirhe realisoituu aina yksilötasolla, vaikka sen aiheuttaja olisikin systeemi. Inhimilliset virheet eivät kuitenkaan koskaan synny ilman syytä, vaan yleensä luonnollisena seurauksena niille olosuhteissa. (Kinnunen 2010, 25–26.)

Ödegård & Andersson ovat tutkimuksessaan osoittaneet, että lääkehoidollisessa vastuussa olevien kotihoidon sairaanhoitajien välillisesti potilasturvallisuuteen liittyvät mielipiteet ja asenne voivat piilevästi vaikuttaa virheen tekemisen mahdollisuuteen kotihoidon tiimissä. Kun sairaanhoitajalla oli selkeä kokemus omasta vastuustaan tiimin johtamisessa, ohjaamisessa ja kouluttamisessa, tiimin muiden jäsenten ammatillinen osaaminen arvioitiin tutkimuksessa paremmaksi. Ammatillista osaamista arvioitiin insuliinihoitoisten potilaiden hoidossa Ruotsissa. (Ödegård & Andersson 2006, 116, 120.)

Turvallisuuden kannalta on siis tärkeää vaikuttaa organisaation toimintaolosuhteisiin siten, että inhimillisen virheen riski päivittäisessä toiminnassa pienenee. Systeemiin sisältyy myös organisaatiossa käytössä olevat suojaukset, esimerkiksi varmistus- ja tarkastuskäytänteet. Kun virhe tapahtuu, ovat nämä suojaukset pettäneet tai olleet riittämättömät. Joskus voi organisaatiossa tapahtua poikkeaman normalisoituminen, jolloin ongelmallinen tilanne pitkittyy, muuttuu hiljalleen normaaliksi ja hyväksyttäväksi toiminnaksi, jota kukaan ei enää kyseen-

alaista. Poikkeaman normalisoituminen heikentää potilasturvallisuutta merkittävästi. (Helovuo ym. 2011, 53 – 54, 61.)

Systeemiajattelu mahdollistaa pureutumisen organisaation rakenteiden ja prosessien tutkimiseen. Siksi on tärkeää se, millä ajattelutavalla ja mistä näkökulmasta organisaatiossa haitta- ja vaaratapahtumia käsitellään. Kinnunen (2010, 27) on vertaillut yksilö- ja systeemilähtöisen ajattelutavan vaikutuksia virheistä oppimiseen seuraavassa taulukossa 3.

Taulukko 3. Yksilö- ja systeemilähtöinen lähestyminen virheisiin (Kinnunen 2010, 27).

<b>Yksilölähestyminen</b>	<b>Systeemilähestyminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskitytään yksittäisiin ihmisiin virheen tekijänä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskitytään olosuhteisiin ja ympäristöön, jossa yksilöt työskentelevät</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kysytään, kuka teki virheen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kysytään, miksi virhe tapahtui</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syytetään ihmisiä unohtamisesta, tarkkaamattomuudesta, huolimattomuudesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskitytään kehittämään toimintaa, jotta vastaavaa virhettä ei pääsisi tapahtumaan ja toiminta olisi laadukkaampaa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajatellaan, että ”parhaansa tekeminen” riittää</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyväksytään, että kaikki tekevät virheitä, koska inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virheitä salaillaan ja niistä saatua tietoa käytetään syyllisten etsimiseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virheet tuodaan esiin avoimesti, tietoa käytetään tarkoituksenmukaisesti toiminnan kehittämiseen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei uskalleta kyseenalaistaa toisten toimintaa tai tuoda esiin omaa epävarmuutta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työntekijät uskaltavat ilmaista pelkoa ja epävarmuutta</li> </ul>

Yksilölähtöinen lähestyminen virheiden käsittelyssä on helppo tapa. Paljon vaativampaa on ottaa tarkasteluun kaikki ne prosessin ja rakenteiden osa-alueet, jotka ovat myötävaikuttaneet virheen syntymiseen. Organisaation potilasturvallisuus ei kuitenkaan voi kehittyä osoittelemalla sormella virheiden tekijöitä. Esi-

miehen tehtävä on luoda turvallinen ja syyllistämätön työilmapiiri, jossa työntekijöillä on mahdollisuus avoimeen keskusteluun ja kyseenalaistamiseen.

Johtamisella luodaan edellytykset potilasturvallisuuden kehittymiselle. Potilasturvallisuutta edistävä johtaminen tarkoittaa mm. riittävien resurssien ja osaavan henkilökunnan varmistamista, potilasturvallisuuskulman huomioimista kaikissa päätöksissä, turvallisuusriskien arviointia ja niihin varautumista sekä systemaattista tapaa seurata, arvioida ja kehittää potilasturvallisuutta. (Helovuo ym. 2011, 57; THL 2011, 12.)

### 3.5 Potilasturvallisuus kotihoidon näkökulmasta

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluja, kotisairaanhoitoa ja erilaisia tukipalveluja. Kotipalvelun tarkoituksena on auttaa silloin, kun sairauden, vamman tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi tarvitaan apua kotiin arkipäivän tehtävissä suoriutumiseen. Tukipalveluja ovat esimerkiksi ateriat, siivous ja turvapalvelut. Kotisairaanhoidon antaminen perustuu kansanterveyslakiin, jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä tai tilapäistä potilaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua. (Kuntaliitto 2012, Terveydenhuoltolaki 2010.)

Kotihoitokokeilu aloitettiin vuonna 2005. Sen nojalla kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi, jos kunta itse tuottaa sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut (STM 2004). Monissa Suomen kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoito onkin jo yhdistetty kotihoidoksi. Niin myös Turussa, jossa yhdistyminen tapahtui vuoden 2009 alussa samalla, kun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät. Aikaisemmin kotipalvelu kuului sosiaalitoi-



meen ja kotisairaanhoidon terveystoimeen. Vuonna 2012 sosiaali- ja terveystoimen nimi muutettiin hyvinvointitoimialaksi. Tämä tarkoittaa, että kotihoidon työntekijöiden koulutustausta on laaja ja ammattinimikkeitä on useita. Siksi myös näkökulma kotihoidon toteuttamiseen saattaa saada erilaisia painotuksia.

Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotihoito-osastossa ja sosiaaliviraston vanhustoimen vastuualueella tehdyn tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät antavat suorittamansa tutkinnon ja koulutustaustansa perusteella erilaisen merkityksen käsitteille hoiva ja hoitotyö. Korkeammin koulutetut, kuten yleensä esimiehet ja johtajat sekä terveydenhuollon koulutuksen saaneet, korostavat hoitotyön ammatillisuutta, tavoitteellisuutta, kokonaisvaltaisuutta, lääketieteellisyyttä, hoitotoimenpiteitä ja hoivan konkreettisuutta, kun taas sosiaalitoimessa aiemmin työskennelleet korostavat hoivan näkemistä enemmän ammatillisena, tunnetta sisältävänä ja arjen läsnäolona. (Aarva 2009, 8.) Tutkimuksen pohjalta herää kysymys: rakentuuko ymmärrys potilasturvallisuudesta ja sen merkityksestä kotihoidossa näiden näkemyserojen pohjalta erilaiseksi?

Turvallisuus on onnistuneen kotona asumisen edellytys. Kodin ja asuinympäristön tulisi vastata ikääntyvän ihmisen muuttuviin tarpeisiin. Turvallisen asumisen suunnittelu on pitkällä tähtäimellä ongelmallista, koska asumiseen liittyvät haasteet tulevat esiin vasta vähitellen iän karttuessa ja toimintakyvyn laskiessa. Asunto ja asuinympäristö määrittävät kuitenkin ikääntyneiden toimintakykyä ja arjesta selviytymistä paljon luultua enemmän. Ensimmäisiä ongelmia ikääntymiseen liittyen esiintyy yleensä portaissa liikkumisessa, kävelemisessä pitempiä matkoja ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. (Välikangas 2006, 14.) Ikääntyvän ihmisen asumisympäristön esteettömyyttä ja turvallisuutta tuleekin arvioida säännöllisesti. Arviointi vaatii kotihoidon henkilöstöltä turvallisuusosaamista ja ennakoivaa näkökulmaa sekä luontevia konsultaatiomahdollisuuksia. Ikääntyneen itsenäistä asumista tukeviin kotikäynteihin tulee sisäasiainministeriön suositusten (2011, 26) mukaisesti liittää turvallisuusasioiden selvittäminen.

Yli puolet Suomessa raportoiduista haittatapahtumista liittyy lääkehoitoon ja yleisimmin kyse on kirjaamis-, jako- tai antovirheestä. Tapaturmien ja tiedonkulkuun liittyvien haittatapahtumien osuus on yhteensä neljännes kaikista ilmoituk-

sista. Yleensä potilaalle ei ole tapahtunut haittaa, mutta 34 %:ssa tapahtumista on seurannut potilaalle lievä haitta. Tutkimusaineisto on saatu vuosina 2007–2009 aikana tehdyistä HaiPro – haittatapahtumailmoituksista (64405 kpl). Ilmoitukset olivat tulleet 36 käyttäjäorganisaatiosta, lähinnä erikoissairaanhoidon piiristä. (Ruuhilehto ym. 2011, 1033.)

Kotona toteutettu lääkehoito on monimuotoista ja vaativaa. Tyypillinen kotihoidon asiakas Suomessa on Linden-Lahden ym. mukaan ikääntynyt, monisairas ja toimintakyvyltään heikentynyt nainen. Lääkehoito kotihoidossa vaatii siis entistä suurempaa tarkkuutta. Potilaan korkea ikä, monilääkitys sekä mahdollisesti myös poikkeamaa edeltäneet ongelmat lääkehoidon kokonaisuuden hallinnassa altistavat lääkityspoikkeamien vakaville seurauksille. Doran ym. ovat tutkimuksessaan nimenneet kanadalaisten kotihoidon asiakkaiden merkittävimmiksi turvallisuusriskeiksi monilääkityksen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen. Myös monilääkitys ja kognitiiviset häiriöt sekä yksinasuminen ja fyysisen toimintakyvyn lasku yhdessä ennakoivat potilaan turvallisuusongelmia. Yleisimmät potilasturvallisuutta heikentävät vaaratapahtumat tässä tutkimuksessa olivat kaatumiset ja painon menetys. (Doran ym. 2009. 169 – 170; Linden-Lahti ym. 2009, 3433.)

DEBATE – tutkimuksella (Pitkälä ym. 2003, 135) on vuodesta 1998 lähtien pyritty selvittämään mm. kotona asuvien yli 75 – vuotiaiden lääkehoitoon liittyviä seikkoja. Vaikka tutkimuksen tulokset antavatkin varsin hyvän kuvan kotona asuvien ikäihmisten lääkityksistä, ne eivät kuitenkaan sulje pois lääkkeiden turhakäyttöä. Tutkimuksen pohjalta on selvää, että lääkelistan jatkuva kriittinen arviointi ja lääkehoidon muu seuranta on osa hyvää ja turvallista hoitoa.

Kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa korostuu yhteistyön merkitys potilaan, omaisen, terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden ja apteekin välillä (STM 2005, 13 – 14.). Onnistunut lääkehoito potilaan kotona edellyttää, että potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa, ohjausta ja neuvontaa liittyen lääkehoidon toteutukseen ja että lääkehoidon vaikutuksia seurataan ja arvioidaan

säännöllisesti. Hannukaisen (2010, 42 – 43) mukaan lääkehoidon hyvä ohjaus auttaa ikääntyvää ymmärtämään myös ravitsemuksen ja nestetasapainon yhteyden lääkehoitoon sekä lääkkeidensä tavallisimmat sivuvaikutukset. Kotihoidon työntekijän on tärkeä tietää, miten ikääntyneen lääkehoito onnistuu sen jälkeen, kun hoitaja on poistunut asiakkaan kotoa.

Professori Sirkka – Liisa Kivelä (2006, 10) sai vuonna 2006 Sosiaali- ja terveysministeriöltä tehtäväkseen laatia ”ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla geriatrasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa”. Siinä näkökulmana olivat mm. sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen varmentaminen koulutuksella sekä vanhusten lääkehaittojen ehkäisy ja lääkeosaamisen kehittäminen. Hoitotyöntekijöiden tiedot ja taidot ovat Kivelän (2006, 109 – 113) mukaan erittäin tärkeitä lääkehoitojen myönnteisten, toivottujen vaikutusten ja haittavaikutusten seurannassa. Keskeisiksi kehittämisasiheiksi nousivat tiedonsaannin parantaminen, lyhytaikaisten työsuhteiden välttäminen, lääkehoidon ajantasainen seuranta ja valvonta, nopea reagointi lääkehaittojen vähentämiseksi, vanhusten omien lääketietojen lisääminen ja lääkejakein kehittäminen.

Lang, Edwards ja Fleiszer (2008) ovat tutkineet potilasturvallisuuden näkökulmia kotihoidossa. Sairaala- tai laitospäristöstä poikkeavia turvallisuuden haasteita löytyi kotiympäristössä monia: Koti on hyvin yksilöllinen ja ainutlaatuinen hoitoympäristö. Kotihoidon työntekijä on aina vieraana asiakkaansa kotona. Asiakas on itsenäinen ihminen, joka viime kädessä itse tekee päätökset. Usein hänen hoitoonsa osallistuvat ja päätöksiin vaikuttavat myös omaiset ja läheiset. Kotihoidon työntekijän työ on yksinäistä ja kollegiaalinen tuki ja ammatilliset neuvot eivät ole välittömästi käytettävissä. Työtaakka on usein suuri ja kiire on yleistä. Kotihoidossa tarvitaan laajaa ammatillista tietotaitoa. Potilasturvallisuuden ja hoidon laatuun vaikuttavat päätökset tehdään kotioloissa yksin ja usein kiireellisesti. (Lang, Edwards & Fleiszer 2008, 3.)

Koti on siis potilasturvallisuuden kannalta monimuotoinen ja haasteellinen hoitoympäristö. Ikääntyvän potilaan kotioloit eivät useinkaan tue turvallista asumista ja kotihoitoa. Turvallisuutta kotihoidon näkökulmasta on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin laitoshoidon näkökulmasta niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Myös potilasturvallisuutta edistävät ohjelmat ja ohjeistukset ovat ensisijaisesti suunniteltu laitoshoidon olosuhteisiin.

## 4 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI

### 4.1 Organisaatiokulttuuri

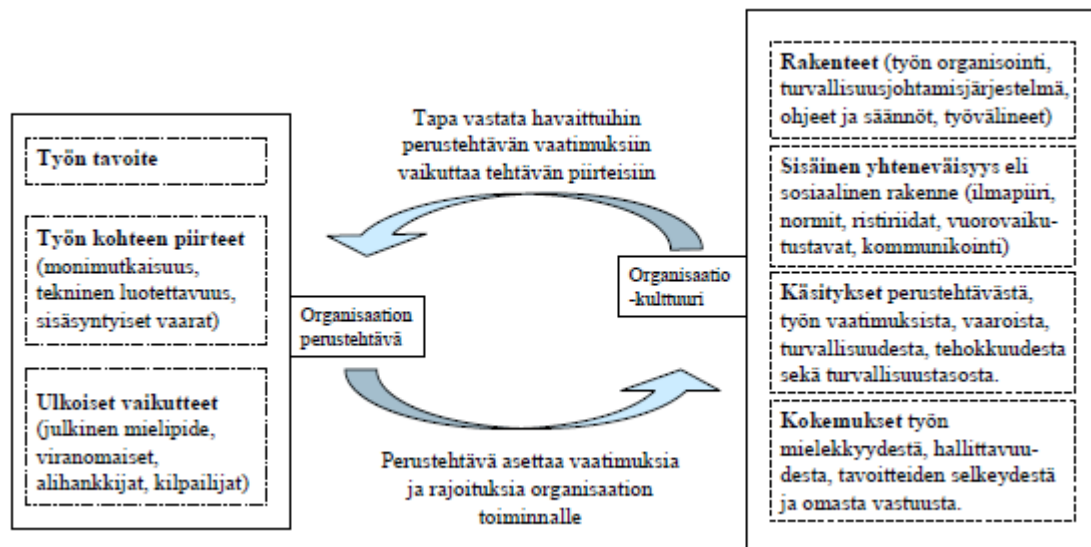
Potilasturvallisuuskulttuurin tarkastelu on syytä aloittaa määrittelemällä organisaatiokulttuuri – käsitettä muutaman teorian kautta. Kuuluisin näistä on amerikkalaisen psykologi Edgar H. Scheinin teoria, joka määrittelee organisaatiokulttuurin jaettujen perusoletusten malliksi ja näkee organisaatiokulttuurin osittain tiedostamattomina oletuksina, jotka organisaation henkilöstö yhdessä jakavat ja oppivat (Reiman ym. 2008, 10).

Perusoletuksilla Schein (2010, 29) tarkoittaa työyhteisön yhteisiä tapoja havaita, ajatella ja tuntea. Nämä on todettu työyhteisössä niin toimiviksi tavoiksi, että ne opetetaan myös työyhteisön uudelle jäsenelle. Organisaatiokulttuuri on siis Scheinin mukaan opittu ilmiö. Hänen mukaansa vastaperustetulla organisaatiolla ei vielä voi olla yhteistä kulttuuria. Organisaatiokulttuuri on tyypillisesti jaoteltu kolmeen syvyystasoon: syvä taso, keskitaso ja pintataso (Glendon & Stanton 2000, 195). Schein (2010, 32) sijoittaa organisaatiokulttuurin ytimeen syvälle tasolle perusolettamukset, keskitasolle julkilausutut uskomukset ja arvot (kuten organisaation toimintastrategia, normit ja filosofia) ja pintatasolle artefaktit (ihmisten rakentamat/luomat rakennelmat), jotka voivat olla esimerkiksi työyhteisössä käytetty kieli, tekniikka, tuotteet sekä siellä kerrotut tarinat ja työyhteisön rituaalit. Schein (2010, 29) pitää organisaatiokulttuuria työyhteisön yhteisenä tapana ajatella, tuntea ja toimia asioiden suhteen. Näitä tapoja työyhteisö sekä tietoisesti että tiedostamatta ylläpitää.

Organisaatiokulttuuriteoriat voidaan nähdä myös jaettuna tulkinnallisiin (interpretive) ja funktionaalisiin teorioihin. Funktionaaliset teoriat rakentuvat ajatuksesta, jossa työyhteisöllä on yhteinen tehtävä tai funktio. Tämän teorian mukaan organisaatiokulttuuri on johdettavissa ja hallittavissa ylhäältä johdon toimesta. Tulkinnalliset teoriat kuvailevat organisaatiokulttuuria työyhteisön jäsen-

ten yhteisesti rakentamana, johon ei ylhäältä käsin voi vaikuttaa. (Waring & Glendon 1998, 71 - 74.)

Reiman ja Oedewald (2002, 2007) ja Reiman (2007) ovat kehittäneet mallia organisaatiokulttuurin elementeistä (kuvio 3). Siinä organisaatiokulttuurin ajatellaan rakentuvan neljästä keskenään yhteydessä olevasta osatekijästä. Nämä ovat rakenteet, sisäinen yhteneväisyys, kulttuuriset käsitykset ja henkilöstön kokemukset. Rakenteella tarkoitetaan tässä esimerkiksi työn organisointia, organisaatorakennetta ja työvälineitä. Sisäisenä yhteneväisyytenä ymmärretään esimerkiksi työyhteisön normit, ilmapiiri ja tavat kommunikoida. Kulttuurisina käsityksinä nähdään työyhteisön jakamat oletukset ja ajatukset koskien työyhteisön perustehtävää, turvallisuutta ja tehokkuutta. Keskeisinä kokemuksina kuvataan muun muassa työn hallinnan tunnetta, ymmärrystä omasta vastuusta ja työn tavoitteista.



Kuvio 3. Malli organisaatiokulttuurin elementeistä (Reiman ym. 2008, 15).

Keskeisenä Reimanin ja Oedewaldin mallissa (kuvio 3) on käsite perustehtävästä, jonka ajatellaan "muodostuvan toiminnan jaetusta tavoitteesta ja tarkoituksesta, työn kohteen piirteistä sekä ulkoisista vaikuttimista". Organisaatiokulttuuri muokkautuu mallissa, kun perustehtävä asettaa vaatimuksia ja rajoituksia kulttuurille, joka taas vastavuoroisesti muokkaa perustehtävää. (Reiman ym. 2008, 16.)

## 4.2 Potilasturvallisuuskulttuuri

Tsernobylin ydinvoimalaonnettomuuden tutkinnan yhteydessä vuonna 1986 alettiin keskustella turvallisuuskulttuurista. Turvallisuuskulttuurikäsite syntyikin 1990 – luvulla ydinvoimateollisuuden (IAEA, 1991) piireissä, josta se levisi muille turvallisuuskriittisille aloille kuten lentomatkailuun ja viime vuosina myös terveydenhuoltoon. Kansainvälinen atomienergiajärjestö IAEA määritteli vuonna 1991 raportissaan ensimmäisen ehdotuksen turvallisuuskulttuurin määritelmäksi: ”Turvallisuuskulttuuri muodostuu organisaation toimintatavoista ja yksityisten ihmisten asenteista, joiden tuloksena ydinvoimalaitosten turvallisuuteen vaikuttavat tekijät saavat kukin tärkeytensä edellyttämän huomion ja ovat etusijalla päätöksiä tehtäessä” (IAEA 1991, 1). Yleisesti hyväksyttyä turvallisuuskulttuurin määritelmää ei kuitenkaan ole pystytty luomaan, vaikka käsite onkin jo vakiintunut julkiseen käyttöön (Pietikäinen ym. 2008, 24).

WHO (2008, 50) on määritellyt hyvän potilasturvallisuuskulttuurin ominaispiirteitä seuraavasti:

- Avoin ja reilu kulttuuri, joka rohkaisee ja kannustaa turvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, niistä keskustelemiseen ja niiden ratkaisuun.
- Raportoiva kulttuuri, jossa kerätään, analysoidaan ja jaetaan tietoa haittatapahtumista ja läheltä piti – tilanteista.
- Oppiva kulttuuri, joka tukee järjestelmälähtöistä virheistä oppimista.

Turvallisuuskulttuuri nähdään osana koko organisaation toimintakulttuuria, mutta se keskittyy määrittämään sitä vain turvallisuuden näkökulmasta. Turvallisuuskulttuuri muodostuu koko työyhteisön, niin johdon kuin yksittäisten työntekijöiden jakamista arvoista, asenteista, toimintaperiaatteista ja – tavoista. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa turvallisuutta pidetään tärkeänä arvona ja sitä edistetään systemaattisesti sen yhteisen ymmärryksen pohjalta, joka työyhteisössä jaetaan siitä, mitä turvallisuus on. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla voidaan

vähentää potilaiden hoitoon liittyviä riskejä ja heille aiheutuvia haittoja. (Helovuo ym. 2011, 92; Pietikäinen ym. 2008, 24; STM 2009, 14.)

Pietikäinen ym. (2008, 25 – 26) määrittelevät turvallisuuskulttuurin ”organisaatiossa vallitsevaksi kyvyksi ja tahdoksi ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä” sekä Reiman ym. (2008, 9) lisäävät määritelmään vielä ”kyvyksi ja tahdoksi toimia turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista”.

Sammer ym. (2010, 156 – 158) ovat laajassa kirjallisuuskatsauksessaan selvittäneet käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista, kehittäneet sen pohjalta viitekehysten ja nimenneet potilasturvallisuuskulttuurille seitsemän alakulttuuria tai ominaisuutta, jotka ovat *leadership* (ihmisten johtaminen), *teamwork* (tiimityö), *evidence-based* (näyttöön perustuvuus), *communication* (vuorovaikutus), *learning* (oppiminen), *just* (reilu, avoin) ja *patient-centered* (potilaskeskeisyys). Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää Rileyn ym. (2010, 558) mukaan neljä elementtiä, jotka ovat organisaation jaetut uskomukset ja arvot, organisaation sisäinen järjestelmä havaita ja analysoida potilasvahinkoja ja läheltä piti – tapahtumia, avoin vuorovaikutus niin organisaation sisällä kuin ulkopuolellakin tarkastella näitä tapahtumia sekä reiluksi ja tasapuoliseksi vakiintunut työyhteisö.

Potilasturvallisuuskulttuuri luo turvallisen työnteon edellytykset työyhteisöön. Koko työyhteisö kokee vastuuta turvallisuuden kehittämisestä ja kokee voivansa vaikuttaa siihen. Olennaista hyvässä turvallisuuskulttuurissa on myöskin perustyön ja sen kohteen ymmärrys ja hallinta. Potilasturvallisuuskulttuuria voidaan näin ollen pitää monitasoisena ilmiönä, johon kuuluu kolme laadullisesti erilaista tasoa. Nämä ovat organisatoristen ulottuvuuksien taso, psykologisten ulottuvuuksien taso ja sosiaalisten prosessien taso. (Pietikäinen ym. 2008, 26 – 27, 43; Reiman ym. 2008, 51.) Tämän opinnäytetyön viitekehystenä voidaan pitää Reimanin, Pietikäisen ja Oedewaldin kehittämää mallia turvallisuuden ulottuvuuksista. Turvallisuuskulttuurikysely (Tuku – kysely) turvallisuuskulttuuria arvioivana mittarina on rakentunut näiden ulottuvuuksien pohjalta.



#### 4.2.1 Organisatoriset ulottuvuudet

Potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisina ulottuvuuksina tarkastellaan terveydenhuollon organisaation rakenteita, toimintamalleja ja prosesseja. Nämä nähdään turvallisuuden rakentamisen ydintoimintoina, jotka luovat edellytykset turvallisuudelle organisaatiossa. Niitä on myös mahdollista organisaatiossa arvioida ja kehittää. Taulukossa 4 on nimetty Pietikäisen ym. (2008) ja Reimanin ym. (2008) mallin mukaisesti 13 turvallisuuden organisatorista ulottuvuutta. Näiden ulottuvuuksien merkitys organisaatiossa voi vaihdella riippuen organisaation koosta ja rakenteesta sekä henkilöstörakenteesta. (Pietikäinen ym. 2008, 27; Pietikäinen 2008, 28.)

Taulukko 4. Turvallisuuden organisatoriset ulottuvuudet Pietikäisen ym. (2008, 27) ja Reiman ym. (2008, 51) mukaisesti.

- 1) Johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen
- 2) Johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi
- 3) Turvallisuudesta viestiminen
- 4) Lähiesimiestoiminta
- 5) Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä
- 6) Yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä
- 7) Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen
- 8) Organisaatorisen oppimisen käytännöt
- 9) Osaamisen varmistaminen ja koulutus
- 10) Resurssien hallinta
- 11) Työn tukeminen ohjeilla
- 12) Ulkopuolisten toimijoiden hallinta
- 13) Muutosten hallinta

*Johtamisjärjestelmä, johdon sitoutuminen turvallisuuteen ja turvallisuudesta viestiminen* ovat nousseet yhdeksi merkittävimmäksi turvallisuuskulttuurin ulottuvuudeksi myös terveydenhuollon organisaatioissa. Oleellista turvallisuusjohtamisessa on se, miten selkeästi turvallisuuspolitiikka on määritelty ja tunnustettu organisaatiossa, miten selvästi turvallisuuteen liittyvät vastuut on organisaatiossa määritelty, miten siihen on resursoitu ja miten sitä arvioidaan sekä miten

turvalliset toimintatavat on määritelty ja miten niiden toteutumista valvotaan. (Reiman ym. 2008, 52 – 53.)

Organisaation turvallisuuskulttuurin näkökulmasta *lähiesimiehen* tärkeäksi tehtäväksi voidaan määritellä turvallisuuden nostamisen keskeiseksi arvoksi ja puheenaiheeksi organisaatiossa. Hänen tulee luoda avoin ja kannustava ilmapiiri henkilöstölle viestiä turvallisuudesta. *Yhteistyöllä ja tiedonkululla* on tärkeä merkitys terveydenhuollon organisaation turvallisuudelle toiminnalle. Haasteet korostuvat usein esim. eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittamisessa, potilas-siirroissa ja työvuorojen vaihtotilanteissa. Tutkimusten mukaan sekä amerikkalaisissa että suomalaisissa sairaaloissa on arvioitu viestinnässä ja tiedonkulus-sa kehittämistä. (AHRQ 2012, KASTE 2011, Reiman ym. 2008, 56.)

Myös Perälän ym. (2006, 27 – 28, 32) selvityksen mukaan potilaan kotiutuessa sairaalasta takaisin kotiinsa on tiedonkulussa kotihoidon ja sairaalan välillä paljon parannettavaa. Tieto potilaan kotiutuksesta saattaa tulla vasta kotiutuspäivänä, joskus jopa kotiutuksen jälkeen. Jatkohoito-ohjeet voivat olla puutteelliset tai niitä ei ole lainkaan. Nämä seikat ovat tietenkin haasteita turvallisuudelle kotiutumiseen ja hoidon laadulle. Useissa kunnissa kehitelläänkin potilaan turvallisen kotiutumisen tueksi listaa, jotta kaikki kotiutumiseen liittyvät asiat tulevat huomioiduksi. Tällainen on kehitetty myös Turun kaupungin kotihoidossa.

Organisaation turvallisuuden kehittämisen kannalta on oleellista se, miten työyhteisö suhtautuu kysymyksiin, kyseenalaistamiseen, virheisiin ja epäonnistumisiin. Terveydenhuollon organisaatioiden tulee terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§:n 4 momentin nojalla systemaattisesti raportoida tapahtuneista vaaratilanteista, poikkeamista, virheistä ja läheltä piti – tilanteista potilasturvallisuuden kehittämiseen tarkoitetun raportointijärjestelmän avulla. Terveydenhuollon organisaatioiden *tavoitteena tulee olla vaarojen ennakointi ja niistä oppiminen* ennen kuin vaaratapahtuma toteutuu. (Pietikäinen ym. 2008, 29; Reiman ym. 2008, 58 – 59.)

*Henkilöstön osaamisen varmistuksella ja koulutuksella* huolehditaan siitä, että henkilöstö on pätevää ja suoriutuu hyvin tehtävistään. Turvallisuuden näkökul-

masta on ensiarvoisen tärkeää, että rekrytoidaan päteviä ja osaavia ammattilaisia ja huolehditaan heidän osaamisensa arvioinnista, ylläpitämisestä ja kehittämisestä. *Resursointi* eli päivittäisten töiden miehitys on turvallisuuden kannalta yksi keskeisimmistä rakenteellisista tekijöistä ja turvallisuuskulttuurin organisatorisista ulottuvuuksista. Resursoinnissa on kyse sekä työntekijöiden riittävästä määrästä että työtehtävien sujuvan toteutumisen varmistamisesta. (Pietikäinen ym. 2008, 29 - 30; Reiman ym. 2008, 61 - 62.) Sekä Espoossa että Forssassa tehtyjen potilasturvallisuuskulttuurikyselyjen perusteella resursointia voidaan pitää terveydenhuollon organisaation yhtenä tärkeimmistä kehittämiskohteista (Enberg 2011, 48; Pihkala 2010, 2).

Työyhteisössä, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, *työn tekemistä tuetaan ohjeilla ja säännöillä*, jotka antavat työyhteisön toiminnalle pohjan ja suuntaviivat. Oleellista kuitenkin on se, miten sääntöjä luodaan ja ylläpidetään sekä miten niihin suhtaudutaan. Terveydenhuollon organisaatioissa toimii nykyään vakituisten työntekijöiden lisäksi usein lyhytaikaisia tai määräaikaisia työntekijöitä. Näiden *ulkopuolisten toimijoiden hyvällä hallinnalla* varmistetaan hallittu ja sujuva yhteistyö työyhteisön sisällä potilasturvallisuudenkin näkökulmasta. (Pietikäinen ym. 2008, 30.)

*Muutosten hallintaan* sisältyy sekä varsinainen muutosprosessi että muutosprosessin myötä muuttuvien toimintatapojen riskien arviointi ja kontrollointi. Muutokset organisaation toiminnassa ja toimintaympäristössä luovat hallitsemattomina riskin turvallisuudelle. Muutosten hallinnassa on tutkimusten mukaan terveydenhuollon organisaatioissa parannettavaa. Muutosten hallinnassa olisikin syytä keskittyä pieniin muutosaskeliin, mutta jatkuvaan kehittymiseen. Pienillä muutoksilla eteneminen kohti asetettua tavoitetta antaa työyhteisölle paremman mahdollisuuden kehittyä ja oppia muutoksesta. Myös osallistamalla asianosaiset työntekijät muutosprosessiin, edistetään ja nopeutetaan muutoksen toteutumista ja siihen sitoutumista. (Enberg 2011, 48; Pietikäinen ym. 2008, 31; Pietikäinen ym. 2012, 45; Pihkala 2010, 2.)

#### 4.2.2 Psykologiset ulottuvuudet

Turvallisuuskulttuurin psykologisilla ulottuvuuksilla tarkoitetaan henkilöstön subjektiivisia kokemuksia ja tuntemuksia *työn hallinnasta ja turvallisuusmotivaatiosta* sekä käsityksiä *organisaation turvallisuudesta, toimintaan liittyvistä vaaroista ja turvallisuusvastuustaan organisaatiossa*. Työntekijän tulee jakaa johdon kanssa ymmärrys hyvästä ja turvallisesta toiminnasta, jotta hän voi toteuttaa sitä työssään. (Pietikäinen ym. 2008, 31; Reiman ym. 2008, 69.)

Turvallisuusmotivaatio terveydenhuollon organisaatiossa tarkoittaa, että potilasturvallisuus on työntekijälle aidosti tärkeä arvo, jonka tavoittelemisen itsessään motivoi ja ohjaa toimintaa. Organisaation turvallisen toiminnan kannalta on tärkeää, että sen henkilöstö on tietoinen toimintaansa liittyvistä vaaroista ja niistä mekanismeista, joiden kautta vaaratapahtumat voivat toteutua. Tämä tieto auttaa työntekijää tunnistamaan, ennakoimaan ja välttämään tyypillisimpiä vaaratilanteita. Turvallisuutta ei kuitenkaan nähdä vain negatiivisuuden kautta, siis vaarojen, vahinkojen ja haittojen kautta. Hyvän turvallisuuskulttuurin lähtökohdana voidaan pitää henkilöstön kollektiivista ymmärrystä turvallisuudesta. Potilasturvallisuuden näkökulmasta on merkittävää, että terveydenhuollon henkilöstö näkee vastuuta turvallisuudesta ja sen kehittämisestä. Yhtenä tärkeimpänä psykologisena turvallisuuskulttuurin ulottuvuutena voidaan pitää työntekijän kokemusta työn hallinnasta. Tällä tarkoitetaan kokemusta siitä, että suoriutuu omista työtehtävistään. Heikko työnhallinnan tunne on yhteydessä stressiin ja näillä molemmilla on suora yhteys potilasturvallisuuden syntymiseen. (Pietikäinen ym. 2008, 32 - 33; Reiman ym. 2008, 69 - 76.)

#### 4.2.3 Sosiaaliset prosessit

Sosiaalisia prosesseja turvallisuusnäkökulmasta ei tunnisteta tutkimuksissa kovinkaan laajasti. Niiden tunnistamiseksi ja turvallisuusvaikutusten arvioimiseksi

tarvitaan lisää tutkimustyötä. Sosiaaliset prosessit ilmenevät työyhteisöissä ihmisten kollektiivisina kokemuksina, vuorovaikutustapoina ja kommunikaatiokäytäntöinä. Tutkimuksellista tietoa näistä prosesseista saadaan henkilöstön kokemusten ja tulkintojen kautta. Turvallisuuskulttuurin sosiaalisia prosesseja ovat ymmärryksen luominen päivittäisistä tapahtumista ja työntekijän omasta roolista niissä, normien ja sosiaalisen identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen, toimintatapojen optimointi ja ajalehtiminen, poikkeamien normalisoituminen sekä työtä ja turvallisuutta koskevien käsitysten juurtuminen. (Pietikäinen ym. 2008, 34; Reiman ym. 2008, 77.)

Turvallisuuden näkökulmasta ymmärryksen luominen on merkityksellistä, koska työntekijän pyrkimyksenä on tulkita ja ymmärtää työyhteisön tapahtumia ja tapahtumien merkityksiä. Ei ole turvallisuuden kannalta yhdentekevää, ymmärretäänkö vaaratilanne oikein ja miten siihen suhtaudutaan. Normeilla tarkoitetaan sääntöjä, jotka työyhteisö on asettanut jäsenilleen ilmaisemaan sitä, minkälainen käyttäytyminen työyhteisössä on suotavaa. Sosiaalisessa ympäristössä normit ovat vuorovaikutuksen tapoja, valtasuhteita, palkitsemisen ja rankaisemisen kriteerejä ja sosiaalisti hyväksyttävää käyttäytymistä. Normit ovat siis osa työyhteisön identiteettiä ja siten vaikuttavat siihen, miten turvallisuuteen ja riskeihin suhtaudutaan. Vahva sosiaalinen identiteetti työyhteisössä voi tukea ja suojata sen jäsentä, mutta se voi estää toiminnan kyseenalaistamisen ja kritiikin antamisen. (Reiman ym. 2008, 78 – 79.)

Työyhteisön toimintatavat voivat vähitellen ajautua tilanteeseen, jossa ne eivät enää vastaa virallisesti suunniteltua ja sovittua. Tämä liittyy yleensä siihen, että käsitykset siitä, mikä on riittävää, turvallista ja laadukasta, vähitellen muuttuvat. Jos sovitut toimintatavat ovat epäkäytännöllisiä ja hankalia toteuttaa, saatetaan toimintatapoja optimoida ja ”mennä siitä, missä aita on matalin”. Uudesta käytännöstä saattaa ajan kuluessa tulla pysyvä ja turvallisuutta heikentävä. (Reiman ym. 2008, 79 – 80.)

Joskus häiriöt, poikkeavat tilanteet toiminnassa alkavat olla niin yleisiä, usein toistuvia tai pitkittyneitä, että ne vähitellen muokkautuvat osaksi työyhteisön normaalia toimintaa. Työyhteisö poikkeaa säännöistään ja hyväksyy vähitellen

uuden käytännön, joka saattaa nostaa turvallisuusriskiä. (Reiman ym. 2008, 80.) Potilasturvallisuuden kannalta keskeisenä sosiaalisena prosessina Reiman ym.(2008, 81) pitävät sitä, ”miten organisaation rakenteelliset ja teknologiset ratkaisut ohjaavat tietynlaisiin kulttuurisiin käsityksiin ja ylläpitävät niitä”. Esimerkiksi potilastietojärjestelmä, joka ei tue potilaan turvallisuuden arviointia, suuntaa hoitajan huomion kauemmaksi potilasturvallisuudesta kohti muita hoidon osa - alueita.

#### 4.3 Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi

Potilasturvallisuusstrategia (STM 2009, 16) velvoittaa terveydenhuollon organisaatioita kehittämään potilasturvallisuuttaan hallitusti ennakoimalla ja oppimalla. Jotta potilasturvallisuuden kehittämistyöhön päästään, on ensin tärkeä ymmärtää kehittämisen kohteena olevan organisaation rakenteita ja prosesseja, toiminnan luonnetta ja sen taustalla vaikuttavia asenteita, käsityksiä ja normeja. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointia voidaan pitää ennakoivana mittarina, jolla kartoitetaan organisaation potilasturvallisuustyön alkuvaiheen lähtötilannetta ja kehittymistä ja jo toteutettujen kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia. Potilasturvallisuuskartoituksia voidaan tehdä myös muista lähtökohdista, esimerkiksi halutaan selvittää vakavien ongelmien taustalla olevia syitä tai suoritetaan arviointi viranomais määräyksen johdosta. Säännöllinen potilasturvallisuuskulttuurin arviointi antaa tietoa siitä, mihin suuntaan eri turvallisuuskulttuuriin vaikuttavat tekijät ovat kehittymässä. (Helovuori ym. 2011, 116 - 118; Reiman ym. 2008, 24.) Tämän kehittämistyön lähtökohtana on antaa kotihoito-organisaatiolle lähtöarvio potilasturvallisuustyön kehittämisen perustaksi.

Potilasturvallisuuden kehittäminen lähtee Reimanin ym. (2008, 24) mukaan terveydenhuollon organisaation pyrkimyksestä ymmärtää, ”mitä kehittynyt turvallisuuskulttuuri sen kohdalla tarkoittaa ja mitkä ovat sen tämänhetkisen turvallisuuskulttuurin vahvuudet ja heikkoudet”. Arvioinnin lähtökohdat ja tavoitteet sekä käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat siihen, millä menetelmällä turvalli-

suuskulttuuriarviointi toteutetaan ja miten syvälle tutkimuskohteen ymmärtämiseen halutaan päästä. Kvantitatiivisina arviointimenetelminä voidaan pitää kyselyä ja auditointiin liittyviä tarkastuslistoja. Kvalitatiivisia menetelmiä ovat haastattelut, ryhmäkeskustelut, työryhmätyöskentely ja havainnointi. (Pietikäinen ym. 2008, 36; Reiman ym. 2008, 27.)

Viime vuosina on potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin kehitetty erilaisia mittareita varsinkin ulkomailla, mutta myös Suomessa. Useat potilasturvallisuuskulttuurin arviointimenetelmät nähdään yhtäläillä kehittämisen työvälineinä. Arviointi saa vastaajansa ymmärtämään potilasturvallisuutta uudesta näkökulmasta eli kiinnittämään huomion turvallisuuteen liittyviin asioihin työssään ja sitä kautta muuttamaan eli kehittämään toimintaansa. (Pietikäinen ym. 2008, 40.)

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) on potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin kehitetty työkalu. Sen on kehittänyt amerikkalainen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) vuonna 2004. Myöhemmin on kehitetty myös lääkärikeskuksiin (engl. medical office) ja hoitolaitoksiin (engl. nursing home) tarkoitettuja versioita kyselystä. Mittari on kansainvälisesti validoitu ja sen avulla on mahdollista arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuurin nykytilanne, tunnistaa sen vahvuudet ja kehittämiskohteet potilasturvallisuuskulttuurin parantamiseksi. Kysely lisää henkilöstön tietoisuutta potilasturvallisuudesta ja lisäksi mittarin avulla voidaan seurata muutoksia organisaation potilasturvallisuuskulttuurissa. Kyselyyn kuuluu 51 kysymystä. Useimmat kysymykset ovat 5-portaisia väittämiä (täysin eri mieltä - täysin samaa mieltä). Kysymykset koskettavat esimerkiksi oman esimiehen toimintaa, kommunikointia, palautteen antoa, tiimityötä. (AHRQ 2011, THL 2012b.)

Hospital Survey on Patient Safety Culture- kyselyä on käytetty Yhdysvalloissa järjestelmällisesti jo vuosia. AHRQ julkaisee tuloksista raportteja säännöllisesti. Uusimmat raportit perustuvat 1128 amerikkalaissairaalaan koottuihin tietoihin. Niiden mukaan amerikkalaisten sairaaloiden potilasturvallisuuskulttuurin vahvuuksina voidaan pitää tiimityöskentelyä, johdon asennetta ja käytännön toimintaa potilasturvallisuuden vahvistamiseksi, organisaation oppimista ja jatkuva

kehittymistä sekä turvallisuudesta viestimistä. Kehittämistarvetta nähdään syyllistämättömän ilmapiirin luomisessa, tiedonkulussa yksiköiden välillä ja vuorojen vaihtuessa sekä henkilöstöresurssien hallinnassa. (AHRQ 2012.)

Mittari on muokattu Suomen oloihin ja käytetty mm. KASTE – ohjelman puitteissa toteutetussa Vetovoimainen ja turvallinen sairaala – osahankkeessa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen neljän sairaalan sairaalahoitokäytölle toteutettiin vuosina 2008 ja 2011 kyselytutkimus Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) mittarilla. Verrattaessa näitä tutkimuksia toisiinsa havaittiin potilasturvallisuuskulttuurin kehittyneen jossain määrin myönteiseen suuntaan. Positiivista kehitystä oli tapahtunut erityisesti virheiden syyllistämättömässä käsittelyssä, vaaratapahtumien raportoinnissa, henkilöstömitoituksessa ja johdon tuessa potilasturvallisuudelle. Myös yleisnäkemyks potilasturvallisuudesta, tiimityöskentely ja lähijohtajan odotukset ja toiminta koettiin parantuneen. Heikennystä vuoden 2008 kyselyyn verrattuna oli koettu tapahtuneen kommunikaation avoimuudessa ja työvuorojen vaihtoon ja potilaiden siirtymisiin liittyvissä asioissa. (KASTE 2011.)

Mittaria on käytetty Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa vuonna 2009. Kysely osoitettiin koko sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnalle. Vastauksia saatiin kuitenkin vain 67, joten aineisto on vain suuntaa antava. Puolet vastaajista (35) arvioi työyksikön potilasturvallisuuden tason joko erinomaiseksi tai erittäin hyväksi. Yli puolet vastaajista ei ollut koskaan tehnyt vaaratapahtumaraporttia. Kehittämistarvetta tuli esiin mm. esimiehen toiminnassa toistuvien potilasturvallisuusongelmien esiintyessä. (Turunen & Partanen 2009.)

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF 2012) on brittiläinen turvallisuuskulttuurin arviointityökalu, joka on kehitetty auttamaan terveydenhuollon organisaatioita arvioimaan turvallisuuskulttuuriaan ja sen kehittymistä. Menetelmässä on sovellus perusterveydenhuollon, akuuttihoidon, sairaankuljetuksen ja mielenterveyden organisaatioille. Sitä ei tiettävästi ole muokattu suomalaiseen käyttöön, vaikka sitä kansainvälisesti paljon käytetäänkin. Safety Attitude Questionnaire (SAQ 2011) on amerikkalainen potilasturvallisuuskulttuurin arvi-



ointimittari. Myös se on laajasti käytössä ulkomailla. Tutkimusalueen monimuotoisuuden ja kulttuuristen erojen takia ulkomaisia tutkimuksia ei mielellään suoraan suomenneta kotimaiseen käyttöön (Pietikäinen 2008, 14).

Suomalainen Teknologian Tutkimuskeskus VTT:n turvallisuuskulttuurimittari (Tuku – kysely) kehitettiin Hospital Survey on Patient Safety Culture – kyselyn ja VTT:ssa aiemmin kehitetyn CULTURE – kyselyn pohjalta Tuku – projektin (Turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa) yhteydessä. Projektissa kehitetty Tuku – kysely toteutettiin vuonna 2008 neljässä eri sairaanhoitopiirissä ja yhdessä terveyskeskussairaalassa. Kysely keskittyy kartoittamaan potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisia ja psykologisia ulottuvuuksia, kuten kappaleessa 4.2 on esitetty. Tuku - turvallisuuskulttuurikysely ja siihen liittyvä mittausmalli ovat julkaistu teoksen Pietikäinen ym. 2012 liitteissä A ja B. (Pietikäinen 2008, 27; Pietikäinen ym. 2008, 43; Pietikäinen ym. 2012, liite A ja B.)

Tuku – kyselyn perusteella tutkittujen terveydenhuolto - organisaatioiden vahvuutena voidaan pitää lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja lähiesimiestoimintaa. Kriittisimmin organisaatioissa suhtauduttiin johdon toimintaan turvallisuuden varmentamiseksi, resurssien hallintaan ja muutosten hallintaan. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että terveydenhuollon organisaatioiden turvallisuuskulttuuri on perusrakenteeltaan, haasteiltaan ja vahvuuksiltaan melko yhteneväinen. Havainnot ovat jokseenkin samansuuntaisia ulkomaisten turvallisuuskulttuuritutkimusten kanssa. (Pietikäinen 2008, 55–56.)

Tuku – kysely on toteutettu myös Espoon sairaalassa vuonna 2010 (Pihkala 2010) lähtöarviona potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Tulosten perusteella tiedetään, että henkilökunta pitää työtään merkityksellisenä, kokee voivansa vaikuttaa työnsä tuloksiin sekä kokee olevansa velvollinen tekemään parhaansa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Espoon sairaalan ilmapiiri koetaan kyselyssä hyväksi ja työntekijät ovat tyytyväisiä työhönsä. Kyselyn pohjalta turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kiinnitettävä huomio työn, resurssien ja muutosten hallintaan sekä hallittuun ja sujuvaan yhteistyöhön ulkopuolisen työvoiman kanssa. Vastausprosentti tähän kyselyyn oli 36 %. (Pihkala 2010, 2.)

Myös Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä on vuonna 2011 tutkittu potilasturvallisuuskulttuurin tilaa Tuku – kyselyn avulla. Vastausprosentiksi muodostui 41,8 %. Tutkimuksen perusteella havaitaan, että arviot potilasturvallisuuskulttuurin ulottuvuuksista nähdään kuntayhtymässä hyvin positiivisina, mutta eroavaisuuksia havaittiin lähinnä esimiesten ja alaisten välisissä arvioissa. Vaikka kokonaisuutena arviot organisatorisista ulottuvuuksista koettiin hyvin positiivisina, nähtiin kehittämistarpeita erityisesti muutoksen hallinnassa, esimiesten positiivisen palautteen antamisessa, yksiköiden välisessä tiedottamisessa, potilassiirtojen hoitamisessa, henkilökunnan riittävydessä ja kriisitilan työskentelyssä. Psykologisia ulottuvuuksia tarkastellessa havaitaan arviot hyvin positiivisiksi. Työn hallinta arvioidaan hyväksi, vaikka kiirettä ja stressiä koetaankin. Myös ilmapiiri ja työtyytyväisyys Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä arvioidaan hyväksi. (Enberg 2011, 48.)

Taulukko 5. Potilasturvallisuuskulttuurin keskeisten mittareiden peittoalueet (Snellman 2008, 9.) lisättynä Tuku – mittarin peittoalueilla.

Mittauksen tarkoitus	Mittari			
	HSPSC	MaPSaF	SAQ	TUKU
Potilasturvallisuudelle annettu huomio ja tärkeys	+	+	+	+
Viestintä	+	+	+	+
Virheen käsittely	+	+	+	
Tiedon kulku ja käsittely	+	+	+	+
Potilaan haittatapahtumien syiden tunnistaminen		+		+
Työtyytyväisyys			+	+
Johtajuus	+	+	+	+
Haittatapahtumista oppiminen		+	+	+
Potilaiden osallistuminen potilasturvallisuuteen		+		
Koettu ja tunnistettu stressi			+	+

Taulukko 5 (jatkuu).

Kokemukset potilaisiin kohdistuneiden haittatapahtumien syistä	+	+		+
Henkilöstöhallinto	+	+	+	+
Haittatapahtumien raportointi	+	+	+	
Harjoittelu ja opetus		+	+	+
Työympäristö	+		+	+
Työskentely tiiminä	+	+	+	+

Yllä olevassa taulukossa 5 on verrattu edellä esiteltyjen kolmen ulkomaisen mittarin ja suomalaisen Tuku - mittarin peittoalueita. Mittarin valintaan vaikuttaa sen sopivuus kohteen tutkimiseen eli minkälaisia asioita tutkimuksen kohteesta haetaan.

#### 4.4 Potilasturvallisuuskulttuuri kehittämiskohteena

Turvallisuuskulttuurin arviointiprosessin ajatellaan jo sellaisenaan toimivan myös kehittämisen välineenä. Kysely voi avata vastaajien silmät näkemään organisaation potilasturvallisuutta uudesta näkökulmasta ja tarkastelemaan aiempaa laajemmin turvallisuuteen liittyviä asioita sekä muuttamaan toimintaansa potilasturvallisuus huomioiden. Kun arvioinnilla pyritään myös organisaation kehittämiseen, on tärkeää, että henkilökunta osallistetaan eri arviointivaiheisiin. Työyhteisön kehittäminen on aina sosiaalinen prosessi. Se edellyttää osallistujiltaan aktiivisuutta ja vuorovaikutusta. Osallistuminen perustuu dialogiin, jonka perusteella työyhteisö tarkastelee avoimesti kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. Organisaation kehittämiseen tähtäävän arviointiprosessin avulla on tärkeä saada kokonaiskuva organisaation turvallisuuskulttuurista ja arvio sen kehityssuunnasta eli ei vain erillistä listaa turvallisuuden haasteista. Lisäksi arvioinnin pohjalta annettavien suositusten ja kehittämiskohteiden tulee olla linjassa keskenään ja ne tulee suhteuttaa jo käynnissä olevaan kehit-

tämistoimintaan. (Pietikäinen ym. 2008, 40; Pietikäinen ym. 2011 (poster); Toikko & Rantanen 2009, 89.)

Voidaanko sitten potilasturvallisuuskulttuuria kehittää? Kulttuuri on perinteisesti nähty asiana, joka vaikuttaa muutosten läpikäymiseen, ei niinkään asiana, jota itsessään voitaisiin muuttaa. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kyse organisaation kehittämisestä. Kyse ei ole pelkästään rakenteiden kehittämisestä tai yksilöiden kouluttamisesta vaan monimutkaisesta kokonaisuudesta, jossa sekä rakenteet että psykologiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa erottamattomasti. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen on haastavaa ja hidasta. (Pietikäinen 2008, 40 – 41; Reiman ym. 2009, 74.)

Perinteisesti terveydenhuollon kulttuuri on korostanut ja syyllistänyt yksilöä virheen tekijänä ja näin ehkäissyt virheistä oppimista. Amalberti ym. (2005, 756) ovatkin koonneet viisi terveydenhuollon kulttuuriin liittyvää estettä, jotka vaikeuttavat potilasturvallisuuden kehittymistä. Ensimmäisenä esteenä on *rajoitusten puuttuminen* järjestelmän maksimikuormituksen ja sallitun riskirajan varalle. Näissä työyhteisöissä harjoitetaan riskialtista toimintaa. Toinen este on *työntekijöiden ylenpalttinen autonomia*, jolloin henkilökunta säätelee itse toimintojaan ja muodostaa omia käytäntöjään. Yhtenäisiä ja perusteltuja toimintatapoja pidetään kuitenkin turvallisuuden kannalta merkityksellisinä. Kolmas este on *käsityömäinen asenne työhön*, jolloin jokaisen työntekijän jälki on erilainen. Tämä asenne tulee korvata toiminnan standardoimisella ja työntekijöiden tasavertaisuudella. Neljäs este on *itsekeskeinen oman turvallisuuden suojeleminen ja konfliktit*, jotka aiheutuvat ammattilaisten ja heidän etujärjestöjensä taipumuksesta suojautua juridisilta vastuilta. Viidentenä esteenä Amalberti ym. näkevät *riskin näkyvyyden katoamisen*, joka aiheutuu liian monimutkaiseksi muodostuneesta rakenteiden ja turvajärjestelmien kokonaisuudesta. (Amalberti 2005, 756.)

Provonost ym. (2006) ovat käyttäneet potilasturvallisuuden kehittämisen perustana tiimilähtöistä CUSP – mallia (comprehensive unit-based safety program). Tässä kehittämismallissa potilasturvallisuuskulttuurin lähtöarviona käytetään SAQ – kyselyn avulla saatua tietoa. Arvioinnin jälkeen henkilöstölle tarjotaan teoreettista tietoa turvallisuudesta. Sen jälkeen työyhteisöt nimeävät toiminnas-

saan ilmenevät turvallisuuteen liittyvät puutteet. Neljännessä vaiheessa johto ja työntekijät yhdessä priorisoivat turvallisuushaasteet ja – interventiot sekä varmistavat turvallisuuden kehittämiseen tarvittavat resurssit. Tämän jälkeen henkilökunta valitsee yhden turvallisuuspuutteen kuukaudessa ja käyttää sitä oppimisen välineenä hyödyntäen erilaisia kehittämiseen tarkoitettuja työkaluja. Lopuksi toteutetaan uudelleen turvallisuuskulttuurikysely, jonka avulla muutosta voidaan arvioida. (Provonost ym. 2006, 120.)

Kappaleessa 4.2 kuvattiin potilasturvallisuuskulttuurin kolme ulottuvuutta. Potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmasta organisatoriset ja psykologiset ulottuvuudet ja sosiaaliset prosessit ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa. Kehittämällä toista ulottuvuutta tullaan väkisinkin vaikuttaneeksi myös toiseen. Kuviossa 4 kuvataan turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien kehittämistä. Pietikäinen ym. (2008, 42) ymmärtävät turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet sellaisina turvallisuuskulttuurin osa-alueina, ”joihin voidaan organisaation taholta tarttua ja jotka voidaan suoraan ottaa kehittämistoiminnan kohteiksi”. Pietikäisen ym. (2008, 42) mukaan myös turvallisuuskulttuurin psykologisiin ulottuvuuksiin voidaan vaikuttaa organisatorisia ulottuvuuksia kehittämällä.

Doran ym. näkevät johtamisella olevan suuren merkityksen organisaation kehittymiselle korkealaatuisen ja turvallisen hoidon tarjoajaksi. Monet turvallisuusriskit kuten monilääkitys, lääkityksen puutteellinen arviointi tai puutteelliset resurssit ovat kyllä hallittavissa, mutta vaativat muutoksia asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymisessä sekä koko organisaation toiminnassa. Tutkimuksen mukaan organisaatiokulttuuri, sen rakenne ja johtaminen sekä henkilöresurssien hallinta ovat merkittäviä tekijöitä, kun organisaatiossa otetaan käyttöön uusia näyttöön perustuvia käytänteitä turvallisuusriskien minimoimiseksi. (Doran ym. 2009, 173.)



Kuvio 4. Turvallisuuskulttuurin psykologiset (sisempi kehä) ja organisatoriset ulottuvuudet ja niiden kehittäminen (ulompi kehä) (Pietikäinen ym. 2008, 42).

Turvallisuuskulttuurin pohja luodaan ammattihenkilöstön osaamisen varmentamisella jo koulutuksessa. Jokaisella työntekijällä on vastuu omasta osaamisestaan. Työnantaja taas vastaa siitä, että työntekijä on perehdytetty ja koulutettu tehtäviinsä. Potilasturvallisuuden edistäminen tulee huomioida niin perus-, jatko- kuin täydennyskoulutuksessa. Lääkehoidon osaaminen on potilasturvallisuuden kannalta erittäin tärkeää. Lääkehoitosuunnitelma ohjaa ja määrittelee organisaatioissa tapahtuvaa lääkehoitoa ja sen toteutusta. Lääkehoidon osaamisen varmentaminen on terveydenhuollon organisaatioissa aloitettu muun muassa erilaisilla verkkopohjaisilla oppimisympäristöillä. (STM 2006, 3; STM 2009, 18.)

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia (STM 2009) nostaa johtamisen merkittäväksi tekijäksi turvallisuuskulttuurin kehityksessä. Johdon tulee ottaa vastuu organisaation potilasturvallisuudesta. Kaikki päätökset tulee arvioida potilasturvallisuuden näkökulmasta. (STM 2009, 14 – 15.) The National Patient Safety Agency (NPSA) on laatinut tarkistuslistan terveydenhuollon organisaatioiden

johtajille. Lista voi toimia johdon apuvälineenä kohti potilasturvallisempaa organisaatiokulttuuria. Suomennettu tarkastuslista (THL 2012c) ohjaa organisaation johtoa seuraavasti:

- rakenna avoin ja reilu työkuulttuuri,
- vakiinnuta potilasturvallisuuden edistäminen osaksi koko organisaatiota,
- yhdistä riskienhallinnan toiminnot,
- edistä vaaratilanteiden raportointia,
- osallista potilaat ja koko väestö, kommunikoi,
- rohkaise henkilöstöä pohtimaan, miten ja miksi vahinkoja tapahtuu sekä
- tee päätöksiä, jotka ehkäisevät vahinkojen syntymisen.

Potilasturvallisuuden kannalta on turvallisuuskriittisissä organisaatioissa syytä pyrkiä vakiomuotoisiin toimintatapoihin. Helovuon (2009, 103 – 108) on määritellyt sellaisiksi toiminnan suunnittelun, vakioituneen työnjaon, toiminnan valvonnan, toimenpiteiden varmistamisen ja tarkistamisen sekä vakiomuotoisen viestinnän.

Toiminnan suunnittelua voidaan pitää keskeisenä osana inhimillisten virheiden hallintaa. Suunnittelun tarkoituksena on varmistaa, että toiminta on koordinoitua ja että kaikki oleellinen tieto on työryhmälle jaettu. Tulossa oleva tilanne käydään yhdessä läpi, sovitaan työnjako ja vastualueet sekä määritellään mahdolliset kriittiset vaiheet ja poikkeamat. (Helovuon 2009, 103 – 104.)

Vakioituneen työnjaon avulla voidaan varmistaa, että jokainen työryhmän jäsen tuntee vastuunsa ja kaikki tarvittavat toimenpiteet tulevat tehdyiksi. Joskus työyhteisössä voidaan ajautua tilanteeseen, jossa syntyy oletus toisen toiminnasta ja kommunikaatio siihen liittyen vähenee. Vakioitu työnjako helpottaa yhteistyötä, koska yksittäisistä työtehtävistä ei joka kerta tarvitse erikseen sopia. (Helovuon 2009, 104 – 105.)

Toiminnan valvonnan kannalta on oleellista määrittellä tarkkailun alla olevat asiat ja asioiden valvonnasta vastuussa olevat tahot sekä sopia informaatiosta eri tahoille. Toimenpiteiden tarkastuksen tulisi olla normaali käytäntö silloin, kun

kyseessä on turvallisuuteen vaikuttava kriittinen työtehtävä. Esimerkiksi lääkkeiden jaon kaksoistarkastus on käytössä jo yleisesti terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastuslistojen avulla varmistetaan, että tärkeimmät tilanteeseen liittyvät asiat on hoidettu ja samalla minimoidaan riskin tai unohduksen mahdollisuus. (Helovuori 2009, 105 – 107.) Tällaisia tarkastuslistoja on käytössä jo leikkauksaleissa ja jonkun verran potilaan kotiutustilanteissa.

Hyvä kommunikointi on virheiden hallinnan kannalta tärkeää. Onnistuneessa kommunikoinnissa viestin lähettäjä saa varmistuksen siitä, että viesti on mennyt perille ja ymmärretty oikein. (Helovuori 2009, 107 – 108.) Terveydenhuollon organisaatioissa esimerkiksi potilasohjauksessa, suullisesti annetuissa lääkemääräyksissä ja potilassiirtoihin liittyvässä kommunikoinnissa on potilasturvallisuuden näkökulmasta tärkeää, että kommunikointi on systemaattista, asiat käydään läpi tietyn protokollan mukaisesti ja että tarkistetaan vastaanottajan ymmärtäneen asian oikein antamalla hänen esimerkiksi toistaa viesti.

VTT on yhteistyössä Työterveyslaitoksen, useiden sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sekä terveydenhuollon palveluita ja tuotteita tarjoavien yritysten kanssa toteuttanut Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltiksi – projektin (POTILASTURVA). Projekti käynnistyi 2010 ja päättyi 2012. Projektin tuotoksena syntyi adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen – malli. Terveydenhuollon organisaatiot ovat adaptiivisia, ympäristön muutoksiin ja vaatimuksiin joustavasti vastaavia. Samalla tavalla myös niiden johtaminen tulee olla adaptiivista ja erilaisia johtamistapoja joustavasti hyödyntävää. Potilasturvallisuuden adaptiivinen johtaminen nähdään ”toimijoiden vuorovaikutuksessa syntyvänä muutosvoimana, joka edistää organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja halua ymmärtää toimintaan liittyviä vaaroja ja vastata niihin”. Toimijoina nähdään organisaation johto ja työntekijät sekä potilas ja hänen läheisensä. Adaptiivisen johtamisen periaatteita on viisi. Ne ovat:

- yhteisen turvallisuustilanteen edistäminen,
- toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen,
- toimijoiden itseorganisoitumisen edistäminen,



- toiminnan rajaaminen ja
- organisaation tavoitteellinen ohjaaminen. (Pietikäinen ym. 2012, 5, 34.)

Potilasturvallisuuden johtamisessa tulee edistää työntekijöiden yhteisen turvallisuustilan muodostumista toiminnan tarkan määrittämisen ja ohjeistuksen sijaan. Tämä on tärkeää siksi, että sisäistetyt arvot ohjaavat työntekijän toimintaa silloinkin, kun kiire, ohjeistuksen puute, poikkeustilanne tms. häiritsee harjontaa ja päätöksentekoa. Myös potilaille ja heidän läheisilleen on viestitettävä turvallisuuden merkitys ja autettava heitä ymmärtämään oma tärkeä roolinsa potilasturvallisuuden edistäjinä. Yhteisen tahtotilan edistäminen ei ole erillistä toimintaa vaan jatkuva prosessi, jossa johtamisen avulla liitetään turvallisuus osaksi organisaation perustehtävää. On myös tärkeä perustella toimijoille, miksi tietynlainen toiminta on turvallisuuden kannalta perusteltua. (Pietikäinen ym. 2012, 40 – 41.)

Esimiehen tehtävänä on luoda sellainen avoin ja toimiva vuorovaikutusympäristö, jossa syntyy perustehtävän kannalta tarkoituksenmukaista yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Potilasturvallisuuden johtaminen on erilaisten vuorovaikutusta edistävien sääntöjen, normien, työvälineiden ja foorumeiden luomista. On tärkeää luoda ilmapiiri, jossa työntekijät kuuntelevat toisiaan ja arvostavat toistensa näkemyksiä. (Pietikäinen ym. 2012, 41.)

Potilasturvallisuuden johtamisella tulisi edistää työntekijöiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen. Jotta toiminnan turvallisuus säilyy erilaisissa eteen tulevissa yllättävissä tilanteissa, tulee potilasturvallisuuden johtamisella luoda mahdollisuudet työntekijöiden itseorganisoitumiselle. Oleellista on se, että työntekijöillä on kykyä improvisointiin ja spontaaniin toimintaan, tilannetietoisuutta ja joustavuutta poikkeuksellisessa tilanteessa sekä ymmärrys siitä, ettei ole yhtä oikeaa tapaa toimia. Aktiivisen vuorovaikutuksen keinoin tuetaan työntekijöiden, potilaiden ja heidän läheistensä ymmärrystä siitä, miksi hoitoa toteutetaan sovitulla tavalla ja mitä tapahtuu, jos hoitosuunnitelmasta poiketaan. Oleellista on herättää ajatuksia siitä, mitä kaikkea mahdollista hoidon aikana voi tapahtua. (Pietikäinen ym. 2012, 42.)

Toiminnan rajaaminen on tärkeä periaate potilasturvallisuuden johtamisessa. Organisaation työntekijöiden toiminnalle on asetettava rajat ja määriteltävä ne asiat, jotka ovat pakollisia tai kiellettyjä. Työntekijöiden tehtäväkuvaukset ja vastuut tulee olla selkeästi määritelty ja ymmärretty. Jokaisen työntekijän velvollisuus on tuoda esiin ne edellytykset, joita tehtävän turvallinen toteutus vaatii. Työntekijä voi myös vaikuttaa siihen, mihin hyväksyttävän toiminnan rajat vedetään. Toiminnan rajauksella on tärkeä merkityksensä myös niissä tilanteissa, joissa toimitaan yli organisaation rajojen. Esimerkiksi potilaan siirtyessä jatko-hoitopaikkaan on työnjako oltava selkeää lähettävän ja vastaanottavan tahon välillä. Toisaalta on huomioitava, etteivät liian suuri määrä samanaikaisia ohjeita monimutkaista toimintaa ja heikennä potilasturvallisuutta. (Pietikäinen ym. 2012, 43.)

Jos organisaatiota ei ohjata ja kehitetä tavoitteellisesti jatkuvassa muutoksessa, voi näyttää siltä, että se ajelehtii ja mukautuu muutokseen passiivisesti. Siksi on tärkeä tietää mihin suuntaa organisaatiota ollaan muuttamassa. On hyvä tietää niin pienten kuin suurtenkin muutosten merkitys kokonaisuudelle. Organisaation kehittämisessä tulisi keskittyä jatkuvaan kehitykseen pienten muutosten kautta. Pienet muutosaskeleet antavat organisaation työntekijöille paremman mahdollisuuden kehittyä ja oppia muutosten mukana. Työntekijöiden mahdollisimman laaja osallistaminen edistää heidän sitoutumistaan muutokseen ja antaa laajan tietopohjan muutoksen tueksi. Muutosprosessin onnistumisen kannalta tämä on oleellista. (Pietikäinen ym. 2012, 45.)

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

### 5.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuskulttuurikyselyn avulla Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista kotihoidon organisaatiossa.

Tavoitteena oli antaa Turun kaupungin kotihoidon johdolle ja työntekijöille mahdollisuus tarkastella organisaatiokulttuuriaan potilasturvallisuuden näkökulmasta sekä nostaa esiin potilasturvallisuuteen liittyviä kehittämisaiheita ja – näkökulmia kehittämisprojektin tueksi.

Tutkimusongelmiksi muodostuivat siis:

1. Minkälaiseksi henkilökunta arvioi potilasturvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet Turun kaupungin kotihoidossa?
2. Minkälaiseksi henkilökunta arvioi potilasturvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet Turun kaupungin kotihoidossa?
3. Minkälaista yhteyttä kontrollimuuttujilla (työmotivaatio, odotukset työtä kohtaan, työilmapiiri, turvallisuushuoli, työtyytyväisyys, työtehtävien koettu turvallisuuskriittisyys, organisaation ilmapiiri, raportointi, työn autonomia) on vastaajien arvioihin potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisista ja psykologisista ulottuvuuksista?

## 5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin sähköisesti Webropol – ohjelmaa hyväksi käyttäen Teknologian tutkimuskeskus VTT:n suunnitteleman turvallisuuskulttuurimittarin (Tuku - kysely) avulla. Mittari on kehitetty nimenomaan suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden käyttöön. Tuku – kysely mittaa kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisia ja psykologisia ulottuvuuksia. Kysely kartoittaa organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tilaa ja tarkastelee organisaation turvallisuuden liittyviä vahvuuksia ja kehittämistarpeita sekä auttaa kehittämään toimintaa potilasturvallisuus huomioiden. Tuku – kysely on julkaistu teoksen Pietikäinen ym. 2012 liitteessä A. (Pietikäinen ym. 2008, 40; Pietikäinen ym. 2012.)

Kysely koostuu 66:sta eri väittämästä, joiden paikkansapitävyyttä vastaajat arvioivat kuusiportaisen asteikon avulla, jossa 1 tarkoittaa, ettei väittämä pidä lainkaan paikkaansa vastaajan kohdalla ja 6 tarkoittaa, että väittämä pitää erittäin hyvin paikkansa. Organisatorisia ulottuvuuksia mittaavia väittämiä on 39 (väittämät 2.1 – 2.16 ja 2.18 - 2.39), jotka antavat vastauksen ensimmäiseen tutkimusongelmaan. Psykologisia ulottuvuuksia mittaavia väittämiä on 16 (väittämät 1.2 – 1.13 ja 1.15 - 1.18). Nämä väittämät antavat vastauksen toiseen tutkimusongelmaan. Kontrollimuuttujia edustavia väittämiä on 11 (väittämät 1.1, 1.14, 1.19 – 1.27). Lisäksi vastaajalla on mahdollisuus vastata yhteen avoimeen kysymykseen. Taustakysymyksiä on 8. Taustamuuttujien muokkauksessa huomioitiin se, ettei vastaajia niiden avulla voida tunnistaa. Sukupuoli – kysymys jätettiin pois, ettei miespuolisia vastaajia naisvaltaisessa työyhteisössä tunnisteta.

Koska alkuperäinen Tuku – kysely on kehitetty sairaalaorganisaatiossa käytettäväksi, on tätä kotihoidossa käytettyä kyselyä jouduttu pieniltä osin muokkaamaan sopivaksi kotihoidon toimintaympäristöön. Kyselylomakkeessa käytetty käsite ”sairaala” on korvattu käsitteellä ”kotihoito”, käsite ”potilas” on korvattu käsitteellä ”asiakas” sekä käsite ”osasto” on korvattu käsitteellä ”taho”. Yksi ky-

symys (kysymys 2.17) poistettiin kokonaan kyselystä sopimattomana kotihoidon toimintaympäristöön.

Kysely pilotoitiin kahden terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Heidän suosituksesta kyselyyn tehtiin lähinnä ulkoasuun liittyviä muutoksia. Itse kyselyn sisältöä ei muutettu. Kyselystä tiedotettiin 13.9.2012 Turun kaupunginsairaalan luentosalissa kotihoidon sisäisessä palaverissa, jonne oli kutsuttu kotihoidon palveluesimiehet, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. Heitä informoitiin välittömään tietoa kyselystä eteenpäin tiimeihinsä. 19.9.2012 kysely avattiin Webropol – ohjelmaan ja sähköinen linkki lähetettiin samana päivänä kotihoidon hallinnon sihteerille, jota informoitiin vielä toistamiseen kyselyn kohderyhmästä. Sihteeri välitti kyselyyn johtavan linkin saatekirjeen (liite 1) mukana vastaajien työsähköposteihin.

4.10.2012 kyselystä muistutettiin vastaajia sähköpostitse ensimmäisen kerran ja 18.10 toisen kerran. Lisäksi palvelupäälliköt muistuttivat palveluesimiehiään kyselystä omissa kokouksissaan. Kysely oli auki vastaajille 28.10.2012 asti, joten vastausaikaa kertyi kaiken kaikkiaan lähes kuusi viikkoa.

### 5.3 Aineiston analyysi

Kartoituksen kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 20 – ohjelman avulla. Kyselyssä käytetyssä välimatka – asteikossa oli määritellyt ainoastaan asteikon ääripäiden merkitys. Tuloksia tarkastellaan niin, että vastaukset 1-3 tulkitaan negatiivisiksi arvoiksi ja vastaukset 4-6 positiivisiksi arvoiksi. Poikkeuksena negatiivisessa muodossa olevat väittämät (1.3 – 1.7, 1.21, 1.22 ja 1.26), joiden vastaukset 1-3 on tulkittu positiivisiksi ja vastaukset 4-6 negatiivisiksi.

Taustamuuttujia kyselyssä ovat henkilöstöryhmä, ikä, esimiesasema, työskentelyaika Turun kaupungin kotihoidossa, työskentely tyypillisesti suoraan asiakkaiden kanssa, työskentelyalue/ -yksikkö, osallisuus potilasvaaratapahtumaan vii-

meisen vuoden aikana sekä raportointi tästä vaaratapahtumasta. Koska vastaajista vain yksi ilmoitti toimivansa kotihoidon lääkärinä, yhdistettiin tämä vastaaja henkilöstöryhmään ”muu”. Tätä ryhmää ei tarkasteltu henkilöstöryhmien eroja tutkittaessa sen pienuuden takia (n=5). Ei myöskään ollut mielekästä liittää tätä ryhmää mihinkään muuhun henkilöstöryhmään työtehtävien erilaisuuden takia.

Kysely ohjeisti vastaamaan vaaratapahtumasta raportointi – kysymykseen (kysymys 11) vain niitä vastaajia, jotka ilmoittivat olleensa osallisena viimeisen vuoden aikana vaaratapahtumassa. Vastausmahdollisuutta ei kuitenkaan lukittu niiltä vastaajilta, jotka ilmoittivat, etteivät ole olleet osallisena vaaratapahtumassa. Tämän vuoksi kymmenen sellaista vastaajaa, jotka eivät ole olleet osallisina vaaratapahtumaan olivat kuitenkin vastanneet kieltävästi vaaratapahtumasta raportointi – kysymykseen. Raaka – aineisto käytiin läpi manuaalisesti ja sieltä poistettiin näiden kymmenen vastaajan virheelliset ”ei” - vastaukset.

Kaikista yksittäisistä väittämistä on ensin laskettu keskiarvojakaumat. Nämä esitetään liitteessä 2. Lisäksi kaikista väittämistä on muodostettu frekvenssitaulukot (liite 3). Tämän jälkeen muodostettiin summamuuttujat Tuku -kyselyyn liittyvän mittausmallin (Pietikäinen 2012, liite B) mukaisesti laskemalla yhteen osioiden arvot ja jakamalla summa osioiden lukumäärällä.

Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimilla, jotka mittaavat summattavien muuttujien sisäistä johdonmukaisuutta. Mitä lähempänä arvo on 1:stä, sitä paremmin muuttujat korreloivat keskenään. Yleensä jo alfa-kertoimen arvoa 0,6 tai 0,7 pidetään riittävänä, jotta summamuuttuja voidaan muodostaa. (Ernvall ym. 2002, 158.)

Alkuperäisessä Tuku – kyselyssä kontrollimuuttujia on yhdeksän, joista kaksi muuttujaa sisälsi kaksi väittämää ja muut seitsemän vain yhden väittämän. Tässä kyselyssä kuitenkin kukin väittämä muodostaa oman kontrollimuuttujansa. Turvallisuushuoli jaettiin kahdeksi eri muuttujaksi, jotka nimettiin uudelleen; potilasturvallisuushuoli ja sitoutumattomuus turvallisuuteen. Potilasturvallisuushuoli muodostui väittämästä ”Kotihoidon potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina”. Sitoutumattomuus turvallisuuteen puolestaan muo-

dostui väittämästä ”Kotihoidossa on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen”. Raportointi jaettiin niin ikään kahdeksi eri muuttujaksi, jotka nimettiin vaaratapahtumien raportoinniksi ja syyllistämisen peloksi. Vaaratapahtumien raportointi muodostui väittämästä ”Kotihoidossa ilmoitetaan vaaratapahtumista avoimesti”. Syyllistämisen pelko muodostui negatiivisesta väittämästä ”Kotihoidossa syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä”.

Tässä aineistossa on tilastollisten testien tulkinnessa käytetty todennäköisyyttä  $p$ , joka ilmoittaa, kuinka suuri riski otetaan, jos nollahypoteesi hylätään. Tässä tutkimuksessa on käytetty 5 %:n riskitasoa. Tämä tarkoittaa, että sattuman vaikutuksesta toteutuvan nollahypoteesin mukaisen jakauman todennäköisyys on 5 %. (Ernvall ym. 2002, 111.)

Tilastollisilla testeillä on selvitelty ryhmien välisiä eroja. Koska tässä tutkimuksessa käytetty asteikko oli välimatka-asteikko ja suurin osa tarkasteltavista muuttujista ei noudattanut normaalijakaumaa, käytettiin ei-parametrisia testejä. Vertailtaessa kahta eri ryhmää käytettiin Mann – Whitney’n U – testiä. Tätä testiä käytettiin tässä tutkimuksessa esimiesaseman vaikutuksen analysointiin. Tarkasteltaessa useamman kuin kahden eri vastaajaryhmän eroja toisiinsa nähden, käytettiin Kruskal – Wallisin testiä. Parivertailuja tehtiin Tamhanen ja Gabrielin testeillä. Tässä tutkimuksessa näin toimittiin tarkisteltaessa henkilöstöryhmästä, iästä ja työkokemuksen pituudesta muodostuvia eroja eri vastaajaryhmien välillä. (Ernvall ym. 2002, 112.)

Kontrolliväittämien ja organisatoristen sekä psykologisten ulottuvuuksien välisten riippuvuuksien tarkastelussa käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa, koska käytetty mittari on välimatka - asteikollinen. Se mittaa kahden muuttujan lineaarista korrelaatiota eli niiden yhteyttä toisiinsa. Korrelaatioarvo ( $r$ ) voi olla  $> 0$ , jolloin muuttujien välillä on positiivinen korrelaatio. Mitä suurempi  $r$  on, sitä voimakkaampi korrelaatio on muuttujien välillä. Jos taas  $r < 0$ , muuttujien välillä on negatiivinen korrelaatio ja vielä sitä voimakkaampi, mitä pienempi  $r$  on. Jos korrelaatioarvo on 0 tai hyvin lähellä sitä, ei muuttujien välillä ole lineaarista korrelaatiota. Riippuvuusastetta on tässä analyysissä tulkittu siten, että korrelaatio on

vahva, kun  $r \geq 0,8$ , kohtalainen, kun  $0,3 \leq r < 0,8$  ja heikko, kun  $r < 0,3$ . (Ernvall ym. 2002, 78; KvantiMOTV 2003.)

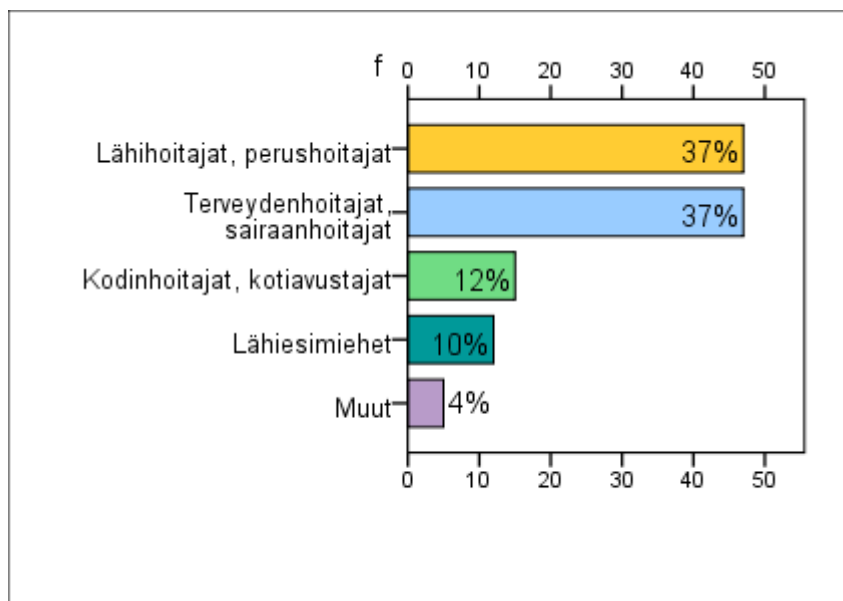


## 6 KYSELYN TULOKSET

### 6.1 Taustamuuttujien tarkastelu

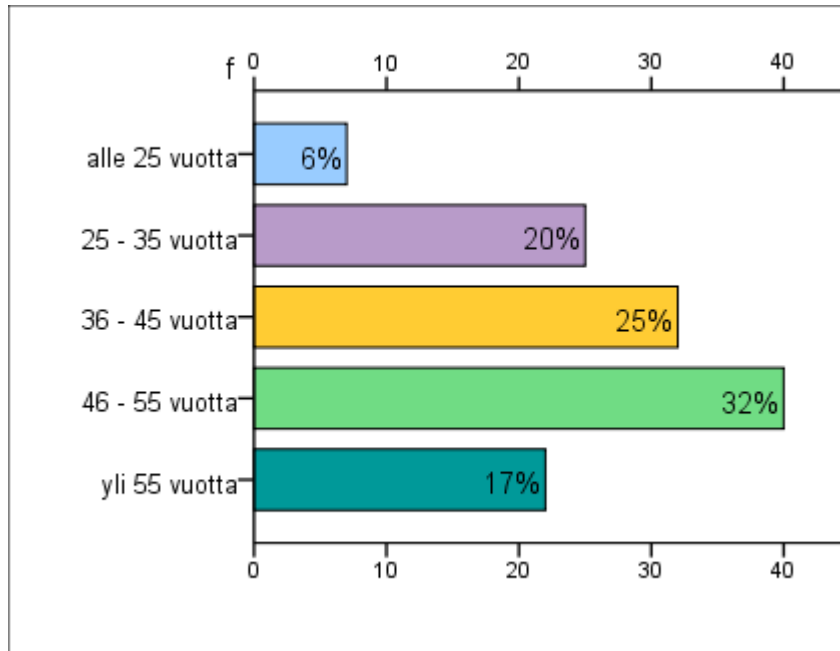
Turvallisuuskulttuurikyselyyn pyydettiin vastaus koko Turun kaupungin kotihoiton henkilökunnalta pois lukien ennalta ehkäisevät palvelut ja kotona asumista tukevat palvelut. Kysely osoitettiin siis kotihoiton yhteispalvelualueiden A ja B sekä Kotiinkuntoutumistoiminnan työntekijöille, joita oli 22.10.2012 lääkärit mukaan lukien yhteensä 659 henkilöä. Vastauksia saatiin 127 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 19.3 %.

Vastaajista 37 % (n = 126) ilmoitti henkilöstöryhmäkseen terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, saman verran vastaajista kuului ryhmään lähi- ja perushoitajat (f = 47). 10 % vastaajista ilmoitti olevansa lähiesimiehiä (f = 12) ja 12 % kodinhoitajia tai kotiavustajia. Ryhmään Muu, mikä sijoittui 5 vastaajaa nimikkeillä palveluesimies, palveluohjaaja, kuntohoitaja, kotihoiton henkilökunta ja lääkäri. Alla olevassa kuviossa 5 on havainnollistettu vastaajien jakautuminen henkilöstöryhmittäin.



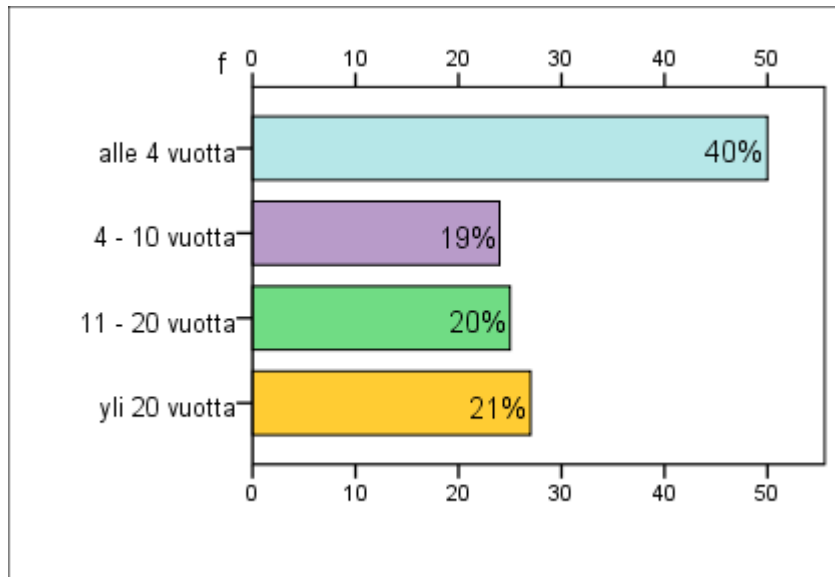
Kuvio 5. Vastaajat henkilöstöryhmittäin, n=126.

Vastaajien ikäjakauma painottui yli 35 -vuotiaisiin, joita vastanneista oli 74 % (f = 94). Noin puolet (49 %) vastaajista oli yli 46 -vuotiaita. Vain 26 % vastaajista oli alle 35 -vuotiaita. Tarkemmin ikäjakaumaa on tarkastelu kuviossa 6.



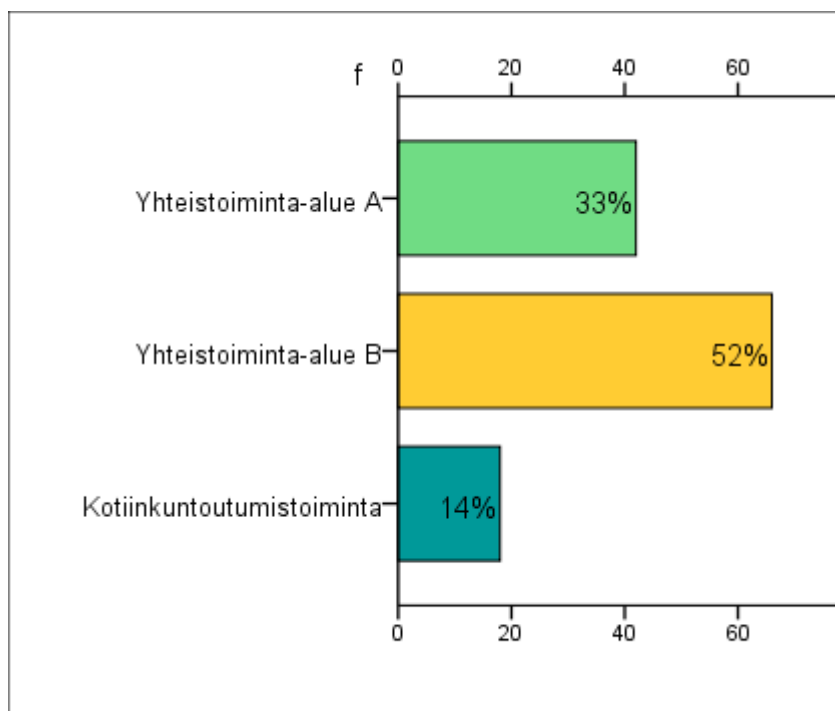
Kuvio 6. Vastaajien ikäjakauma, n=126.

Vastaajista 11 % (n = 126) ilmoitti toimivansa esimiestehtävissä. Vastaavasti 88 % vastaajista ilmoitti olevansa tyypillisesti suoraan tekemisissä asiakkaiden kanssa. Vastaajista 40 % ilmoitti työskennelleensä kotihoidossa alle 4 vuotta (f = 50). Loput vastaajat (60 %) sijoittuvat tasaisesti muihin ryhmiin. Kuvioista 7 ilmenee myös vastaajien lukumäärät kussakin kategoriassa.



Kuvio 7. Vastaajien työkokemus kotihoidossa, n=126.

Kuviossa 8 tarkastellaan vastaajien sijoittumista kotihoidon toiminta-alueeseen. Yli puolet vastaajista työskenteli kotihoidon yhteistoiminta – alueella B. 33 % (n = 126) vastaajista puolestaan työskenteli yhteistoiminta – alueella A ja 14 % vastaajista työskenteli Kotiinkuntoutumistoiminnassa.



Kuvio 8. Vastaajien työskentelyalue, n=126.

Vastaajista 46 % ilmoitti olleensa osallisena potilasvaaratapahtumaan viimeisen vuoden aikana. Heistä 47 vastaajaa teki itse vaaratapahtumasta HaiPro – ilmoituksen ja 5 vastaajaa ilmoitti, että joku muu teki tapahtumasta ilmoituksen. Vastaavasti 5 vastaajaa ilmoitti, ettei vaaratapahtumasta tehty lainkaan HaiPro – ilmoitusta.

## 6.2 Organisatoriset ulottuvuudet

Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia kuvaavista väittämistä muodostettiin mittausmallin mukaisesti yhdeksän summamuuttujaa. Nämä ovat työn edellytysten hallinta, työprosessien hallinta, turvallisuusjohtaminen, esimiestuki turvalliselle toiminnalle, turvallisuuden ennakoiva kehittäminen, vaarojen hallinta, osaamisen hallinta, muutosten hallinta ja ulkopuolisten toimijoiden hallinta.

Taulukko 6. Organisatoristen ulottuvuuksien tunnusluvut (n=125–127). 1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6(=pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Organisatoriset ulottuvuudet	Ka	Kh	Md	Alfa
Työn edellytysten hallinta	4,16	,86	4,25	,722
Työprosessien hallinta	3,84	,87	4,00	,810
Turvallisuusjohtaminen	3,48	1,05	3,60	,863
Esimiestuki turvalliselle toiminnalle	4,07	1,17	4,33	,853
Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen	3,51	,95	3,60	,885
Vaarojen hallinta	3,37	1,04	3,50	,795
Osaamisen hallinta	3,73	1,05	3,75	,830
Muutosten hallinta	2,67	1,11	2,75	,937
Ulkopuolisten toimijoiden hallinta	3,35	1,05	3,33	,815

Keskiarvo (Ka), keskihajonta (Kh), mediaani (Md) ja Cronbachin alfakerroin (Alfa).

Taulukossa 6 esitetään kaikkien näiden summamuuttujien osalta keskiarvot, keskihajonnat, mediaanit ja Cronbachin alfakertoimet. Vastausten perusteella nähdään, että työn edellytysten hallinta koetaan organisatorisista ulottuvuuksista toteutuvan kotihoidossa organisaatiossa parhaiten (Ka 4,16). Työn tekoa tukeva ohjeisto, tarvittava tieto ja oikeanlainen välineistö ovat hyvin saatavilla ja

henkilökuntamäärää vastaajat pitivät työmäärään nähden keskimääräistä riittävämpänä keskiarvolla 3.67 (liite 2). Työprosessien hallinnan alueella parhaimmaksi koettiin tiedonkulun erilaiset potilasturvallisuutta edistävät ratkaisut (Ka 4.75), heikoimmaksi taas koettiin töiden koordinointi sellaisissa töissä, joihin osallistuu useampi taho (Ka 3.44) (liite 2).

Turvallisuusjohtamisen tasoa kotihoidossa kuvaavista väittämistä heikoimman keskiarvon (3.13) sai väittämä, jonka avulla kartoitettiin johdon pyrkimystä varmistaa riittävät taloudelliset resurssit potilasturvallisuuden kannalta tärkeissä toimenpiteissä (liite 2). Esimiehen tuki turvalliselle toiminnalle koettiin toiseksi parhaiten kotihoidossa toteutuvaksi organisatoriseksi ulottuvuudeksi keskiarvolla 4.07. Parhaiten (Ka 4.63) vastaajien mielestä paikkansa piti väittämä ”Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa” (liite 2).

Turvallisuuden ennakoivan kehittämisen arvioitiin onnistuvan kotihoidossa keskimääräisesti (Ka 3.51). Heikoimmin arvioitiin toteutuvan vaaratapahtumista oppimisen (Ka 3.33) (liite 2). Vastaajat kokivat kotihoidossa olevan melko huonosti varajärjestelmiä yllättävien tilanteiden hoitamiseksi (Ka 3.15) (liite 2). Peräti 60 % vastaajista (liite 3) oli sitä mieltä, että kotihoidosta puuttuu sellaiset varajärjestelmät kuten työvälit, resurssit ja varamiehet. Vaarojen hallinta kokonaisuutena arvioitiin onnistuvan hiukan paremmin (Ka 3.37). Osaamisen hallinnan alueelta vastaajat arvioivat parhaiten toteutuvan työntekijän mahdollisuuden kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella (Ka 4.12). Osaamisen hallinnan kokonaisuus sai vastaajilta keskiarvon 3.73 (liite 2).

Muutosten hallinta arvioitiin vastauksissa keskimääräistä heikommaksi (Ka 2.67); muutosten suunnittelussa ja toteutuksessa on parantamisen varaa, työntekijöiden mielipiteitä muutostilanteessa ei riittävästi huomioida, kotihoidon johto voisi olla realistisempi sen suhteen, miten paljon muutoksia organisaatio kestää, ja muutosten vaikutuksia pitäisi huolellisemmin arvioida suhteessa potilasturvallisuuteen (liite 2). 74 % vastaajista koki, ettei työntekijöiden mielipiteitä juurikaan kuunnella muutostilanteissa (liite 3). 64 % vastaajista (liite 3) oli sitä mieltä, että

kaikki kotihoidossa työskentelevät keikkatyöntekijät eivät ole päteviä (3.06) (liite 2). Ulkopuolisten toimijoiden hallinta arvioitiinkin vastausten perusteella yhdeksi heikoimmin toteutuvaksi organisatoriseksi ulottuvuudeksi (Ka 3.35).

### 6.3 Psykologiset ulottuvuudet

Turvallisuuskulttuurin psykologisia ulottuvuuksia tarkasteltiin tässä mittarissa väittämien avulla muodostettujen neljän eri summamuuttujan avulla. Nämä ovat hallinnan tunne, henkilökohtainen vastuuntunne, turvallisuusmotivaatio ja valppaus. Hallinnan tunne muodostuu viidestä eri väittämästä, jotka kaikki ovat negatiivisia. Taulukossa 7 tarkastellaan näitä neljää psykologisen ulottuvuuden summamuuttujaa keskiarvon (Ka), keskihajonnan (Kh), mediaanin (Md) ja Cronbachin alfakertoimen (Alfa) avulla.

Taulukko 7. Psykologisten ulottuvuuksien tunnusluvut (n=125–127).  
1 (=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (=pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Psykologiset ulottuvuudet	Ka	Kh	Md	Alfa
Hallinnantunne (neg.)	3,56	1,09	3,60	,833
Henkilökohtainen vastuuntunne	5,25	,70	5,50	,760
Turvallisuusmotivaatio	5,48	,60	5,67	,823
Valppaus	4,76	,67	4,75	,670

Keskiarvo (Ka), keskihajonta (Kh), mediaani (Md) ja Cronbachin alfakertoimen (Alfa).

Vastaajat kokevat vahvaa henkilökohtaista vastuuta työstään, asiakkaistaan ja heidän voinnistaan (Ka 5,25). He myös kokevat potilasturvallisuuden erittäin tärkeäksi ja keskeiseksi työtään ohjaavaksi arvoksi ja pitävät tärkeänä sen korostamista työyhteisössä (liite 2). Turvallisuusmotivaatio näyttäisi vastausten perusteella olevan kotihoidon työntekijöillä erityisen korkea (Ka 5.48). Myös valppaus potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa näyttää vastaajien kohdalla olevan korkeaa (Ka 4.76).

Työn hallinnan tunne (negatiivinen summamuuttuja) on vastaajilla hiukan keskimääräistä heikompaa (Ka 3,56) ja poikkesi selvästi muista potilasturvallisuus-

kulttuurin psykologisista ulottuvuuksista. Hallinnan puute syntyy kiireestä, liiallisesta työmäärästä, työtehtävien liiallisesta vaativuudesta, kokemuksesta, ettei pysty tekemään työtään niin huolellisesti kuin haluaisi, sekä työstressistä (liite 2). 68 % vastaajista koki, ettei hänellä aina ole mahdollisuuksia tehdä työtä riittävän huolellisesti ja 67 % koki, että joutuu usein kiirehtimään työssään (liite 3). Toisaalta vain 24 % vastaajista piti työtehtäviään liian vaativina (liite 3).

#### 6.4 Kontrollimuuttujat ja niiden yhteys organisatorisiin ja psykologisiin ulottuvuuksiin

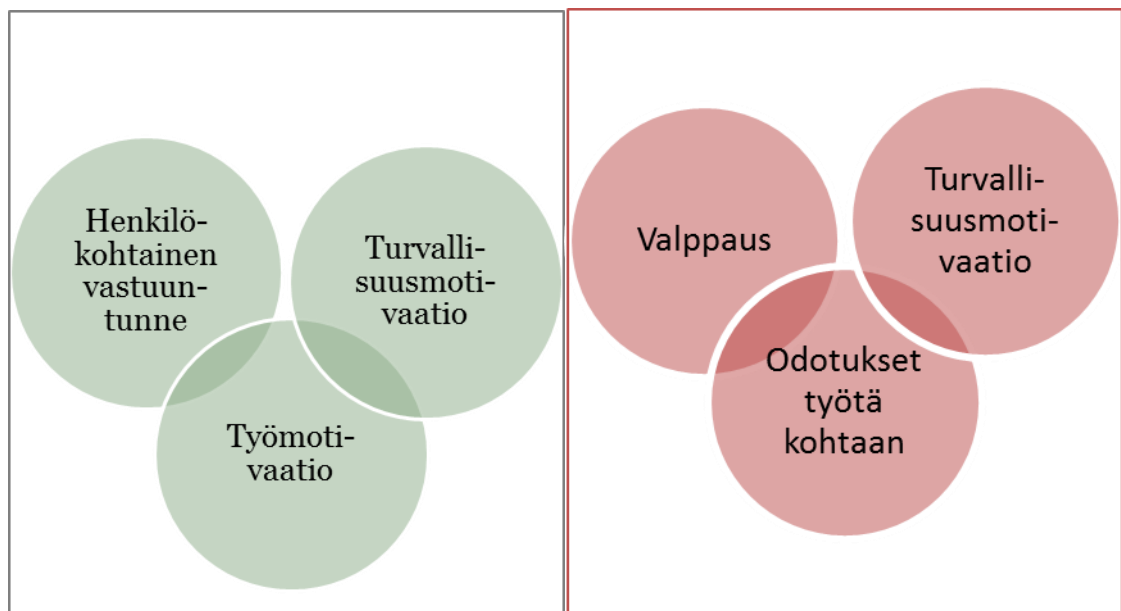
Tässä Tuku – kyselyssä kontrollimuuttujia muodostettiin 11 kappaletta. Ne ovat työmotivaatio, odotukset työtä kohtaan, työilmapiiri, potilasturvallisuushuoli, sitoutumattomuus turvallisuuteen, työtyytyväisyys, työtehtävien koettu turvallisuuskriittisyys, organisaation ilmapiiri, vaaratapahtumien raportointi, syyllistämisen pelko sekä työn autonomia. Näistä sitoutumattomuus turvallisuuteen, työtehtävien koettu turvallisuuskriittisyys ja syyllistämisen pelko muodostuvat negatiivisista väittämistä. Taulukossa 8 on kaikille kontrollimuuttujille laskettu keskiarvo, keskihajonta, mediaani, minimi ja maksimi.

Taulukko 8. Kontrollimuuttujien tunnusluvut.  
1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (pitää erittäin hyvin paikkaansa).

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Työmotivaatio	5,68	,58	6	4	6
Odotukset työtä kohtaan	4,87	,96	5	2	6
Työilmapiiri	4,53	1,32	5	1	6
Potilasturvallisuushuoli	4,28	1,40	4	1	6
Sitoutumattomuus turvallisuuteen (neg.)	3,82	1,44	4	1	6
Työtyytyväisyys	4,80	1,01	5	2	6
Työtehtävien koettu turvallisuuskriittisyys (neg.)	1,86	1,31	1	1	6
Organisaation ilmapiiri	3,94	1,23	4	1	6
Vaaratapahtumista raportointi	3,98	1,24	4	1	6
Syyllistämisen pelko (neg.)	3,32	1,47	3	1	6
Työn autonomia	4,94	1,07	5	1	6

Keskiarvo (Ka), keskihajonta (Kh), mediaani (Md), minimi (Min) ja maksimi (Max).

Kotihoidon työntekijät kokevat työnsä erittäin tärkeäksi (Ka 5,68). He tiedostavat hyvin ne odotukset, jotka työyhteisöllä on heidän työtänsä kohtaan (Ka 4,87). Oman työyhteisön ilmapiiri koetaan hyväksi (Ka 4,53) ja työtyytyväisyys on korkea (Ka 4,80). Työntekijät myös kokevat voivansa tehdä itsenäisiä valintoja ja päätöksiä työssään (Ka 4,94). Potilasturvallisuus koetaan keskeiseksi omassa tehtävässä. Tätä kuvaa työtehtävien koettu turvallisuuskritiikki negatiivisena muuttujana keskiarvolla 1,86. Toisaalta 13 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilasturvallisuus ei ole kovinkaan keskeistä omassa työssään (liite 3). 70 % vastaajista on viime aikoina ollut usein huolissaan kotihoidon potilasturvallisuudesta (liite 3). Osa työntekijöistä kokee, että syyllistämisen pelko (negatiivinen muuttuja) voi vaikeuttaa virheiden myöntämistä kotihoidossa (Ka 3,32). He myös tunnistavat sitoutumattomuutta turvallisuuteen jonkin verran kotihoidon työntekijöissä (Ka 3,82). 61 % vastaajista kokee, että kotihoidossa on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita turvallisuuteen (liite 3).

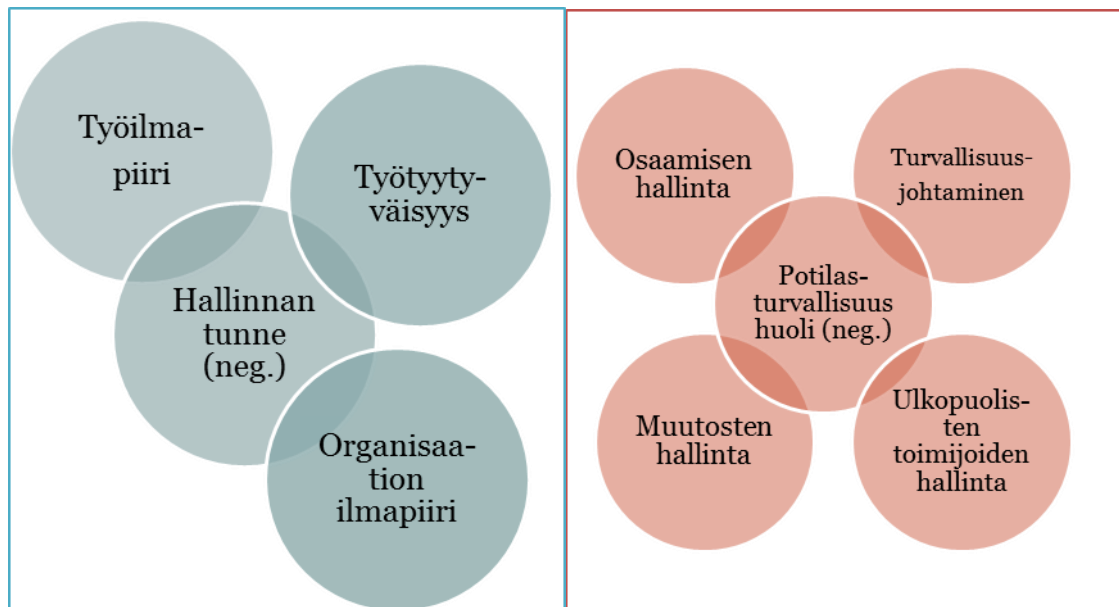


Kuvio 9. Kontrollimuuttujien (työmotivaatio ja odotukset työtä kohtaan) yhteydet muutamiin psykologisiin ulottuvuuksiin.

Työmotivaatiolla on kohtalainen yhteys psykologisten ulottuvuuksien kuten henkilökohtaisen vastuuntunteen ( $r = .323$ ,  $p < .001$ ) ja turvallisuusmotivaation ( $r = .422$ ,  $p < .001$ ) kanssa. Odotukset työtä kohtaan – muuttuja korreloi kohtalai-



sesti psykologisten ulottuvuuksien kuten turvallisuusmotivaation ( $r = .374$ ,  $p < .001$ ) ja valppauden ( $r = .455$ ,  $p < .001$ ) kanssa. Kuviossa 9 on havainnollistettu näitä yhteyksiä. Työilmapiirillä ja työn hallinnan tunteella on kohtalaisen voimakas yhteys ( $r = -.510$ ,  $p < .001$ ) toisiinsa. Kun työn hallinnan tunne on tässä kyselyssä negatiivinen summamuuttuja, tarkoittaa yhteys sitä, että mitä heikompi on työn hallinnan tunne, sitä huonommaksi koetaan ilmapiiri omassa työyhteisössä. (Liite 4.) Kuviossa 10 vasemmalla puolella on havainnollistettu näitä edellä kuvattuja korrelaatioita.



Kuvio 10. Hallinnan tunne – muuttujan yhteys joihinkin kontrollimuuttujiin sekä potilasturvallisuushuoli – muuttujan yhteys joihinkin organisatorisiin ulottuvuuksiin.

Potilasturvallisuushuolella on kohtalainen negatiivinen riippuvuus turvallisuusjohtamisen ( $r = -.345$ ,  $p < .001$ ), osaamisen hallinnan ( $r = -.303$ ,  $p < .001$ ), muutosten hallinnan ( $r = -.316$ ,  $p < .001$ ) ja ulkopuolisten toimijoiden hallinnan ( $r = -.329$ ,  $p < .001$ ) kanssa. Kuviossa 10 oikealla on kuvattu näitä yhteyksiä. Myös sitoutumattomuus turvallisuuteen (negatiivinen muuttuja) korreloi kohtalaisen negatiivisesti turvallisuuden ennakoivan kehittämisen, osaamisen, vaarojen ja ulkopuolisten toimijoiden hallinnan kanssa. Korrelaatioarvo sijoittuu välille  $r = -.315 - -.453$  ( $p < .001$ ). (Liite 4.)

Työtyytyväisyys korreloi kohtalaisen negatiivisesti ( $r = -.439$ ,  $p < .001$ ) hallinnan tunteen kanssa. Koska hallinnan tunne on negatiivinen summamuuttuja, tämä tarkoittaa, että mitä paremmin vastaaja tuntee hallitsevansa työnsä, sitä tyytyväisempi hän on työhönsä. Organisaation ilmapiiri korreloi kohtalaisen positiivisesti kaikkien organisatoristen ulottuvuuksien kanssa. Korrelaatioarvot ovat välillä  $r = .367 - .530$  ( $p < .001$ ). Samalla tavalla kuin työyhteisön ilmapiiri myös koko kotihoidon ilmapiiri korreloi negatiivisesti ( $r = -.385$ ,  $p < .001$ ) hallinnan tunteen kanssa. Vahvimmin organisaation ilmapiiri korreloi osaamisen hallinnan kanssa ( $r = .530$ ,  $p < .001$ ). (Liite 4.)

#### 6.5 Taustamuuttujien yhteys organisatorisiin ja psykologisiin ulottuvuuksiin sekä kontrollimuuttujiin

Taulukko 9 kuvaa vastaajan henkilöstöryhmän yhteyttä organisatorisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin. Psykologisiin ulottuvuuksiin ei vastaajan henkilöstöryhmällä ole tulosten perusteella yhteyttä. Organisatorisista ulottuvuuksista yhteys löytyi ainoastaan esimiestuki turvalliselle toiminnalle – summamuuttujan kanssa sekä vaaratapahtumista raportointi – ja työn autonomia – muuttujien kanssa.

Tulosten ja testauksen perusteella näyttäisi siltä, että kotihoidon lähiesimiehet arvioivat esimiestuen turvalliselle toiminnalle selvästi korkeammaksi kuin kotihoidon muut henkilöstöryhmät. Esimiestuki turvalliselle toiminnalle - summamuuttuja muodostui kolmesta väittämästä, jotka mittaavat vastaajien käsityksiä myönteisen esimiespalautteen antamisesta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä, potilasturvallisuuden parantamiseksi annettujen ehdotusten huomioon ottamisesta esimiehen taholta sekä keskusteluyhteyden helppoutta esimiehen kanssa silloin, kun jokin asia potilasturvallisuudessa työntekijää huolestuttaa (liite 2).

Taulukko 9. Vastaajan henkilöstöryhmän yhteys organisatorisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin (n=126).

1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Organisatorinen ulottuvuus	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Henkilöstöryhmä	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkitsevyys (Tamhane)
Esimiestuki turvallisuudelle toiminnalle	p =.010	Lähiesimies	Ka = 5.10	p =.033
			Kh = .50	
			Md = 5.17	
		Terveystenhoitaja, sairaanhoitaja	Ka = 4.14	
			Kh = .99	
			Md = 4.33	
		Lähiesimies	Ka =5.10	p =.002
			Kh =.50	
			Md = 5.17	
		Lähihoitaja, perushoitaja	Ka = 3.84	
			Kh = 1.31	
			Md = 4.00	
Lähiesimies	Ka = 5.10	p =.024		
	Kh =.50			
	Md = 5.17			
Kodinhoitaja, kotiavustaja	Ka = 4.12			
	Kh = 1.01			
	Md = 4.33			
Kontrollimuuttujat	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Henkilöstöryhmä	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkitsevyys (Tamhane)
Työn autonomia	p =.001	Lähiesimies	Ka = 5.58	p =.004
			Kh = .51	
			Md = 6	
		Lähihoitaja, perushoitaja	Ka = 4.83	
			Kh = .94	
			Md = 5	
		Lähiesimies	Ka =5.58	p =.005
			Kh =.51	
			Md = 6	
		Kodinhoitaja, kotiavustaja	Ka = 3.93	
			Kh = 1.49	
			Md = 4	

Taulukko 9 (jatkuu).

Kontrollimuuttujat	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Henkilöstöryhmä	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkit- sevyys (Gabriel)
Vaaratapahtumista raportointi	p = .028	Terveystenhoitaja, sairaanhoitaja	Ka = 3.70	p = .018
			Kh = 1.23	
			Md = 4	
		Kodinhoitaja, koti- avustaja	Ka = 4.73	
			Kh = 1.22	
			Md = 5	

Lähiesimiehet kokevat voivansa tehdä selvästi itsenäisemmin valintoja ja päätöksiä työssään kuin lähihoitajat ja perushoitajat ( $p=.004$ ), kodinhoitajat ja kotiavustajat ( $p=.005$ ). Lähiesimiesten ja terveydenhoitajien sekä sairaanhoitajien välillä tällaista yhteyttä ei havaittu. Vaaratapahtumista voidaan kodinhoitajien ja kotiavustajien mielestä raportoida kotihoidossa selvästi avoimemmin kuin terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien mielestä ( $p = .018$ ). Muiden ryhmien välillä ei tilastollisesti merkitsevää ero havaittu.

Taulukossa 10 kuvataan vastaajien iän yhteyttä psykologisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin. Organisatorisien ulottuvuuksien ja iän välistä tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei havaittu. Eri ikäryhmien välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja turvallisuuteen liittyvän valppauden suhteen. 46 – 55 – vuotiaat ja 36 – 45 – vuotiaat arvioivat valppautensa korkeammaksi kuin 25 – 35 – vuotiaat. 36 – 45 – vuotiaiden ja yli 55 – vuotiaiden vastaajien mielestä kotihoidossa voidaan ilmoittaa vaaratapahtumista avoimemmin kuin 25 – 35 – vuotiaiden vastaajien mielestä.

Taulukko 10. Vastaajan iän yhteys psykologisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttujiin (n=126).

1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Psykologinen ulottuvuus	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Ikä	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkitsevyys (Tamhane)		
Valppaus	p =.0498	25 - 35 vuotta	Ka = 4.44	p =.044		
			Kh = .50			
			Md = 4.25			
		36 - 45 vuotta	Ka = 4.84			
			Kh = .50			
			Md = 5.00			
		25 - 35 vuotta	p =.041		25 - 35 vuotta	Ka = 4.44
						Kh = .50
Md = 4.25						
46 - 55 vuotta	Ka = 4.89					
	Kh = .72					
	Md = 4.88					
Kontrollimuuttujat	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Ikä	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkitsevyys (Gabriel)		
Vaara- tapahtumista raportointi	p =.009	25 - 35 vuotta	Ka = 3.36	p =.044		
			Kh = 1.25			
			Md = 3			
		36 - 45 vuotta	Ka = 4.28			
			Kh = .89			
			Md = 4			
		25 - 35 vuotta	p =.009		25 - 35 vuotta	Ka = 3.36
						Kh = 1.25
Md = 3						
yli 55 vuotta	Ka = 4.55					
	Kh = 1.26					
	Md = 5					

Taulukossa 11 tarkastellaan työkokemuksen pituuden yhteyttä kontrollimuuttujiin. Organisatorisiin ja psykologisiin ulottuvuuksiin ei työkokemuksen pituudella havaittu olevan yhteyttä. Työmotivaatio on vastaajilla kyselyn tulosten perusteella kaiken kaikkiaan erittäin korkea (taulukko 8). Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = .001$ ) näyttää olevan tulosten perusteella yli 20 vuotta ja alle 4 vuotta kotihoidon palveluksessa olleilla vastaajilla. Yli 20 vuotta kotihoidon palveluksessa olleet kokevat työmotivaationsa korkeammaksi.

Taulukko 11. Kotihoidossa hankitun työkokemuksen pituuden yhteys kontrollimuuttujiin (n=126).

1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Kontrollimuuttujat	Merkitsevyys Kruskall - Wallis	Työkokemus	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Erojen merkitsevyys (Tamhane)
Työmotivaatio	p =.019	alle 4 vuotta	Ka = 5.58	p =.001
			Kh = .61	
			Md = 6	
		yli 20 vuotta	Ka = 5.96	
			Kh = .19	
			Md = 6	

Taulukossa 12 on kuvattu organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien keskiarvojakaumia (ka) kunkin vastaajaorganisaation kohdalla. Tuloksia ei ole testattu, koska tämän kartoituksen tarkoituksena ei ole vertailla arvoja keskenään ja koska vastaajamäärät yksiköittäin vaihtelevat kovin paljon. Taulukon avulla halutaan antaa organisaatioalueelle mahdollisuus tarkastella omia vahvuuksiin ja heikkouksiin potilasturvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien osa – alueilla.

Taulukko 12. Organisatoriset ja psykologiset ulottuvuudet sekä kontrollimuuttajat työskentely-yksiköittäin (Ka) (n=126).

1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6 (pitää erittäin hyvin paikkaansa).

	Yhteistoiminta- alue A	Yhteistoiminta- alue B	Kotiinkuntoutumis- toiminta
Työn edellytysten hallinta	3,98	4,13	4,58
Työprosessien hallinta	3,81	3,84	3,90
Turvallisuusjohtaminen	3,34	3,57	3,51
Esimiestuki turvalliselle toiminnalle	4,12	4,09	3,87
Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen	3,31	3,64	3,51
Vaarojen hallinta	3,12	3,50	3,44
Osaamisen hallinta	3,54	3,92	3,43
Muutosten hallinta	2,42	2,75	2,94
Ulkopuolisten hallinta	3,34	3,42	3,13
Hallinnan tunne	3,35	3,89	2,84
Henkilökohtainen vastuun- tunne	5,33	5,23	5,14
Turvallisuusmotivaatio	5,52	5,43	5,56
Valppaus	4,86	4,70	4,68
Työmotivaatio	5,69	5,67	5,67
Odotukset työtä kohtaan	4,83	4,88	4,83
Työilmapiiri	5,00	4,15	4,83
Potilasturvallisuushuoli	4,45	4,12	4,35
Sitoutumattomuus turvalli- suuteen (neg.)	3,98	3,83	3,33
Työtyytyväisyys	5,02	4,65	4,72
Työtehtävien koettu turvalli- suuskriittisyys (neg.)	1,83	1,94	1,71
Organisaation ilmapiiri	4,14	3,86	3,72
Vaaratapahtumista rapor- tointi	4,19	4,03	3,28
Syylistämisen pelko (neg.)	2,98	3,48	3,61
Työn autonomia	4,93	4,88	5,11

Taulukossa 13 tarkastellaan esimiesaseman yhteyttä organisatorisiin ulottuvuuksiin ja kontrollimuuttajiin. Tämä tarkastelunäkökulma on merkityksellinen, koska organisatoristen ulottuvuuksien nähdään muodostuvan organisaation rakenteista, toimintamalleista ja – prosesseista, joihin johtamisella vaikutetaan.

Taulukosta nähdään, että U - testauksen perusteella esimiesasemassa olevat vastaajat arvioivat esimiestuen turvalliselle toiminnalle huomattavasti korkeam-

maksi ( $p = .000$ ) ja työn edellytysten hallinnankin jonkin verran korkeammaksi ( $p = .009$ ) kuin ei – esimiesasemassa olevat vastaajat. He kokevat myös työn autonomian korkeammaksi ( $p = .041$ ) kuin ei – esimiesasemassa olevat vastaajat.

Taulukko 13. Esimiesaseman väliset tilastollisesti merkitsevät erot organisatorisissa ulottuvuuksissa ja kontrollimuuttujissa ( $n=126$ ).  
1(=ei pidä lainkaan paikkaansa) – 6(=pitää erittäin hyvin paikkaansa).

Organisatorinen ulottuvuus	Esimiesasema	Keskiarvo, keskihajonta ja mediaani	Mann-Whitney U-testi
Työn edellytysten hallinta	Kyllä	Ka = 4.73	p = .009
		Kh = .72	
		Md = 5	
	Ei	Ka = 4.09	
		Kh = .89	
		Md = 4	
Esimiestuki turvallisuudelle toiminnalle	Kyllä	Ka = 5.08	p = .000
		Kh = .48	
		Md = 5	
	Ei	Ka = 3.95	
		Kh = 1.18	
		Md = 4	
<b>Kontrollimuuttujat</b>			
Työn autonomia	Kyllä	Ka = 5.43	p = .041
		Kh = .85	
		Md = 6	
	Ei	Ka = 4.89	
		Kh = 1.07	
		Md = 5	

Taustamuuttujilla ja psykologisilla ulottuvuuksilla ei näyttänyt olevan tässä kyselyssä yhteyttä.



## 6.6 Sisällönanalyysin tulokset

Tuku – kyselyssä pyydettiin vastaajia kertomaan näkemyksensä myös siitä, mitkä ovat vastaajan mielestä kotihoidon tärkeimmät kehityskohteet tällä hetkellä. Tämä kysymys numero 3 on kyselyn ainut avoin kysymys ja siihen vastasi 66 vastaajaa. Koska kysymyksessä pyydettiin nimeämään kehittämiskohteita, kaikki vastaukset eivät suoranaisesti näytä liittyvän potilasturvallisuuteen. Vastaukset luokiteltiin sisällönanalyysin avulla viiteen luokkaan, jotka ovat **työprosessit, osaaminen, resurssit, hoidon laatu ja johtaminen**.

Eniten vastuksia tuli liittyen **kotihoidon työprosessien kehittämiseen** (40 kpl). Työprosessien alle luokiteltiin kotihoidossa käytettävät toimintatavat ja työmenetelmät, työn organisointi ja omahoitajajärjestelmä, omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen, hoitotyön prosessi ja muut työhön liittyvät prosessit sekä tiedonkulku ja yhteistyö.

Toimintatapoihin ja työmenetelmiin liittyen koettiin kehittämistarpeita yhteisten hoitokäytäntöjen luomiseksi ja juurruttamiseksi kaikkiin kotihoidon tiimeihin liittyen vaaratapahtumien käsittelyyn ja niistä oppimiseen, HaiPro - raportointijärjestelmän kokonaisvaltaisempaan käyttöönottoon ja lääkkeiden säilytykseen kotioiloissa.

*”Vaaratapahtumien käsittely ja niistä oppiminen.”*

Myös hoitokansion käyttöönotto lisäisi vastausten perusteella potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta voitaisiin vastausten perusteella lisätä yhteisellä palaverikäytännöllä, jossa asiakkaiden tilanteisiin pystyttäisiin säännöllisesti tiimin kesken perehtymään sekä yleisesti tiimityöskentelyn kehittämiseen.

*”Käytännössä tilanne menee näin että arviointikäynnillä sh ja asiakas sopivat palveluista ja ne alkavat. Tarpeen tullen käyntejä voidaan lisätä, muuttaa tms. hoitajien ja asiakkaan kokemuksen perusteella; mutta aktiivisesti näitä ei ”pysähdytä arvioimaan”, käytössä ei siis ole mitään toimivaa käytäntöä hoidon arvioinnin suhteen.”*

Työn parempi organisointi, työtehtävien selkeämpi jako ja toimenkuvien selkeyttäminen tuli esiin useissa kehittämis ehdotuksissa. Erityisesti sairaanhoitajien

toimenkuvan rajaamista selvemmin sairaanhoidolliseen työskentelyyn ehdotettiin. Omahoitajajärjestelmän nähtiin edistävän potilasturvallisuutta ja siksi sen kehittämistä ja omahoitajan tehtäväkuvan selkeyttämistä kaivattiin.

*”Puolet sairaanhoitajien toimenkuvasta tällä hetkellä sosionomin/osastosihteerin töitä...”*

Vastausten perusteella näyttäisi siltä, että asiakkaan omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemisella on vastaajien mielestä myös potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus. Voidaan ajatella, että omatoiminen ja toimintakykyinen asiakas elää ja toimii kotonaan turvallisemmin.

*”Tällä hetkellä itse koen kotihoidon olevan pitkälti kotona hoitamista; siitä puuttuu lähes kaikki kuntouttava ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta; mm. kaikki tehdään puolesta koska näin hommat sujuu nopeammin, käyntiajat vähenevät ja maksut alenevat.”*

Hoitotyön prosessikäytäntöjä kehittämällä edistetään vastaajien mielestä myös potilasturvallisuutta. Asiakkaan hoidolle tulisi asettaa tavoitteet ja niitä tulisi seurata säännöllisesti, lisäksi hoidon arviointi - käytäntöä tulisi kehittää. Tämä näkökulma näyttäisi liittyvän läheisesti edellä mainittuihin yhteisiin toimintatapoihin ja työorganisointiin. Sairaudessaan jo pidemmälle edenneen muistisairaana asiakkaan turvallisuus askarrutti vastaajia. Laitoshoitoon siirtymistä tulisi näiden potilaiden kohdalla nopeuttaa vastaajien mukaan silloin, kun potilasturvallisuus näyttää vaarantuvan.

Tiedonkulkua halutaan kehittää hoitotyön kirjaamisen avulla ja kehittämällä eri yksiköiden välistä viestintää. Toisaalta kirjaamisen koettiin vievän häiritsevästi aikaa välittömältä asiakastyöltä. Yhteistyötä taas nähdään tarpeelliseksi kehittää niin tiimin sisällä kuin yhteistyökumppaneidenkin kanssa.

*”Päivittäinen kirjaaminen pakolliseksi.”*

**Osaamiseen** liittyen avoimessa kysymyksessä kertyi vastauksia 33 kappaletta. Vastaajia askarrutti niin vakituisen henkilökunnan kuin sijaistenkin osaaminen ja ammattitaito. Osaamista käsiteltiin vastauksissa usein yleisenä käsitteenä, mutta sitä myös tarkennettiin liittymään tiettyihin osaamisalueisiin. Osaamisalueita, joissa kehittämistarpeita nähtiin, olivat mm. mielenterveys- ja alkoholiongelmai-

sen potilaan hoito ja tukeminen, saattohoito ja muistisairaana potilaan hoito. Osaamista pitäisi vastausten perusteella kehittää myös asiakkaan sosiaalisessa tukemisessa, puutteellisten kotiolojen hoitamisessa ja apuvälineosaamisessa. Muutama vastaaja kaipasi lisää koulutusta koulutuksen sisältöä sen tarkemmin määrittelemättä.

*”Koulutuksen ja osaamisen lisääminen henkilökunnan keskuudessa.”*

Lääkehoidon osaaminen näyttäisi kyselyn tulosten perusteella huolestuttavan vastaajia. Huolestuttavana pidettiin sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneiden osaamisvajetta lääkehoidon toteuttamisessa. Useita vastaajia huolestuttaa kouluttamattoman työntekijän työskentely kotihoidossa ja osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen antamalla lääkkeitä esim. dosetista kotihoidon asiakkaille.

*”Turvallisen lääkehoidon toteutuminen kotihoidossa.”*

*”Kouluttamattomia työntekijöitä on paljon, ja he esim. antavat lääkkeitä dosetista, tämä vaarantaa potilasturvallisuutta.”*

Vastaajien mielestä osaaminen ei myöskään kohdennu oikein kotihoidossa. Sairaanhoidajien osaaminen ”kuluu hukkaan” muissa kuin sairaanhoidollisissa tehtävissä ja toisaalta ”kentällä” kaivattaisiin juuri tätä osaamista. Myös omahoitajajärjestelmässä pitäisi paremmin ottaa huomioon osaamisen kohdentuminen oikeisiin asiakkaisiin.

*”Omahoitajan tehtävien selkeyttäminen, jotta osaamisresurssi kohdentuisi paremmin tärkeisiin kohteisiin.”*

**Kotihoidon resurssien kehittämistä** ehdotti 30 vastaajaa. Henkilöresurssien suhteen pääasiassa koettiin, ettei työntekijöitä ole kotihoidossa riittävästi, mutta myös sitä, etteivät henkilöresurssit kohdennu aina oikein. Konkreettisenä ehdotuksena tuotiin esiin sijaisjärjestelmän kehittäminen. Aikaresurssia kaivattiin lisää erityisesti uuden työntekijän perehdyttämiseen, koulutukseen, arkiliikkumisen tukemiseen ja asiakkaan hoidon yhteiseen ja säännölliseen suunnitteluun ja arviointiin niin tiimin kesken kuin asiakkaan kotona omaisten ja läheistenkin

kesken. Henkilökohtaisia työvälineitä kuten verenpainemittareita kaivattiin kaikille työntekijöille.

*”Sijaispula on toisinaan kova eikä ole mistä ottaa sijaisia. Silloin työtaakka on välillä kova ja potilasturvallisuus kärsii silloin ensimmäisenä.”*

**Kotihoidon hoidon laatu** nostettiin kehittämiskohteeksi 15 vastauksessa. Vastajaat halusivat kehittää kotihoidon hoitotyötä asiakaslähtöisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Joidenkin vastaajien mielestä hoitotyötä pitäisi kehittää siten, että siirrytään yksittäisten suoritusten toteuttamisesta asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Hoidon laatua arveltiin nostettavan myös eettisen toimintatavan juurtumisella käytäntöön. Vastauksissa peräänkuulutettiin tasavertaisuutta sekä asiakkaan ja hänen tarpeittensa arvostusta. Kyselyn perusteella voidaan nähdä, että vastaajat haluavat kehittää kotihoidon hoitotyötä keskittymällä mm. kaatumistapaturmien ehkäisyyn, pyörätuolipotilaiden, näkövammaisten ja tasapaino-ongelmaisten hoitoon ja turvallisuuteen, ravitsemustilan arviointiin ja yksinäisyyden huomioimiseen.

*”Kokonaisuudessaan kotihoidon jatkuva kehittäminen asiakaslähtöisesti.”*

*”Laadukkaan hoidon toteuttaminen kotona asuville.”*

**Johtamisen kehittäminen** mainittiin vastauksissa 8 kertaa. Pääasiassa toivottiin esimiehen vahvempaa tukea päivittäisessä toiminnassa ja muutostilanteissa. Muutamien vastaajien mielestä kotihoidossa on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita laadukkaaseen asiakastyöhön. Hyvillä johtamiskäytännöillä katsottiin voitavan vaikuttaa niin kotihoidon työntekijöiden sitoutumiseen työhönsä kuin myös työssä jaksamiseen. Johtamiseen liittyen muutosten hallinnan kehittämistä ehdotettiin kyselyssä 7 kertaa. Pääasiassa toivottiin kotihoidon rauhoittamista kaikilta uusilta kehitysprojekteilta joksikin aikaa ja keskittymistä perustehtävään.

*”- kehittämiprojektien suunnitelmallisuus, arviointi ja huolellinen toteutus.”*

*”Kotihoidon rauhoittaminen uusilta kehittämisprojekteilta kunnes entiset hankkeet on sisäistetty organisaatiossa.”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin organisatoristen ja psykologisten ulottuvuuksien voidaan tämän aineiston pohjalta arvioida olevan hyvällä tasolla. Alla on tarkasteltu tutkimustuloksia psykologisten ja organisatoristen ulottuvuuksien sekä kontrollimuuttujien näkökulmasta.

#### Psykologisten ulottuvuuksien tulostarkastelu

Tässä aineistossa erityisen hyvällä tasolla näyttää olevan vastaajien kokemat psykologiset ulottuvuudet, joista turvallisuusmotivaatio nousi korkeimmalle. Lähes jokaisen vastaajan mielestä potilasturvallisuus on keskeinen omaa työtä ohjaava arvo. Reimanin ym. (2008, 70) mukaan parhaimmillaan ”turvallisuus on organisaatiossa aito arvo, jonka tavoittelemisen itsessään motivoi henkilöstöä ja ohjaa sen toimintaa”.

Toiseksi korkeimmaksi psykologiseksi ulottuvuudeksi nousi tässä kyselyssä henkilökohtainen vastuuntunne. Tämän kyselyn perusteella voidaan arvioida kotihoidon henkilökunnan olevan valpas hahmottamaan, havaitsemaan ja tunnistamaan potilasturvallisuuteen liittyviä asioita. Kartoituksessa havaittiin myös, että työntekijän turvallisuusmotivaatiolla ja valppaudella on yhteys siihen, miten hyvin hän tiedostaa työtään kohtaan asetetut odotukset ja miten tärkeänä hän pitää työtään.

Organisaation turvallisen toiminnan kannalta nämä työntekijöiden sisäiset kokemukset, käsitykset ja ymmärrykset ovat tärkeitä. Turvallisuuteen motivoitunut työntekijä ymmärtää tehtävänsä työyhteisössä ja kokee henkilökohtaista vastuuta ja kiinnostusta potilasturvallisuudesta ja sen kehittämisestä työssään eikä

toimi vain johdon ohjeiden ja organisaation sääntöjen mukaisesti (Pietikäinen 2008, 31–32).

Työn hallinnantunteella tarkoitetaan työntekijän kokemusta siitä, miten hän suoriutuu työtehtävistään (Pietikäinen 2008, 33). Tässä kyselyssä hallinnantunnetta mitattiin neljän negatiivisen väittämän avulla. Vastausten perusteella voidaan pitää tätä psykologista ulottuvuutta turvallisuuden kehittämisen kohteena kotihoidossa. Hallinnan puute syntyy tässä kyselyssä vastaajien mielestä kiireen kokemuksesta sekä tuntemuksesta, ettei pysty tekemään työtään niin huolellisesti kuin haluaisi. Työntekijä, joka ei koe selviytyvänsä tehtävistään, suoriutuu heikosti tehtävistään ja voi siten aiheuttaa vaaratilanteita. Heikolla työnhallinnan tunteella taas on todettu olevan yhteyttä stressiin, mikä myös lisää potilasturvallisuusriskiä. (Pietikäinen 2008, 33.) Työn hallinnan tunteella näyttäisi tässä kyselyssä olevan yhteys myös siihen, miten tyytyväinen vastaaja on työhönsä ja minkälaiseksi hän kokee työyhteisönsä ja koko kotihoidon ilmapiirin.

Avoimeen kysymykseen tuli useita kehittämissuhteita liittyen henkilökunnan riittävyyteen ja kiireeseen. Mistä kiire ja riittämättömyyden tunne syntyy ja mitä sille voisi tehdä? Helpointa ja kovin yleistä on vastata tähän, että työntekijöitä on liian vähän. Näin moni vastaaja tekikin avoimessa kysymyksessä.

### Organisatoristen ulottuvuuksien tulostarkastelu

Organisatorista ulottuvuuksista työn edellytysten hallinnan voidaan katsoa kotihoidossa tämän kartoituksen perusteella toteutuvan hyvin. Esimiesasemassa olevat vastaajat kokevat työn edellytysten hallinnan toteutuvan paremmin kuin kotihoidon muut työntekijät. Työn tekemiseen tarvittava tieto, ohjeisto, välineet ja henkilökunta koetaan riittäviksi. Tämä on jonkin verran ristiriidassa niiden useiden avoimeen kysymykseen tulleiden vastausten kanssa, joissa pidetään kotihoidon henkilökunnan määrää riittämättömänä. Myös Espoossa ja Forssassa tehtyjen Tuku – kartoitusten perusteella resursointi havaittiin riittämättömäksi (Enberg 2011, 48; Pihkala 2010, 2). Tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa työntekijöiden määrä tuskin tulee tulevaisuudessa hoitoalalla juurikaan kas-

vamaan, on todennäköisesti löydettävä muitakin keinoja vaikuttaa työntekijöiden kiireen ja riittämättömyyden kokemuksiin kuin henkilöstöressurssien lisääminen.

Resursoinnissa ei Reimanin ym. (2008, 64) mukaan ole kyse pelkästään ”työntekijöiden määrästä vaan myös työn rytmittämisestä ja työtehtävien sujuvan toteuttamisen varmistamisesta.” Yleinen linjaus ohjaa terveydenhuollon painopistettä pois laitoshoidosta kohti kotihoitoa, mikä tarkoittaa tietenkin myös henkilöstöressurssien kohdentamista kotihoitoon nyt ja tulevaisuudessa. Turvallisuuden näkökulmasta on tietenkin tärkeää, että rekrytoidaan päteviä ja osaavia ammattilaisia, mutta työn tehokkuutta ja sujuvuutta voidaan parantaa myös tarkoituksenmukaisella työnjaolla, toimenkuvien tarkennuksella ja rajaamisella sekä osaamisen oikealla kohdentamisella. Myös sellaisten työnjakomallien kuten tiimityön ja omahoitajajärjestelmän kehittäminen sekä yhteisten käytäntöjen kehittäminen koko kotihoitoon saattaisivat tuoda lisää resurssia työn turvalliseen toteuttamiseen. Nämä tulivat kartoituksessa esiin kehittämisehdotuksina, joihin johtamisella voidaan vaikuttaa.

Potilasturvallisuus on osa laadukasta hoitoa. Laadullisessa aineistossa tuotiin esiin monia hoidon laadun parantamiseen liittyviä kehittämisaiheita, mutta varsinainen kysely ei sisältänyt lainkaan esimerkiksi asiakaslähtöisyyteen tai sitä tukeviin rakenteisiin ja käytänteihin liittyviä kysymyksiä. Asiakaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö on turvallisen hoidon edellytys. Potilasturvallisuuden näkökulmasta asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että potilas ja hänen läheisensä ovat aktiivisesti mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tämä on asetettu kotihoidon tavoitteeksi myös Turun kaupungin ikääntymispoliittisessa strategiassa (2009, 22). Turvallisuuden ja hoidon laadun kannalta on tärkeää, että hoidon suunnittelussa tulee ilmi tarvittavat taustatiedot. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa tulee keskustella hoitoon liittyvistä riskeistä ja arvioida hoidon tuloksia säännöllisesti. (STM 2009, 15.) Organisaatiossa tulee luoda ja ylläpitää sellaisia toimintatapoja, joilla potilas ja hänen läheisensä osallistuvat aktiivisesti potilaan hoitoon.

Turun kaupunki valmistele parhaillaan läkkään henkilön kotona asumista tukevan palveluketjun kehittäminen – hankkeen aloittamista. Hankkeen painopistei-

nä ovat palveluntarpeen laaja-alaisen ja moniammatillisen arvioinnin ja vastuutyöntekijämallin kehittäminen. Hanke tukee 1.7.2013 voimaan astuvan lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista toimeenpanoa. (Turun kaupunki 2013b.)

Osaamisen hallinnalla varmistetaan, että kotihoitoon rekrytoidaan pätevää henkilökuntaa ja heidän osaamistaan arvioidaan, ylläpidetään ja kehitetään tavoitteellisesti (Pietikäinen 2008, 29). Kotona toteutettu hoitotyö on monimuotoista ja vaativaa, koska tyypillinen kotihoidon potilas on monisairas, ikääntynyt ja toimintakyvyltään heikentynyt. Erityisesti lääkehoidon toteuttamiselle tämä asettaa korkeat vaatimukset. (Linden – Lahti 2009, 2433.)

Tämän kyselyn perusteella vastaajia huolestuttaa kovasti kotihoidon henkilökunnan osaaminen. Vaikka pääasiassa tuotiin esille huoli lääkehoidon osaamisesta, myös monia muitakin osaamisalueita mainittiin. Vastauksista kuvastuukin se, miten monipuolista osaamista kotihoidossa tarvitaan. Kotihoidossa on toteutettu ja toteutetaan parhaillaankin monia hankkeita, joiden avulla kehitetään hoitotyön monipuolista osaamista kotihoidossa. Tällaisia ovat esimerkiksi lääkehoidon osaamisen varmentaminen LOVE – järjestelmällä, kaatumisten ehkäisyyn sekä palliatiivisen kotihoitotyön kehittämiseen liittyvät hankkeet (Ritvanen 2013b). Turvallisuuden johtamisen kannalta on merkityksellistä, että mitä parempana osaamisen hallinta koetaan, sitä vähemmän ollaan huolissaan potilasturvallisuuden tilasta. Lisäksi sitä avoimemmin arvellaan vaaratapahtumista ilmoitettavan ja sitä vähemmän havaitaan turvallisuuteen sitoutumattomuutta kotihoidossa.

Kotihoidon kehittämissuhteissa tuotiin useasti esiin sijaispula ja epäpätevät työntekijät sekä ehdotettiin sijaisjärjestelmän kehittämistä. Vaikka Kivelä (2006, 112) geriatrisen hoidon ja vanhustyön laadun parantamiseen tähtäävässä selvityksessään antoi kehittämisaiheeksi mm. lyhytaikaisten työsuhteiden välttämisen mahdollisuuksien rajoissa, ei sijaisuuksilta koskaan voida kokonaan välttyä. Myös THL:n (2011, 9) mukaan henkilökuntavajaukset ja työntekijöiden vaihtuminen asettavat haasteita potilashoidon laadulle ja turvallisuudelle. Organisaatiolla tulee näihin yllättäviin tilanteisiin olla rakennettuna sellainen järjestelmä,



joka mahdollistaa hoidon turvallisuuden. Kotihoidon potilasturvallisuutta ja hoidon laatua lisää ammattitaitoinen, hyvin perehdytetty ja helposti saatavilla oleva varahenkilöstö. Yhteiset vakioidut toimintatavat helpottavat sijaisten liikkuvuutta organisaatiossa.

Vaaratilanteiden hallintaa ja potilasturvallisuutta kotihoidossa voidaan parantaa hoitokäytäntöjä ja toimintatapoja kehittämällä. Tämän kartoituksen perusteella sellaisia voisivat olla esimerkiksi tiimityön ja palaverikäytäntöjen kehittäminen palvelemaan hoitotyön prosessin eri vaiheita ja nopeaa reagointia asiakkaan tilan muutokseen, suojauskäytänteiden kehittäminen sekä vaaratapahtumista oppimista tukevat yhteiset käytännöt koko kotihoidossa.

Tämän kartoituksen perusteella voidaan todeta muutosten hallinnan toteutuvan kotihoidon organisaatiossa melko huonosti. Vastaavanlaisia tuloksia saatiin myös Espoossa ja Forssassa toteutetuissa kartoituksissa (Pihkala 2010,2; Enberg 2011, 48). Eroa esimerkiksi esimiesasemassa olevien ja ei - esimiesasemassa olevien vastaajien välillä ei ollut havaittavissa. Vaikka muutosten hallinnan koettiin toteutuvan heikosti kotihoidossa, siihen liittyviä varsinaisia kehittämisasihteita tuli vain vähän. Pääasiassa haluttiin vain rauhoittaa kotihoito uusilta muutoshankkeilta ja keskittyä perustehtävään. Voidaan ehkä ajatella, että työntekijöiden mielestä muutosten hallinta on selkeästi johtamiseen liittyvä osa-alue, johon tavallisella hoitotyöntekijällä ei juuri ole mahdollisuutta vaikuttaa. Enemmistö vastaajista koki, että työntekijöiden mielipiteitä kuunnellaan vain vähän tai ei lainkaan muutostilanteessa (liite 3).

Muutokset kuuluvat nykypäivän työelämään hyvin kiinteästi ja siksi niiden hallintaan tulee erityisesti kiinnittää huomio. Päällekkäiset ja huonosti hallitut muutokset luovat aina riskin potilasturvallisuudelle. Pietikäinen ym. suosittelevatkin etenemään pienin muutosaskelin, mutta jatkuvasti organisaatiota kehittäen. Pienet muutokset antavat työyhteisölle paremman mahdollisuuden kehittyä ja oppia muutoksen mukana. Työntekijöiden osallistaminen kehittämistyöhön sitouttaa heidät muutokseen ja on siksi oleellista muutoksen onnistumiselle ja siitä oppimiselle. Muutoksen kaikissa vaiheissa tulee kiinnittää huomio sen mahdollisesti aiheuttamiin turvallisuusriskeihin. (Pietikäinen ym. 2012, 44 – 45.)

Turun kaupungin kotihoito on iso organisaatio, jonka kehittäminen on haastavaa ja hidasta. Johtamisella on turvallisuuskulttuurin kehittämisessä tärkeä merkitys. Johtamisella viitoitetaan kehitykselle oikea suunta ja luodaan sille hyvät edellytykset. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kyse monimutkaisesta kokonaisuudesta, jossa organisaation rakenteet, psykologiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa (Reiman ym. 2009, 74). Kuviossa 4 (s. 44) havainnollistetaan organisaation turvallisuuskulttuurin psykologiset ja organisatoriset ulottuvuudet sekä niiden kehittäminen johtamisen näkökulmasta.

### Tulosten tarkastelua kontrollimuuttujien näkökulmasta

Vastaajien mielestä kotihoidossa on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen. Varsinkin lähiesimiehet olivat tätä mieltä. Tämä on toisaalta ristiriidassa sen kanssa, että turvallisuusmotivaatio arvioitiin tässä kyselyssä hyvin korkeaksi. Hieman yleistäen voidaan siis sanoa, että vastaajan oma motivaatio turvalliseen toimintaan on hyvä, mutta muiden sitoutumisessa turvallisuuteen näyttäisi vastaajien mielestä olevan parantamisen varaa. Vaikka vastausprosentti on tässä kartoituksessa vain 19.3 %, voidaan ehkä ajatella, että kyselyyn ovat vastanneet pääasiassa ne työntekijät, joille turvallisuus on tärkeä henkilökohtainen työtä ohjaava arvo. Johtamisen näkökulmasta on huomioitava, että turvallisuuteen sitoutuminen on yhteydessä turvallisuuden ennakointaan kehittämiseen, osaamisen, vaarojen ja ulkopuolisten toimijoiden hallintaan. (liite 4).

Enemmistö vastaajista ilmoittaa, että kotihoidon potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut heitä viime aikoina (liite 3). Vuonna 2009 Turun silloiselta sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöltä kysyttiin HSPSC – mittarin avulla arvioita potilasturvallisuuskulttuurista. Silloin työyksikkönsä potilasturvallisuuden tason arvioi joko erinomaiseksi tai erittäin hyväksi yli puolet vastaajista. (Turunen & Partanen 2009.)

Vaaratapahtumista raportoinnin avulla kerätty tieto tulee kansallisen potilasturvallisuusstrategian (STM 2009, 17) mukaisesti hyödyntää organisaation turvalli-

suuden kehittämisessä. Ohjeistus vaaratapahtumien käsittelyyn HaiPro - prosessin mukaisesti on kotihoidossa olemassa, mutta toteutuuko se kaikissa työyhteisöissä? Enemmistö (55 %) vastaajista oli sitä mieltä, ettei toimivia käytäntöjä ole (liite 3). Vaaratapahtumien käsittelyllä tulee olla lähiesimiehen ja johdon vahva tuki, koska turvallisuuden kehittäminen käsittelyn pohjalta voi edellyttää päätösvaltaa. Lähiesimiehen tehtävänä on luoda avoin ja syyllistämätön ilmapiiri sekä systeemilähtöinen vaaratapahtumien tarkastelutapa työyhteisössään.

Vaaratapahtumassa osallisena oli viimeisen vuoden sisällä ollut 46 % vastaajista. Kartoituksen perusteella voidaan ajatella, että kotihoidon henkilökunta voi suhteellisen avoimesti ilmoittaa vaaratapahtumistaan työyhteisössä. Varsinkin yli 35 – vuotiaiden vastaajien mielestä vaaratapahtumista voidaan kotihoidossa avoimesti ilmoittaa. Vuonna 2009 yli puolet HSPSC – kyselyyn vastaajista ilmoitti, ettei koskaan ollut tehnyt HaiPro - ilmoitusta. Tämän kartoituksen perusteella syyllistämisen pelko saattaa joidenkin vastaajien mielestä vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä. Syyllistämisen sijaan on oleellisempaa keskittyä olosuhteisiin ja siihen ympäristöön, jossa työntekijät työskentelevät, sekä kehittää toimintaa niin, ettei vastaavaa virhettä tapahdu uudelleen. (Kinnunen 2010, 27; Turunen & Partanen 2008.)

Kotihoidon organisaatiokulttuurin kehittyminen edelleen kohti avoimempaa, reilumpaa ja keskustelevampaa kulttuuria mahdollistaa vaaratapahtumien rehellisen raportoinnin ja huomion siirtämisen työntekijän virheestä systeemin virheeseen. Vaikka vaaratapahtuma toteutuukin aina yksilötasolla, sen aiheuttaja on yleensä systeemi, joka muodostuu johdon päätöksenteosta, lähiesimiestyöstä sekä niistä fyysisistä ja psyykkisistä olosuhteista, joissa työntekijät työskentelevät (Kinnunen 2010, 25 – 26). On tärkeää kiinnittää huomio myös läheltä piti - tilanteiden aktiiviseen raportointiin ja käsittelyyn. Näin päästään puuttumaan potilasturvallisuusriskiin jo ennen kuin varsinaista haittaa on päässyt tapahtumaan.

Tämän kartoituksen perusteella nähdään, että potilasturvallisuuskulttuuri on monitahoinen kokonaisuus, joka muodostuu koko työyhteisön, niin johdon kuin yksittäisten työntekijöiden jakamista arvoista, asenteista, toimintaperiaatteista ja

– tavoista. Se on alati muutoksessa oleva kokonaisuus, jolle perustehtävä asettaa vaatimuksiaan ja rajoituksiaan. Toisaalta myös kulttuuri muokkaa perustehtävää kuvion 3 mukaisesti. (Reiman ym. 2008, 16, 48).

Tässä kartoituksessa havaitaan, että varsinkin organisatoristen ulottuvuuksien ja kontrollimuuttujien välillä löytyi laajasti yhteyksiä. Työmotivaatio, työilmapiiri, työtyytyväisyys, organisaation ilmapiiri ja vaaratapahtumista raportointi korreloivat positiivisesti pääsääntöisesti kaikkien organisatoristen ulottuvuuksien kanssa (Liite 4). Voidaan ajatella, että kehittämällä aktiivisesti organisatorisia ulottuvuuksia, saadaan monia paitsi työssä jaksamiseen liittyviä positiivisia vaikutuksia myös potilasturvallisuutta edistäviä positiivisia vaikutuksia.

Vastuu potilasturvallisuudesta ja sen kehittamisestä on aina organisaation johdolla. Sen tulee korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa, varmistaa hyvät edellytykset turvalliselle toiminnalle ja tarkastella potilasturvallisuuden näkökulmasta kaikkia päätöksiään. Erityisesti muutostilanteessa tulee muutoksen vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioida kaikissa muutoksen vaiheissa. Potilasturvallisuus on myös organisaation yhteinen asia ja kotihoidossa on erityisen tärkeää, että potilasturvallisuuden edistämiseen sitoutetaan myös asiakkaat ja heidän läheisensä. Hoitotyön ammatillisuuteen liittyy keskeisesti vastuu potilasturvallisuudesta ja velvollisuus arvioida ja kehittää omaa työtään ja toimintaansa turvallisemmaksi. (STM 2009, 14.)

## 7.2 Eettiset näkökohdat

Tämän kehittämisprojektin kaikissa vaiheissa on sitouduttu noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö eli tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittujen pelisääntöjen noudattamista, hyväksytyjen tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttöä sekä rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä kuin tulosten esittämisessä (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003, 5; Vilka 2005, 29 – 30).

Projektin aihe, potilasturvallisuuskulttuuri, on valittu paitsi ajankohtaisuuden myös sen merkityksellisyyden vuoksi. Potilasturvallisuus ja sen mahdollistava organisaatiokulttuuri ovat kaiken laadukkaan terveydenhuollon kulmakivi. Tutkimusaiheen valinnalla on siis haluttu saavuttaa kohdeorganisaatiota laajempi yleisö ja merkitys, mikä toteutuukin osittain aineiston liittymisellä osaksi VTT:n kansallista potilasturvallisuuskulttuuriaineistoa.

Projektin kaikissa vaiheissa on pyritty tarkkuuteen ja huolellisuuteen. Projekti on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja sen kulku kuvataan avoimesti ja totuudenmukaisesti. Tutkimuslupa on haettu ja saatu asianmukaisesti kohdeorganisaation normaaleja käytäntöjä noudattaen. Samalla on anottu ja saatu lupa luovuttaa tämä tutkimusaineisto osaksi kansallista potilasturvallisuuskulttuurin tutkimusaineistoa niin ettei kohdeorganisaatio tule tunnistetuksi.

Potilasturvallisuuskulttuurikyselystä on tiedotettu asianmukaisesti kohdeorganisaatiota sekä yhteisessä informaatiotilaisuudessa lähiesimiehiä ja kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajia että sähköpostitse koko kotihoidon henkilöstöä. Kartoituksen tarkoitus, tavoitteet ja aineistonkeruumenetelmä on kuvattu kohdeorganisaatiolle selkeästi myös saatekirjeessä (liite 1).

Vastaajien tunnistaminen tässä kartoituksessa ei ole mahdollista. Anonymiteetti on varmistettu siten, että kyselyyn on luotu saatekirjeessä yleinen Webropol-linkki, jonne jokainen vastaaja on päässyt oman sähköpostinsa kautta. Vastaajan yhteystiedot eivät näy vastauslomakkeessa. Tutkija on saavuttanut kohdeyrhmän organisaation sihteerin välityksellä. Tutkija ei siis ole itse lähettänyt kyselyä suoraan vastaajille. Vastauslomaketta on muokattu niin, ettei tunnistettavuus ole mahdollista. Sukupuolen määrittävä kysymys on tästä syystä jätetty kokonaan pois taustamuuttujista. Koska kotihoidon lähialueilla on kullakin vain yksi lähiesimies, pyydettiin vastaajia nimeämään se yhteistoiminta – alue, jolla he ensisijaisesti työskentelevät. Vastaajaryhmiä ryhmiteltiin uudelleen siten, ettei pieniä, alle 10 henkilön vastaajaryhmiä muodostu. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselyn voi keskeyttää halutesaan.

Tämän kehittämisprojektin toteuttaja toimii vastaajien kanssa samassa organisaatiossa, mutta ei varsinaisessa kotihoidossa. Tarkempaa tuntemusta peruskotihoidon organisaatiokulttuurista, rakenteista ja käytänteistä hänellä ei ole, vaan hän toimii lähinnä peruskotihoidon yhteistyökumppanina.

### 7.3 Luotettavuuden tarkastelu

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan määrälliselle tutkimukselle luonteenomaisten reliabiliteetin ja validiteetin avulla (Toikko & Rantanen 2009, 121). Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tuku – kysely on turvallisuuskulttuurin mittari, joka on kehitetty suomalaisten terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön. Kyselyä on käytetty turvallisuuskulttuurin kartoituksessa eri terveydenhuollon organisaatioissa vuodesta 2008 lähtien. Tässä kehittämisprojektissa sen tarkoitus on antaa lähtöarvio kotihoidon organisaation potilasturvallisuuskulttuurista. Kysely voidaan ja on tarkoituskin toistaa koko Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla joka toinen vuosi. Mittari sisältää joitakin suhteellisen abstrakteja käsitteitä, joiden merkitys saattaa tuntua vieraalta, ellei ole perehtynyt potilasturvallisuuteen osana hoitotyön laatua. Tällaisia ovat mahdollisesti esimerkiksi käsitteet ”haittatapahtuma” ja ”vaaratapahtuma”. Tämänlaista palautetta ei kyselyyn vastaajilta eikä sen testaajilta kuitenkaan tullut.

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin ”kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata” (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Teknologian tutkimuskeskus VTT on pitkäjänteisesti kehittänyt mittaria sopivaksi mittaamaan terveydenhuollon organisaatioiden organisatorisia ja psykologisia ulottuvuuksia. Mittaria on käytetty laajasti suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa vuodesta 2008 asti. Koska alkuperäinen mittari on kehitetty sairaala- ja laitososuhteisiin, on tässä käytettyyn mittariin tehty joitakin muutoksia, jotta se sopivuus kohdeorganisaation kontekstiin parantuisi. Muutokset on kuvattu kappaleessa 5.2. Mittari on testattu kahdella terveydenhuollon ammattilaisella.

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion aineisto kerättiin kokonaistutkimuksella kaikilta Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiltä. Kato eli vastaa-mattomuus nousi suureksi. Vastausprosentti oli 19.3 %. Vastaajia oli siis 127 ja kysely oli avattu ilman, että siihen oli vastattu, 99 kertaa (N = 659). Suuri oli siis niiden kotihoidon työntekijöiden osuus, jotka olivat päättäneet olla avaamatta ja vastaamatta kyselyyn jo saatekirjeen ja kahden muistutuksen saatuaan. Näyt-tää ilmeiseltä, että joukossa on myös niitä työntekijöitä, joiden mielestä potilas-turvallisuus aiheena ei vaikuta tärkeältä ja/tai potilasturvallisuuteen liittyvä kyse-ly mielletään turhaksi. Suurin kato syntyi perus- ja lähihoitajien keskuudessa, joista vain alle 14 % vastasi kyselyyn, sekä kodinhoitajista ja kotiavustajista, joista vain noin 7,5 % vastasi kyselyyn. Lähiesimiehistä vastasi noin puolet ja terveyden- ja sairaanhoitajista vastasi melkein 60 %.

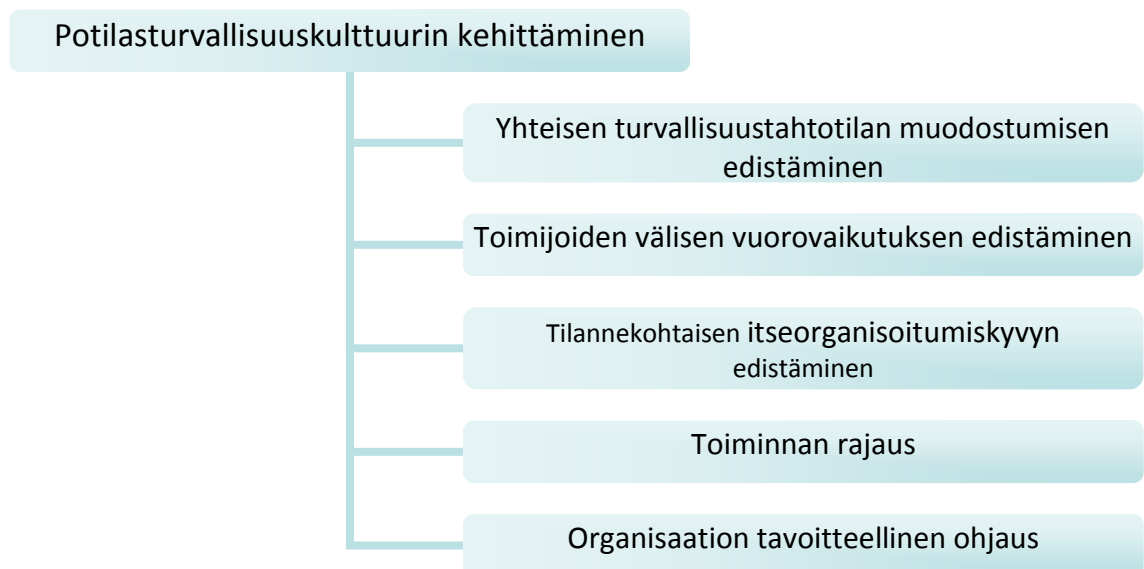
Tämän aineiston avoimesta kysymyksestä muodostuvalla laadullisella aineistol-la on tarkoitus paitsi tunnistaa kotihoidon henkilökunnan mielestä tärkeitä kehit-tämisaiheita, mutta myös arvioida määrällisen aineiston luotettavuutta. Monilta osin aineistot vastaavat toisiaan. Joitakin ristiriitaisuuksia on käsitelty tulosten tarkastelun yhteydessä kappaleessa 7.1.

Joihinkin kyselyn yksittäisiin teemoihin, summamuuttujiin, on liitetty useampia asioita ja niitä pyydetään arvioimaan samassa väittämässä siten, että asioiden erillinen arviointi ei ole mahdollista. Näitä ovat esim. väittämä 2.4 sisältäen tie-donkulun ratkaisut sekä väittämä 2.35 varajärjestelmistä. Olemassa olevia käy-täntöjä on myös joiltain osin vaikea todentaa pelkästään sillä, että organisaati-ossa on olemassa sen mahdollistavat ohjeet tai tietojärjestelmät.

Avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia kertomaan mielestään kotihoidon tärkeimmät kehityskohteet. Kysymys ei suoranaisesti johdata pohtimaan pelkäs-tään potilasturvallisuuteen liittyviä aiheita ja siksi vastauksissa on myös sellaisia ehdotuksia, jotka eivät yhdisty turvallisuuteen. Toisaalta potilasturvallisuuskult-tuuri on laaja ja monimuotoinen kokonaisuus, johon vaikutetaan välillisesti mo-nin keinoin. Se muodostuu koko työyhteisön, niin sen johdon kuin yksittäisten työntekijöiden jakamista turvallisuuteen liittyvistä arvoista, asenteista, toiminta-periaatteista ja – tavoista (Helovuori, 2011, 92).

## 8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tässä opinnäytetyössä potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen nähdään organisaation toiminnan kehittämisenä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kyse on ensisijaisesti organisaation tavoitteellisesta johtamisesta. Teoreettiseksi viitekehikseksi on valittu potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli. Se nähdään ”toimijoiden vuorovaikutuksessa syntyvänä muutosvoimana, joka edistää organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja halua ymmärtää toimintaan liittyviä vaaroja ja vastata niihin”. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen mallin viisi periaatetta on kuvattu kuviossa 11. (Pietikäinen 2012, 34).



Kuvio 11. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen periaatteet. (Pietikäinen ym. 2012, 34.)

Pietikäisen ym. (2008, 42) näkemyksen mukaan potilasturvallisuuskulttuurin vahvistuminen tapahtuu kehittämällä turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia. Näitä ulottuvuuksia kehittämällä voidaan vaikuttaa turvallisuuskulttuurin psykologiseen tasoon.

Tämän kartoituksen perusteella tunnistettiin Turun kaupungin kotihoidossa monia sellaisia vahvuuksia, jotka antavat potilasturvallisuuskulttuurin kehittämislle



organisaatiossa hyvät edellytykset. Vahvimpina tällaisina vahvuuksina voidaan pitää vastaajien henkilökohtaisia psykologisia ulottuvuuksia, kuten korkeaa henkilökohtaista vastuuntunnetta asiakkaistaan ja työstään sekä sen vaikutuksista. Myös turvallisuusmotivaatio on vastaajilla korkea; potilasturvallisuutta pidetään tärkeänä ja keskeisenä henkilökohtaista työskentelyä ohjaavana arvona. Lisäksi vastaajat kokevat työnsä kotihoidossa erittäin tärkeäksi.

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen kohteiksi valikoitui psykologisista ulottuvuuksista hallinnan tunne sekä organisatorisista ulottuvuuksista turvallisuusjohtaminen, turvallisuuden ennakoiva kehittäminen, vaarojen, muutosten ja ulkopuolisten toimijoiden hallinta.

### Työn hallinnan tunteen vahvistaminen

Potilasturvallisuuden kannalta on merkityksellistä, että kotihoidon työntekijät kokevat suoriutuvansa omista työtehtävistään hyvin ja huolellisesti. Työn hallinnan tunteella näyttää kotihoidossa olevan yhteys myös siihen, miten työntekijät viihtyvät työssään ja miten hyväksi koetaan oman työyhteisön ja koko kotihoidon ilmapiiri.

Työn hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa *toimintaa rajaamalla*. Tämä tarkoittaa **työtehtävien ja vastuiden selkeää määrittelyä. Tehtäväkuvausten tulee vastata työntekijän koulutusta ja osaamista**. Kotihoidon asiakkailla on monia tarpeita, joihin ei aina välttämättä terveydenhuollon koulutuksella pystytä vastaamaan. Tilanteet aiheuttavat stressiä ja riittämättömyden tunnetta työntekijöille. Siksi on mietittävä myös, minkälaista **yhteistyötä on tarpeen luoda ja vahvistaa** tukemaan kotihoidon asiakkaiden hyvinvointia.

Tämän kartoituksen perusteella kotihoidon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien sairaanhoidollista osaamista tarvittaisiin enemmän kentällä. Voidaan pohtia, onko heidän työnkuvaansa sisällytetty nyt sellaisia tehtäviä, jotka eivät suoraan liity kotihoidon asiakkaan terveyden- ja sairaanhoitoon, tai tehtäviä, jotka vievät kohtuuttomasti resursseja pois asiakkaan terveyden- ja sairaanhoidolta. **Työnjaon selkeyttäminen, työn parempi organisointi ja osaamisen koh-**

**dentaminen** oikein ovat osa potilasturvallisuuden kehittämistä. Kotihoitoon on tulossa mm. hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen liittyen tehtäväkuvien ja vastuiden tarkennusta (Ritvanen 2013c).

Työn hallinnan tunnetta vahvistavat ja yhteistyötä sekä potilasturvallisuutta parantavat myös **kotihoidon yhteiset hoitokäytänteet sekä toimintaa ohjaavat ja tukevat käytänteet yli tiimi- ja aluerajojen**. Kun toimintaohjeet ja käytänteet ovat samat koko kotihoidossa, on työntekijöiden helpompi liikkua ja tehdä yhteistyötä organisaatiossa. Oleellista on tietenkin, että **ohjeistukset on sisäistetty ja työntekijöille on perusteltu, miksi on turvallisuuden vuoksi toimitava ohjeistuksen mukaisesti**. Näin toimimalla johto edistää *yhteisen turvallisuustahtotilan kehittymistä* kotihoidossa. Kuvio 12 havainnollistaa sen, miten adaptiivisen johtamisen avulla työn hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa.



Kuvio 12. Työn hallinnan tunteen vahvistaminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

## Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen

HaiPro – vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on ollut käytössä kotihoidossa vuodesta 2009. Vuodesta 2012 lähtien myös kotihoidon asiakkaat tai heidän omaisensa voivat tehdä ilmoituksen vaaratapahtumasta Turun kaupungin internetsivulla. Järjestelmällisen raportointimenettelyn avulla saadaan arvokasta tietoa organisaation vaaratapahtumista ja niihin myötävaikuttaneista tekijöistä. Oleellista on varmistaa, että kaikki **työntekijät osaavat käyttää raportointijärjestelmää, tunnistavat läheltä piti – tilanteet ja haittatapahtumat**. Kaikki läheltä piti – tilanteet ja haittatapahtumat tulee raportoida HaiPro – järjestelmään, jotta saadaan todenmukainen käsitys organisaation potilasturvallisuustilasta. Aktiivinen raportointi ei kuitenkaan riitä, vaan potilasturvallisuuden kehittämisen ja oppimisen näkökulmasta oleellista on se, miten saatua tietoa hyödynnetään. Kotihoidossa on käynnissä monia **potilasturvallisuutta edistäviä ohjelmia, joiden juurruttaminen käytännön toiminnaksi** on oleellista. Organisaatiota tulee *ohjata tavoitteellisesti* kohti toivottua suuntaa.

**Luottamuksellinen ja keskusteleva organisaatiokulttuuri mahdollistavat potilasturvallisuus- ja laatu poikkeamien avoimen ja syyllistämättömän käsittelyn ja niistä oppimisen.** On tärkeä **luoda säännölliset ja yhteiset toimintatavat ja käytännöt, jotka tukevat tätä.** Näin *edistetään toimijoiden välistä vuorovaikutusta ja viestitään aktiivisesti organisaation turvallisuuden tilasta ja mahdollisista riskitekijöistä.* Kun asioista keskustellaan systemaattisesti ja avoimesti, myös syyllistämisen pelko vähentyy.

Potilasturvallisuus vaarantuu usein tilanteissa, joissa kotihoidon asiakkaan sairauksien tai toimintakyvyn muutoksiin ei reagoida. **Ennaltaehkäisevä ja nopea puuttuminen asiakkaan muuttuviin tarpeisiin** ehkäisee tehokkaasti vaaratapahtumia. Kotihoidon organisaatiossa on tärkeä luoda ja juurruttaa toimintatapoja ja käytäntöjä, jotka edesauttavat tätä. Näitä ovat esimerkiksi toimintakykyä ja kuntoisuutta arvioivien mittareiden laaja ja tavoitteellinen käyttö, säännölliset ja tiimin yhteiset palaverit, joissa asiakkaan muuttuvaa tilannetta käsitellään ja

päätetään yhteisistä hoitolinjoista. Näin edistetään tilannekohtaisen itseorganisointumiskyvyn kehittymistä.

Myös **omahoitajajärjestelmän tehostaminen ja kehittäminen** on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Omahoitajan vastuuta asiakkaastaan tulee selkeyttää. On kuitenkin tärkeä tunnistaa, ettei omahoitaja koskaan yksin vastaa asiakkaansa hyvinvoinnista ja hoidosta. Omahoitajan tulee kuitenkin perehtyä paremmin asiakkaansa tilanteeseen ja tuoda hänen hoitoonsa liittyviä asioita ja huomioita tiimin asiantuntijoiden yhteiseen arviointiin. Hän voi myös huolehtia siitä, että asiakkaan tilannetta arvioidaan säännöllisesti mittareiden ym. avulla. Turun kaupungin kotihoidossa on käytössä omahoitajajärjestelmä ja hänen tehtävänsä on organisaatiossa määritelty. Oleellista on se, miten tämä ohjeistus on tiimeissä juurtunut käytännöksi. Hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen sisältyy Turun kaupungin kotihoidossa myös mittareiden käytön tehostaminen (Ritvanen 2013c). Kuvio 13 kuvaa turvallisuuden ennakoivan kehittämisen mahdollisuuksia adaptiivisen johtamismallin näkökulmasta.



Kuvio 13. Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

## Turvallisuusjohtaminen

Johdon vastuulla on **nostaa potilasturvallisuus työyhteisön toimintaa ohjaavaksi tärkeäksi arvoksi, luoda edellytyksen avoimelle ja luottamukselliselle vuorovaikutukselle** sekä edistää näin työntekijöiden sitoutumista ja vastuullisuutta potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Näin johtamalla *edistetään sekä kotihoidon yhteisen turvallisuustahdotilan muodostumista että työntekijöiden kykyä itseorganisoitumiseen.*

Organisaatiossa toteutetun turvallisuuskulttuurin arvioinnin, kuten tämän Tuku – kysely, ajatellaan jo itsessään toimivan kehittämisen välineenä. Se avaa toimijoiden silmät havainnoimaan kotihoidon potilasturvallisuutta laajemmin ja huomioimaan turvallisuus työssään ja organisaatiossa paremmin. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala onkin päättänyt **Tuku – kyselyn toteuttamisesta organisaatiossa jatkossa joka toinen vuosi.**

Tämän kartoituksen perusteella voidaan nähdä, että kotihoidossa työskentelee henkilöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen. Johdon tulee myös omalla toiminnallaan osoittaa potilasturvallisuuden keskeinen arvo ja luoda edellytykset turvalliselle hoidolle. Potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden säännöllinen esiintuominen ja keskustelun ylläpitäminen kotihoidossa on johdon tehtävä. Turun kaupungin kotihoidossa työskentelee erilaisen koulutustaustan omaavia työntekijöitä, joiden ymmärrys hoitotyön ammatillisuudesta, tavoitteellisuudesta ja kokonaisvaltaisuudesta saattaa poiketa toisistaan. Siksi myös **asenne ja ymmärrys turvallisuudesta on saattanut muodostua erilaiseksi.** Myös tästä syystä on tärkeää **edesauttaa avointa keskustelua työyhteisössä ja perustella tarkasti turvallisten toimintatapojen merkitys** työntekijöille.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja kehittämiseksi. On erityisen tärkeää tuoda suunnitelman sisältö kaikkien toimijoiden tietoisuuteen. Potilasturvallisuussuunnitelman jalkauttaminen alkaa kotihoidossa kaikille työntekijöille suunnatun verkkokoulutuksen kautta. Potilasturvallisuuden näkökulmat ja haasteet poikkeavat kotihoidossa melkoisesti sairaala- ja laitospäristöstä. Potilasturvalli-

suuden johtamisen näkökulmasta on **tärkeä ymmärtää koti yksilöllisenä ja haasteellisena hoitoympäristönä**, jossa olot eivät useinkaan tue turvallista kotihoitoa ja asumista. Adaptiivisen johtamismallin käyttöä turvallisuusjohtamisessa kuvataan kuviossa 14.

Työ kotihoidossa on yksinäistä, usein kiireistä ja kollegiaalinen tuki ja apu eivät ole välittömässä käytössä. Päätökset tehdään usein yksin ja kiireessä. (Lang, Edwards & Fleischer 2008, 3.) Työntekijät saattavat lisäksi muodostaa omia hoitokäytäntöjään ja säädellä omaa toimintaansa itsenäisesti. Tämä **ylenpalttinen autonomia saattaa muodostua esteeksi potilasturvallisuuden kehittämiseksi, mikä on otettava huomioon ja avoimeen tarkasteluun turvallisuusjohtamisessa.** (Amalberti 2005, 756.) Tästäkin näkökulmasta **yhtenäisten käytäntöjen muodostaminen ja juurruttaminen käytännön hoitotyöhön** on tärkeää.



Kuvio 14. Turvallisuusjohtaminen adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

## Vaarojen hallinta

Potilasturvallisuusvaaroja voidaan hallita järjestelmillä, jotka **turvaavat toiminnan turvallisen ja laadukkaan jatkumisen myös poikkeustilanteissa**. Tämän kartoituksen perusteella voidaan nähdä, että Turun kaupungin kotihoidon **varahenkilöstöjärjestelmää on tarve kehittää** siten, että luodaan sijaisjärjestelmää, jolla turvataan pätevien ja kotihoidon toimintakenttään sitoutettujen sijaisten saanti. Vaarojen ja ulkopuolisten toimijoiden hallinta kytkeytyvät tässä kartoituksessa tiiviisti toisiinsa. Sijaisjärjestelmään liittyvää potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmaa pohditaan vielä ulkopuolisten toimijoiden hallinnan tarkastelun yhteydessä (s. 96).

Lääketurvallisuuden parantaminen on potilasturvallisuuden kannalta erityisen tärkeää, koska suurin osa potilasturvallisuuspoikkeamista liittyy lääkehoidon toteuttamiseen. Turun kaupungin kotihoidossa lääkehoidon osaamista kehitetään monella tapaa, mm. lääkehoidon osaamisen varmentamisella. Erityisesti lääkehoidon osalta on erittäin tärkeää, että sen toteuttajilla on riittävä pätevyys ja osaaminen. **Työntekijöiden tehtäväkuvaukset ja vastuut lääkehoitoon liittyen tulee määritellä selkeästi**. *Toiminnan rajaaminen* on siis myös vaarojen hallinnan kannalta tärkeää. Lääkehoito ei koskaan ole vain ”pillerin antamista asiakkaalle dosetista”. Asiakkaan lääkelistan jatkuva kriittinen arviointi on osa turvallista hoitoa. Kotihoidossa tulee kehittää ja tukea sellaisia käytänteitä, joilla tämä juurtuu työyhteisön säännölliseksi toiminnaksi. Tämä edellyttää säännöllistä ja kiireetöntä yhteistyötä lääkärin kanssa. Kotihoidossa toimii sekä lääkehoidotyöryhmä että lääkehoidon osaamisen kehittämisen työryhmä luomassa edellytyksiä turvalliselle lääkehoidolle (Ritvanen 2013c).

Kotihoidossa lääkkeiden jako on usein haasteellista esim. puutteellisten olosuhteiden takia. **Lääkkeiden jakelun kaksoistarkastus** on yksi keskeisimmistä lääkehoidon turvallisuutta edistävästä käytännöistä. Kaksoistarkastus on mahdollista toteuttaa myös kotihoidossa, varsinkin jos lääkkeet jaetaan kotihoidon toimistolla. Asiakkaan kotona jaetut lääkkeet voidaan kaksoistarkistaa seuraavalla kotikäynnillä. Myös lääkkeiden antajan tulee tarkistaa antamansa lääkkeet.

Kaksoistarkastus toimii suojauskäytäntönä, joka tunnistaa mahdolliset lääkepoikkeamat ennen, kuin ne johtavat jo tapahtuneeseen lääkehaittaan. Muitakin lääketurvallisuutta edistäviä toimia on viime vuosina kehitetty kotona asuvan asiakkaan hyväksi. Näitä ovat esim. lääkkeiden koneellinen annosjakelu ja lääkkeiden jako dosettiin apteekin palveluna.

Vaarojen hallinnan kannalta on **tärkeää luoda tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvia turvallisuutta edistäviä käytäntöjä**. Uusien toimintatapojen käyttöönotto tulee **perustella turvallisuuden näkökulmasta** työntekijöille tarkasti. Näin toimimalla *edistetään yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista*. Kuvio 15 kuvaa vaarojen hallinnan työkaluja adaptiivisen johtamisen mallissa.



Kuvio 15. Vaarojen hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

### Muutosten hallinta

Muutosten hallinta kotihoidossa arvioitiin tässä kartoituksessa olevan heikkoa. Työntekijän kyky omaksua useita päällekkäisiä uusia käytäntöjä on tietenkin rajallinen. *Organisaation tavoitteellinen ohjaaminen* on syytä toteuttaa suunnitelmallisesti pienten muutosten kautta. **Pienillä muutoksilla eteneminen antaa**



**työntekijöille paremman mahdollisuuden kehittyä ja oppia** muutosten mukana varsinkin, jos heidät on **osallistettu mukaan antamalla heille mahdollisuus vaikuttaa ratkaisuihin ja tulla kuulluksi**. Näin toimimalla *edistetään toimijoiden välistä vuorovaikutusta*. Muutostarpeet on syytä priorisoida silloin, kun niitä on paljon. Kun kehittämisen kohde on työyhteisössä valittu, onnistumisen kannalta on tärkeää yhdessä asettaa kehittämiselle tavoitteet ja perustella muutoksen tarve. Tätä keskustelua on pidettävä yllä koko muutosprosessin ajan. On siis tärkeää **johtaa toimintaa tavoitteellisesti ohjaten pienin muutosaskelin**, mutta jatkuvasti kehittäen.

**Useat päällekkäiset muutosprosessit saattavat vaarantaa potilasturvallisuutta ja heikentää työn hallinnan tunnetta**. Tässä kartoituksessa kävi ilmeiseksi kotihoidon työntekijöiden tarve keskittyä perustehtävän suorittamiseen ja rauhoittaa organisaatio uusilta muutoksilta. Koska tulevaisuudessa tuskin muutoksilta voidaan välttyä, tulee muutosjohtamiseen kiinnittää erityistä huomiota. Muutosten hallintaa tarkastellaan kuviossa 16 adaptiivisen johtamisen mallin avulla.



Kuvio 16. Muutosten hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

## Ulkopuolisten toimijoiden hallinta

Kotihoidon työntekijän sijaisena voi toimia vain ammattitaitoinen ja pätevä, riittävän koulutuksen ja kotihoidon perehdytyksen saanut työntekijä. Tämä määrätään lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja tämän toteutumisesta vastaa organisaation johto. Tämän kartoituksen perusteella kotihoidossa näyttää työskentelevän henkilöitä, joilla ei ole riittävää pätevyyttä suoriutumaan tehtävistään.

Poissaolot kuormittavat aina vakinaista henkilökuntaa, mutta jos kuormitus on jatkuvaa ja kohtuutonta, on todennäköistä, että potilasturvallisuus ennemmin tai myöhemmin vaarantuu. **Sijaisten suunnitelmalliseen perehdytykseen tulee resursoida riittävästi.** Perehdytyksessä käytetään hyväksi perehdytyksen tarkistuslistaa. Tämä edistää myös *sijaisten kykyä tilannekohtaiseen itseorganisointumiseen* niissä ennakoimattomissa tilanteissa, joihin hän eri yksiköissä toimiessaan joutuu. Kun **käytänteet ovat yhtenäiset koko kotihoidon organisaatiossa**, sijaisten liikkuminen organisaation sisällä helpottuu.

Ulkopuolisia toimijoita ja potilasturvallisuusriskejä voidaan hallita sellaisella vakituisella sijaisjärjestelmällä, johon hyväksytään ja sitoutetaan vain ammattitaitoisia ja päteviä työntekijöitä. Heitä **tulee johtaa samoin kuin muitakin kotihoidon vakituisia työntekijöitä.** Sijaisten täytyy **tunnistaa vastuunsa ja velvollisuutensa sekä potilasturvallisuus toimintaansa ohjaavan arvona.** Näin *myös sijaiset sitoutuvat kotihoidon yhteiseen turvallisuuden tahtotilaan.* Kuviossa 17 hahmotellaan niitä johtamiskeinoja, joilla mahdollistuu ulkopuolisten toimijoiden hallinta. Vaikka organisaation johdolla onkin vastuu ammattitaitoisen henkilökunnan resursoinnista, on kotihoidon työntekijöillä vastuu ja velvollisuus tiedottaa potilasturvallisuutta ja hyvää hoitoa vaarantavista havainnoistaan liittyen sijaisten puutteelliseen ammattitaitoon.



Kuvio 17. Ulkopuolisten toimijoiden hallinta adaptiivisen johtamisen mallin keinoin.

## 9 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

Tämä kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa lähtöarvio kotihoidon organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tilasta ja kehittämisenäkökulmia ja – ehdotuksia sen edistämiseksi sekä tukea näin organisaatiota kehittämistyössä. Pitkän ajan muutostavoitteena eli projektin tarkoituksena oli kotihoidon organisaation turvallisuuskulttuurin kehittyminen ja näin ollen potilasturvallisuuden edistäminen. Tämän kehittämisprojektin merkittävyyttä voidaan arvioida myös sen teeman ajankohtaisuudella (Toikko & Rantanen 2009, 57). Kehittämisprojektin viitekehys syntyy kansallisen potilasturvallisuusstrategian 2009 – 2013 - ja Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelman pohjalta.

Tämän kehittämisprojektin konkreettisenä tuotoksena syntyi projektin tavoitteen mukaisesti kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin lähtöarvio ja sen pohjalta potilasturvallisuuskulttuurin kehittämis ehdotukset. On tärkeä ymmärtää kehittämisen kohteena olevan organisaation rakenteita ja prosesseja, toiminnan luonnetta ja sen taustalla vaikuttavia asenteita, käsityksiä ja normeja, jotta potilasturvallisuutta voidaan kehittää hallitusti ennakoimalla ja oppimalla (Helovuola ym. 2011, 116). Tuku – kyselyn pohjalta luotiin ymmärrys Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin nykytilasta. Tämä toimii lähtöarviona myöhemmin toteutettaville kyselyille. Näin pystytään kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin kehitystä seuraamaan.

Kysely potilasturvallisuuskulttuurin arviointimittarina on suhteellisen yksinkertainen menetelmä ja antaa kohdeorganisaatiosta sellaista numeerista tietoa, jota voidaan käyttää pitempi aikaisessa seurannassa. Kysely ei kuitenkaan riitä antamaan kokonaisvaltaista kuvaa organisaation turvallisuuskulttuurin tilasta, vaan tarvitsee rinnalleen laadullisen työskentelyn sosiaalisten prosessien ymmärtämiseksi. (Helovuola 2011, 118; Reiman ym. 2008, 30 – 31.)

Kehittämisprojektin tavoitteena on yleensä muutos organisaation toimintatavoissa tai – menetelmissä, rakenteissa tai prosesseissa (Toikko & Rantanen 2009, 16). Tämän lähtöarvion pohjalta on noussut esiin potilasturvallisuuskult-

tuurin kehittämisehdotuksia. Kartoituksen avulla esiin nousseita kehittämisehdotuksia on tarkasteltu siitä näkökulmasta, miten ne ovat linjassa kotihoidossa jo tapahtuvan kehittämistoiminnan kanssa. Pitkän aikavälin tavoitteena on johtamisen avulla luoda sellaisia toimintatapoja, -menetelmiä, rakenteita ja prosesseja, joiden avulla edistetään potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuuria Turun kaupungin kotihoidossa.

Tässä projektissa esitetyt kehittämisehdotukset ja kehittämisen keinot ovat sellaisenaan siirrettävissä potilasturvallisuuden johtamisen käytännöksi kotihoidossa. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli valittiin kehittämisen työvälineeksi, koska se tavallaan ”puhu samaa kieltä” Tuku – kyselyn kanssa. Koska malli on kehitetty Tuku – kyselyn pohjalta, käytössä ovat samat teemat ja käsitteet. Tuku – kyselyn käyttö terveydenhuollon organisaatioissa on levinnyt laajalle ja voidaan ennustaa näin käyvän myös potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen mallille.

Kehittämiprojektin sisäisiä riskejä; vastausten katoa, SPSS – ohjelman käytön vaikeuksia ja ajan hallinnan vaikeuksia, arvioitiin projektisuunnitelmassa seuraavasti (taulukko 14): Vastausten kato toteutui. Vaikka kaikki riskien hallinnan keinot otettiin käyttöön, vastausprosentti jäi silti 19.3 %:iin. Kappaleessa 7.3 on tarkasteltu vastaajia henkilöstöryhmittäin ja näiden ryhmien edustavuutta. Kyselystä tiedotettiin sekä sähköpostitse kaikkia vastaajia että tiedotustilaisuudessa kotihoidon lähiesimiehiä ja terveyden- ja sairaanhoitajia. Kyselyajankohtana ei ollut menossa muita koko kotihoitoa koskevia tutkimuksia. Kahden muistutuksen jälkeen vastausajaksi muodostui lähes kuusi viikkoa, mikä voidaan arvioida täysin riittäväksi ajaksi. Vastausajan loppua kohden havaittiin, vastausten selkeä vähentyminen 0 – 1 kappaleeseen päivässä.

Taulukko 14. Projektin sisäiset riskit ja niiden hallinta.

<b>Sisäiset riskit:</b>	<b>Riskien hallinta:</b>
Vastausten kato	Aktiivinen tiedottaminen, kyselyajankohdan tarkka valinta ja vastausajan pidentäminen.
SPSS- ohjelman käytön vaikeudet	Ohjelman käytön harjoittelu ohjatussa opintoryhmässä. Riittävä ajan resursointi.
Ajan hallinnan vaikeudet	Projektipäällikön opintovapaa syksyllä 2012, huolellinen aikataulun laadinta ja tarvittava väljyys siihen.

SPSS – analysointiohjelman käytön hallintaa edesauttoi analysointia edeltävä tilastollisten menetelmien opintojakso ja jaksosta vastaavan opettajan aktiivinen ohjaus vielä opintojakson jälkeenkin. Määrällisen aineiston koko analysointiprosessi on tarkastettu. Analysointiin meni enemmän aikaa kuin alustavasti oli varattu, mutta projektipäällikön pitkä opintovapaaajakso syksy 2012 – kevät 2013 auttoi pysymään aikataulussa. Kehittämiprojekti on kokonaisuudessaankin pysynyt hyvin aikataulussa.

Kehittämiprojektissa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Projektissa syntyvän tiedon tulisi olla paitsi todenmukaista myös hyödyllistä. Käyttökelpoisuus tarkoittaa siis kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä ja siksi olennaista on aineiston pohjalta esitetyt selkeät toimintasuositukset. (Toikko & Rantanen 2009, 121, 125.)

Tässä kehittämisprojektissa on Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuus-kulttuurin lähtöarvion pohjalta esitetty kohdeorganisaatiolle kehittämisehdotukset. Tämä tuotos on kontekstisidonnainen perustuen tehtyyn kyselyyn eikä sellaisenaan ole siirrettävissä toisiin organisaatioihin. Tässä raportissa esitetyt kehittämisehdotukset ovat nousseet Tuku – kyselynaineiston pohjalta. Määrällisessä aineistossa saadaan näkyväksi kotihoidossa heikosti toimivat organisatoriset ja psykologiset ulottuvuudet ja toisaalta vastaajat tuovat esiin omia näkemyksiään tärkeimmistä kehittämisaiheista laadullisessa aineistossa. Tämän yhteiskäytön osalta voidaan todeta triangulaation toteutuvan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei kotihoidossa jo olisi menossa hankkeita, joita vastaajat kaipaavat. Aineiston pohjalta nousseiden kehittämisehdotuksien nivoutumista kotihoidossa

jo olemassa oleviin kehittämishankkeisiin ja kehittämissuunnitelmiin on tarkasteltu yhdessä kotihoidon kehittämisestä vastaavan erityisasiantuntijan kanssa.

Turun kaupungin kotihoidon potilasturvallisuuskulttuurin kokonaiskuvan ymmärtäminen vaatisi myös sen sosiaalisten prosessien tutkimista. Nämä prosessit ilmenevät työyhteisön yhteisinä kollektiivisina kokemuksina, vuorovaikutustapoina ja kommunikaatiokäytäntöinä (Pietikäinen ym. 2008, 34). Potilasturvallisuuskulttuurin sosiaalisia prosesseja ei Tuku – kyselyn avulla ole mitattavissa. Tietoa näistä voidaan saada työntekijöiden kokemusten ja tulkintojen avulla laadullisia tutkimusmenetelmiä hyödyntäen. Tämä olisi mielekäs jatkotutkimuksen aihe.

Projektiorganisaatio on kokenut monia muutoksia tämän projektin aikana. Projektiryhmä koostui alun perin neljästä henkilöstä, joista kaksi siirtyi muihin tehtäviin kesällä 2012. Jäljelle jäi projektipäällikön lisäksi mentori, joka myös vaihtui samoihin aikoihin. Alkuperäinen projektiryhmä osallistui kuitenkin aktiivisesti projektin onnistumiseen projektin suunnitteluvaiheessa ohjaten aktiivisesti mm. tutkimussuunnitelman valmistumista ja mittarin muokkausta. Syksyllä 2012 ei projektipäällikön mielestä ollut enää tarpeellista uusia henkilöitä projektiryhmään. Ohjausryhmä niin ikään supistui viidestä henkilöstä neljään heti projektin alkuvaiheessa. Osallistumisaktiivisuus kokouksiin on ollut kovin vaihtelevaa eikä sellaista vuorovaikutusta ja aktiivisuutta, joka kehittämisprojektille on tyypillistä, ole tässä projektissa syntynyt. Ohjaavalta tutoropettajalta projektipäällikkö on saanut kiitettävää ohjausta kaikissa projektin vaiheissa, samoin määrällisen aineiston analysointivaiheessa tilastotieteen opettajalta.

## LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 1421. Akateeminen väitöskirja.
- AHRQ 2011. Surveys on Patient Safety Culture. Viitattu 12.3.2012. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>
- AHRQ 2012. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. Viitattu 13.3.2012. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey12/hosp12summ.htm>
- Alasoini, T. 2007. Silta yli kahden kuilun. Kuinka ohjelmallisen kehittämisen vaikuttavuutta voi parantaa? Yhteiskuntapolitiikka – lehti 72 (2007), 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. 2005. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Annals of internal medicine*, 142, 756-64.
- Doran, D., Hirdes, J., Bleis, R., Baker, G.R., Pickard, J. & Jantzi, M. 2009. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *Journal of Nursing Management* 17, 165 – 174.
- Enberg, S. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Hämeenlinna: Hämeen Ammattikorkeakoulu.
- Ernvall, R. Ernvall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Helsinki: WSOY.
- EUNetPaS 2010. A General Guide for Education and Training in Patient Safety. EU.
- Glendon, A. I. & Stanton, N. A. 2000. Perspectives on safety culture. *Safety Science*, 34:193-214.
- Hannukainen, S. 2010. Onnistunut lääkehoito kotisairaanhoidossa. *Sairaanhoitaja* 8/2010: 42 – 43. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.
- Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto. 99 – 116.
- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- IAEA 1991. Safety culture. Safety Series 75-INSAG-4. Vienna: IAEA.
- Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkäri-lehti* 12 vsk 65:1123 – 1227. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- KASTE 2011. Vetovoimainen ja turvallinen sairaala. (VeTe – hanke) Viitattu 12.3.2012 <http://www.vete.fi/julkaisut.html>
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 230. Akateeminen väitöskirja.
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.



Kotihoidon perehdytysopas. 2011. Kotihoidon henkilöstörakenne, tehtävät ja vastuut. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan intranet.

Kuntaliitto 2012. Viitattu 9.3.2012.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx>

KvantiMOTV. 2003. Viitattu 25.1.2013.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/regressio/rajoitteet.html>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010).

Lang, A., Edwards, N. & Fleischer, A. 2008. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care* 20(2): 130 – 135.

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkepoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen Lääkärilehti* 41, 3429–3434. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Lämsä, P. Kotiinkuntoutumistoiminnan henkilökuntamäärä. Henkilökohtainen tiedonanto 5.12.2012.

Lääkehoitosuunnitelma 2011. Sosiaali- ja terveystoimi. Vanhuspalvelu/Kotihoito. Turun kaupunki. Viitattu 1.4.2012. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan intranet.

Läkelaki (395/1987).

MaPSaF 2012. Manchester Patient Safety Framework. Viitattu 14.3.2012.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 2006;122:2459–2470. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8/2006. Helsinki: Stakes.

Pietikäinen, E. 2008. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 2.3.2012.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03402.pdf>

Pietikäinen, E., Heikkilä, J. & Reiman, T. (toim.) 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. *VTT Technology* 58. Espoo: VTT.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. *VTT Tiedotteita* 2456. Espoo: VTT.

Pietikäinen, E., Reiman, T., Heikkilä, J., Ruuhilehto, K. & Kinnunen, M. 2011. Kehittävä turvallisuuskulttuurin arviointi. Posterisesitys.

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tampere: VTT.

Pihkala, L. 2010. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa: Potilasturvallisuuden kartoitus. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2003. Onko yli 75 – vuotiaiden kotona asuvien vanhusten lääkehoito asianmukaista? *Duodecim*, 119(2), 135. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Potilasvahinkolaki (585/1986).

Provonost, P., King, J., Holzmueller, C., Sawyer, M, Bivens, S., Mishael, M., Haig, K., Paine, L., Moore, D. & Miller, M. 2006. A Web-based Tool for the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP). *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 119 – 129.

Rauhala, S. 2012. Peruskotihoidon henkilökunta 22.10.2012. Henkilökohtainen tiedonanto 22.10.2012. Turku.

Reason, J. 1995. Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care* 4, 80-89.

Reason, J. 2000. Education and debate. Human error: models and management. *British Medical Journal* 320, 768-780.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2002. The Assessment of organizational culture. A methodological study. VTT Tiedotteita – Research Notes 2140. Espoo: VTT.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2007. Assessment of complex sociotechnical systems – theoretical issue concerning the use of organizational culture and organizational core task concepts. *Safety Science* 45, 745 – 768.

Reiman, T. 2007. Assessing organizational culture in complex sociotechnical systems - Methodological evidence from studies in nuclear power plant maintenance organizations. VTT Publications 627. Espoo: VTT.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT PUBLICATIONS 700. Espoo: VTT.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto. 63 – 76.

Riley, W., Davis, S., Miller, K. & McCullough M. 2010. A model for developing high-reliability teams. *Journal of Nursing Management*, 18, 556–563.

Ritvanen J. 2013a. Kotihoidon HaiPro-tilastot vuosilta 2011 ja 2012. Henkilökohtainen tiedoksianto 26.3.2013.

Ritvanen, J. 2013b. Kotihoidon kehittämissuunnitelma vuodelle 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 31.1.2013.

Ritvanen, J. 2013c. Henkilökohtainen tiedonanto kotihoidon kehittämissuunnitelmiin liittyen.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Duodecim*, 127, 1033-40. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.

Sanakirja.org. Saatavissa: <http://www.sanakirja.org/>

SAQ 2011. Safety Attitude Questionnaire. Viitattu 14.3.2012.

[http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient\\_safety/questionnaires/SAQBibliography.html](http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/SAQBibliography.html)

Schein, E.H. 2010. Organizational culture and leadership. 4. painos. San Francisco: Jossey-Bass.

Sisäasiainministeriö 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011. Sisäasiainministeriö.

Snellman, E. 2008. Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimuskohteena. Suomen Potilaslehti 1, 5 – 9.

Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki: Stakes.

STM 2004. Kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi KT 14/2004.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1215623#fi>

STM 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003. Viitattu 17.4.2013.

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

THL 2011. Potilasturvallisuusopas – potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: THL.

THL 2012a. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma. Viitattu 1.3.2012.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/ohjelman-esittely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/ohjelman-esittely)

THL 2012b. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi / Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Viitattu 12.3.2012, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuskulttuurin-arviointi-hsopsc](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuskulttuurin-arviointi-hsopsc)

THL 2012c. Johtamisen työkaluja. Viitattu 13.3.2012.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/johtamisen-tyokaluja](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/johtamisen-tyokaluja)

THL 2012d. HaiPro: Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 1.4.2012. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009–2012. 2009. Turun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 6.3.2012.

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentId=137796>

Turun kaupungin vuoden 2012 talousarvio ja vuosien 2012–2015 taloussuunnitelma. 2011.

Turku. Viitattu 6.3.2012. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=3759&culture=fi-FI&contentlan=1>

Turun kaupunki 2012. Sosiaali- ja terveystoimen laadunhallintastrategia vuosina 2011–2015.

Liite 4. Viitattu 6.3.2012. <http://www05.turku.fi/ah/perla/2012/0131002x/2675451.htm>

Turun kaupunki 2013a. Operatiivinen palvelutuotantosopimus (OPTS) 2013. Viitattu 15.3.2013.

<http://www05.turku.fi/ah/sosterla/2013/0306002x/2884599.htm>

Turun kaupunki 2013b. Valtionavustuksen hakeminen ns. vanhuspalvelulain toimeenpanoa tukevaan kehittämishankkeeseen Turun kaupungissa. Viitattu 21.3.2013.  
<http://www05.turku.fi/ah/sosterla/2013/0326003l/2889445.htm>

Turunen, H. & Partanen, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuurikysely henkilökunnalle. Turun sosiaali- ja terveystoimi. Turku.

VTT 2012. HaiPro. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. Viitattu 1.4.2012.  
<http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

Waring, A. & Glendon, A.I. 1998. Managing Risk. London: Thomson Learning.

WHO 2008. SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH Viitattu 16.3.2012.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf)

WHO 2012. World Alliance for Patient Safety. Viitattu 29.2.2012.

<http://www.who.int/patientsafety/en/>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen Ympäristö 21/2006. Ympäristöministeriö. Helsinki: Edita.

<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=51998>

Ödegård, S. & Andersson, D. 2006. Insulin treatment as a tracer for identifying latent safety risks in home-based diabetes care. Journal of Nursing Management, 2006, 14.

Liite 1. Saatekirje.

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Potilasturvallisuus on hyvän ja laadukkaan kotihoidon osatekijä. Parhailaan Turun kaupungin sosiaali- ja terveydentoimessa laaditaan potilasturvallisuus-suunnitelmaa, jonka pohjalta myös kotihoidon organisaatiossa tullaan kehittämään toimintaa potilasturvallisempaan suuntaan. **Aihe on siis hyvin ajankohtainen ja tärkeä.**

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Turun kaupungin kotihoidon työntekijöiden käsityksiä potilasturvallisuudesta omassa työssään ja kuvata potilasturvallisuuskulttuurin organisatorisia ja psykologisia ulottuvuuksia kotihoidon organisaatiossa. Tavoitteena on antaa Turun kaupungin kotihoidon työntekijöille ja johdolle mahdollisuus tarkastella organisaatiokulttuuriaan potilasturvallisuuden näkökulmasta sekä nostaa esiin potilasturvallisuuteen liittyviä kehittämisasihteita ja – näkökulmia kehittämistyön tueksi. Aineisto tulee tutkijan omaan käyttöön sekä Teknologian tutkimuskeskuksen VTT:n tutkijoiden käyttöön osaksi kansallista tutkimusta.

Toteutan kyselyn osana kehittämisprojektiani Turun ammattikorkeakoulussa, jossa suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Ohjaajani toimii yliopettaja Marjo Salmela. Vastaaminen on vapaaehtoista, tapahtuu nimettömästi ja vastausten käsittely on luottamuksellista. Kysely lähetetään sinulle työsähköpostiisi lähiaikoina. Vastausaikaa on noin 2 viikkoa. Kyselyyn kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Mikäli Sinulla on kysyttävää kyselyyn liittyen, ota rohkeasti yhteyttä. ***Kiitän vaivannäöstäsi!***

Terveisin

Tea Sundin

p. 0400-360555

tea.sundin@students.turkuamk.fi

Organisatoristen ulottuvuuksien muuttujien keskiarvojakaumat.

**Työn edellytysten hallinta (n=127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	4,39	1,024	4,00	2	6
Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa	4,37	1,030	4,00	2	6
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	3,67	1,517	4,00	1	6
Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineen asiakkaitten hyvän hoidon takaamiseksi	4,20	1,032	4,00	1	6

**Työprosessien hallinta (n=126 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Kotihoidon sisäinen tiedonkulku on riittävää	3,57	1,196	4,00	1	6
Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	4,75	1,134	5,00	1	6
Sellaisissa töissä, joihin osallistuu useampi taho, töiden koordinointi on toimivaa	3,44	1,142	3,00	1	6
Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä	3,71	1,096	4,00	1	6
Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa kotihoidossa	3,72	1,232	4,00	1	6

Liite 2 (2) Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.

**Turvallisuusjohtaminen (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Kotihoidossa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	3,63	1,114	4,00	1	6
Kotihoidon johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	3,65	1,251	4,00	1	6
Kotihoidon johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	3,40	1,297	4,00	1	6
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin kotihoidon sisäisessä viestinnässä	3,59	1,225	4,00	1	6
Johto pyrkii varmistamaan, että meillä on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet	3,13	1,362	3,00	1	6

**Esimiestuki turvalliselle toiminnalle (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät, että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	3,42	1,438	4,00	1	6
Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	4,15	1,160	4,00	1	6
Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	4,63	1,390	5,00	1	6

Liite 2 (3) Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.

**Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen (n=125 - 126)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuden liittyvien riskien ennakoimiseen	3,56	1,197	4,00	1	6
Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla	3,48	1,094	4,00	1	6
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta kotihoidossa	3,80	1,092	4,00	1	6
Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti kotihoidossa	3,37	1,195	3,00	1	6
Meillä on toimivat käytännöt vaaratapah- tumista oppimiseksi	3,33	1,159	3,00	1	6

**Vaarojen hallinta (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Käytämme potilashaittatapahtumien ehkäisemiseen työkaluja (esim. tarkastuslis- tat, tuplavarmistus jne.)	3,50	1,354	4,00	1	6
Kotihoidossa varmistetaan, että henkilöstö on työkykyistä	3,48	1,356	4,00	1	6
Kotihoidossa on varajärjestelmiä (työväli- neet, resurssit, varamiehet) yllättävien tilanteiden hoitamiseksi	3,15	1,363	3,00	1	6
Kotihoidossa on potilasturvallisuutta edis- täviä laadunhallinta- ja valvontamenetel- miä	3,34	1,174	3,00	1	6



Liite 2 (4) Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.

**Osaamisen hallinta (n=126 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Kotihoidossa työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	3,63	1,294	4,00	1	6
Kotihoidossa huolehditaan siitä, että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tar- koituksenmukaista osaamista	3,71	1,220	4,00	1	6
Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi kotihoidossa	3,42	1,330	3,00	1	6
Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	4,12	1,295	4,00	1	6

**Muutosten hallinta (n=125 - 126)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin	2,75	1,231	3,00	1	6
Kotihoidossa muutokset toteutetaan hyvin	2,81	1,211	3,00	1	6
Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa	2,64	1,268	2,00	1	6
Kotihoidon johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää	2,47	1,191	2,00	1	6
Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti	2,92	1,168	3,00	1	6

**Ulkopuolisten toimijoiden hallinta (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Kotihoidossa työskentelevät keikkatyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät, miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen	3,32	1,222	3,00	1	6
Kotihoidossa työskentelevät keikkatyöntekijät ovat päteviä	3,06	1,312	3,00	1	6
Yhteistyö kotihoidon oman henkilökunnan ja keikkatyöntekijöiden välillä on toimivaa	3,65	1,150	4,00	1	6

Liite 2 (5) Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.

Psykologisten ulottuvuuksien muuttujien keskiarvojakaumat.

**Hallinnan tunne (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti	3,92	1,499	4,00	1	6
Minulla on liikaa töitä	3,72	1,446	4,00	1	6
Joudun usein kiirehtimään työssäni	3,98	1,397	4,00	1	6
Työtehtäväni ovat liian vaativia	2,57	1,264	2,00	1	6
Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa	3,63	1,430	4,00	1	6

**Henkilökohtainen vastuuntunne (n=126 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Koen henkilökohtaista vastuuta asiakkaittemme voinnista	5,07	1,052	5,00	1	6
Koen henkilökohtaista vastuuta työni kokonaisuudesta	5,53	,700	6,00	3	6
Minua vaivaa, jos asiakkaat eivät voi hyvin	4,96	1,057	5,00	2	6
Kannan vastuuta työni vaikutuksista asiakkaisiin	5,43	,812	6,00	2	6

**Turvallisuusmotivaatio (n=126 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	5,39	,704	6,00	3	6
Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi	5,52	,724	6,00	2	6
Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia	5,53	,665	6,00	3	6

Liite 2 (6) Yksittäisten väittämien keskiarvojakaumat.

**Valppaus (n=125 - 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä	4,99	,859	5,00	2	6
Mietin töitä tehdessäni varautumismahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin	4,53	1,059	5,00	1	6
Pyrin olemaan avoin erilaisille tulkinnoille ja vasta-argumenteille (esim. koskien asiakkaan tilaa ja sitä, miten asiakkaan hoidossa tulisi edetä)	5,06	,784	5,00	2	6
Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. asiakkaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoimenpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa, joka haastaa tulkintojani	4,46	1,060	5,00	1	6

**Kontrollimuuttujaväittämien keskiarvojakaumat**

**Kontrollimuuttujien väittämät (n=125 – 127)**

	Ka	Kh	Md	Min	Max
Koen, että työni on tärkeää	5,68	,576	6,00	4	6
Tiedän minkälaiset odotukset työyhteisölläni on työtäni kohtaan	4,87	,962	5,00	2	6
Ilmapiiri työyhteisössäni on hyvä	4,53	1,319	5,00	1	6
Kotihoidon potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina	4,28	1,401	4,00	1	6
Kotihoidossa on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen (neg.)	3,82	1,439	4,00	1	6
Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni	4,80	1,011	5,00	2	6
Potilasturvallisuus ei ole minun työtehtävissäni kovin keskeistä (neg.)	1,86	1,310	1,00	1	6
Ilmapiiri kotihoidossa on hyvä	3,94	1,235	4,00	1	6
Kotihoidossa ilmoitetaan vaaratapahtumista avoimesti	3,98	1,241	4,00	1	6
Kotihoidossa syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä (neg.)	3,32	1,474	3,00	1	6
Voin tehdä itsenäisesti valintoja ja päätöksiä työssäni	4,94	1,067	5,00	1	6

Liite 3 (1). Frekvensitaulukot.

ORGANISATORISTEN ULOTTUVUUKSIEN VÄITTÄMÄT	Ei pidä lainkaan paikkaansa		2		3		4		5		Pitää erittäin hyvin paikkaansa	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Työn edellytysten hallinta</b>												
2.2 Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	0	0 %	6	5 %	17	13 %	42	33 %	46	36 %	16	13 %
2.3 Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa	0	0 %	5	4 %	19	15 %	45	35 %	40	31 %	18	14 %
2.5 Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	11	9 %	23	18 %	21	17 %	31	24 %	24	19 %	17	13 %
2.1 Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet asiakkaitten hyvän hoidon takaamiseksi	1	1 %	7	6 %	19	15 %	50	39 %	39	31 %	11	9 %
<b>Työprosessien hallinta</b>												
2.7 Kotihoidon sisäinen tiedonkulku on riittävää	8	6 %	17	13 %	26	21 %	48	38 %	24	19 %	3	2 %
2.4 Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	2	2 %	3	2 %	11	9 %	30	24 %	44	35 %	37	29 %
2.8 Sellaisissa töissä, joihin osallistuu useampi taho, töiden koordinointi on toimivaa	7	6 %	17	13 %	40	32 %	42	33 %	16	13 %	4	3 %
2.9 Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä	4	3 %	12	10 %	32	25 %	54	43 %	17	13 %	7	6 %
2.6 Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa kotihoidossa	5	4 %	19	15 %	25	20 %	41	32 %	31	24 %	6	5 %
<b>Turvallisuusjohtaminen</b>												
2.10 Kotihoidossa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	5	4 %	13	10 %	34	27 %	51	40 %	17	13 %	6	5 %
2.11 Kotihoidon johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	5	4 %	24	19 %	24	19 %	35	28 %	36	28 %	3	2 %
2.12 Kotihoidon johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	12	10 %	21	17 %	27	21 %	41	33 %	21	17 %	4	3 %
2.13 Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin kotihoidon sisäisessä viestinnässä	7	6 %	19	15 %	26	21 %	43	34 %	26	21 %	4	3 %
2.18 Johto pyrkii varmistamaan, että meillä on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet	14	11 %	36	29 %	25	20 %	24	19 %	25	20 %	2	2 %

Liite 3 (2). Frekvensitaulukot.

Taulukko jatkuu.

	Ei pidä lain- kaan paik- kaansa		2		3		4		5		Pitää erittäin hyvin paik- kaansa	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Esimestuki turvalliselle toiminnalle</b>												
2.14 Esimiehet antavat myönteistä palau- tetta, jos näkevät, että työ on tehty poti- lasturvallisuuden kannalta hyvin	14	11 %	22	18 %	26	21 %	32	26 %	22	18 %	9	7 %
2.15 Esimiehet ottavat huomioon alaisten- sa ehdotukset potilasturvallisuuden paran- tamiseksi	2	2 %	11	9 %	17	13 %	46	37 %	36	29 %	14	11 %
2.16 Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	4	3 %	9	7 %	14	11 %	18	14 %	40	31 %	42	33 %
<b>Turvallisuuden ennakointi</b>												
2.19 Meillä on toimivat käytännöt potilas- turvallisuuteen liittyvien riskien enna- koimiseen	6	5 %	18	14 %	34	27 %	40	32 %	23	18 %	5	4 %
2.20 Toimintatapojen ja käytäntöjen toi- mivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla	5	4 %	20	16 %	30	24 %	55	44 %	12	10 %	4	3 %
2.21 Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta kotihoitossa	4	3 %	12	10 %	24	19 %	55	44 %	25	20 %	5	4 %
2.26 Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti kotihoitossa	9	7 %	17	14 %	43	34 %	36	29 %	15	12 %	5	4 %
2.27 Meillä on toimivat käytännöt vaara- tapahtumista oppimiseksi	7	6 %	23	18 %	39	31 %	39	31 %	14	11 %	4	3 %
<b>Vaarojen hallinta</b>												
2.28 Käytämme potilashaittatapahtumien ehkäisemiseen työkaluja (esim. tarkastus- listat, tuplavarmistus jne.)	8	6 %	25	20 %	28	22 %	33	26 %	22	18 %	9	7 %
2.29 Kotihoitossa varmistetaan, että hen- kilöstö on työkykyistä	9	7 %	25	20 %	29	23 %	32	25 %	24	19 %	8	6 %
2.35 Kotihoitossa on varajärjestelmiä (työvälineet, resurssit, varamiehet) yllät- tävien tilanteiden hoitamiseksi	15	12 %	31	24 %	30	24 %	26	20 %	21	17 %	4	3 %
2.36 Kotihoitossa on potilasturvallisuutta edistäviä laadunhallinta- ja valvontamene- telmiä	7	6 %	23	18 %	40	32 %	36	29 %	16	13 %	4	3 %

Liite 3 (3). Frekvensitaulukot.

Taulukko jatkuu.

	Ei pidä lain- kaan paik- kaansa		2		3		4		5		Pitää erittäin hyvin paik- kaansa	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Osaamisen hallinta</b>												
2.22 Kotihoidossa työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	4	3 %	27	21 %	23	18 %	37	29 %	27	21 %	8	6 %
2.23 Kotihoidossa huolehditaan siitä, että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	7	6 %	14	11 %	28	22 %	42	33 %	30	24 %	5	4 %
2.24 Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi kotihoidossa	8	6 %	30	24 %	28	22 %	27	21 %	30	24 %	4	3 %
2.25 Työntekijöillä on mahdollisuus koulutautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	4	3 %	11	9 %	23	18 %	36	28 %	34	27 %	19	15 %
<b>Muutosten hallinta</b>												
2.30 Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin	21	17 %	38	30 %	29	23 %	29	23 %	7	6 %	2	2 %
2.31 Kotihoidossa muutokset toteutetaan hyvin	20	16 %	31	25 %	41	33 %	23	18 %	9	7 %	2	2 %
2.32 Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa	26	21 %	38	30 %	29	23 %	24	19 %	6	5 %	3	2 %
2.33 Kotihoidon johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää	28	22 %	47	37 %	23	18 %	21	17 %	6	5 %	1	1 %
2.34 Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuden arvioidaan huolellisesti	16	13 %	30	24 %	38	30 %	31	25 %	9	7 %	1	1 %
<b>Ulkopuolisten toimijoiden hallinta</b>												
2.37 Kotihoidossa työskentelevät keikkatyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät, miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen	10	8 %	20	16 %	39	31 %	37	30 %	14	11 %	5	4 %
2.38 Kotihoidossa työskentelevät keikkatyöntekijät ovat päteviä	13	10 %	35	28 %	33	26 %	23	18 %	17	14 %	4	3 %
2.39 Yhteistyö kotihoidon oman henkilökunnan ja keikkatyöntekijöiden välillä on toimivaa	2	2 %	20	16 %	36	28 %	36	28 %	28	22 %	5	4 %

Liite 3 (4). Frekvenssitaulukot.

PSYKOLOGISTEN ULOTTUVUUKSIEN VÄIT- TÄMÄT	Ei pidä lain- kaan paik- kaansa		2		3		4		5		Pitää erittäin hyvin paik- kaansa	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Hallinnan tunne</b>												
1.3 Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti	8	6 %	24	19 %	8	6 %	36	28 %	32	25 %	19	15 %
1.4 Minulla on liikaa töitä	12	9 %	13	10 %	28	22 %	34	27 %	25	20 %	15	12 %
1.5 Joudun usein kiirehtimään työssäni	7	6 %	14	11 %	21	17 %	32	26 %	34	27 %	17	14 %
1.6 Työtehtäväni ovat liian vaativia	25	20 %	48	38 %	24	19 %	21	17 %	5	4 %	4	3 %
1.7 Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa	10	8 %	19	15 %	30	24 %	31	24 %	23	18 %	14	11 %
<b>Henkilökohtainen vastuuntunne</b>												
1.8 Koen henkilökohtaista vastuuta asiakkait- temme voinnista	1	1 %	2	2 %	8	6 %	19	15 %	42	33 %	54	43 %
1.2 Koen henkilökohtaista vastuuta työni kokonaisuudesta	0	0 %	0	0 %	2	2 %	9	7 %	36	28 %	80	63 %
1.9 Minua vaivaa, jos asiakkaat eivät voi hyvin	0	0 %	4	3 %	9	7 %	22	17 %	45	35 %	47	37 %
1.10 Kannan vastuuta työni vaikutuksista asiakkaisiin	0	0 %	1	1 %	4	3 %	8	6 %	41	32 %	73	57 %
<b>Turvallisuusmotivaatio</b>												
1.11 Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	0	0 %	0	0 %	1	1 %	13	10 %	48	38 %	64	51 %
1.12 Mielestäni on tärkeää, että potilastur- vallisuutta korostetaan työpaikallani näky- västi	0	0 %	1	1 %	1	1 %	8	6 %	38	30 %	78	62 %
1.13 Potilasturvallisuus on minulle henkilö- kohtaisesti tärkeä asia	0	0 %	0	0 %	1	1 %	9	7 %	39	31 %	78	61 %
<b>Valppaus</b>												
1.15 Pysin aktiivisesti hahmottamaan potilas- turvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä	0	0 %	1	1 %	6	5 %	23	18 %	60	47 %	37	29 %
1.16 Mietin töitä tehdessäni varautumis- mahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvalli- suutta uhkaaviin tilanteisiin	1	1 %	6	5 %	10	8 %	37	30 %	51	41 %	20	16 %
1.17 Pysin olemaan avoin erilaisille tulkinnoil- le ja vasta-argumenteille (esim. koskien asi- akkaan tilaa ja sitä, miten asiakkaan hoidossa tulisi edetä)	0	0 %	1	1 %	2	2 %	23	18 %	63	50 %	38	30 %
1.18 Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. asiakkaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoi- menpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa, joka haastaa tulkintojani	2	2 %	3	2 %	16	13 %	37	29 %	51	40 %	18	14 %

Liite 3 (5). Frekvenssitaulukot.

KONTROLLIMUUTTUJAT	Ei pidä lainkaan paikkaansa		2		3		4		5		Pitää erittäin hyvin paikkaansa	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Työmotivaatio	0	0 %	0	0 %	0	0 %	7	6 %	27	21 %	93	73 %
Odotukset työtä kohtaan	0	0 %	2	2 %	8	6 %	32	25 %	48	38 %	37	29 %
Työilmapiiri	5	4 %	7	6 %	11	9 %	27	21 %	45	36 %	31	25 %
Turvallisuushuoli	5	4 %	8	6 %	25	20 %	28	22 %	29	23 %	31	25 %
Sitoutumattomuus turvallisuuteen	9	7 %	17	13 %	22	17 %	36	28 %	26	20 %	17	13 %
Työtyytyväisyys	0	0 %	5	4 %	10	8 %	20	16 %	63	50 %	29	23 %
Työtehtävien koettu turvallisuuskriittisyys (neg.)	68	54 %	36	29 %	5	4 %	6	5 %	6	5 %	4	3 %
Organisaation ilmapiiri	4	3 %	10	8 %	31	25 %	39	31 %	28	22 %	14	11 %
Vaaratapahtumista raportointi	5	4 %	11	9 %	22	17 %	45	35 %	31	24 %	13	10 %
Syyllystämisen pelko	15	12 %	30	24 %	21	17 %	29	23 %	24	19 %	8	6 %
Työn autonomia	1	1 %	3	2 %	10	8 %	18	14 %	52	41 %	43	34 %



Liite 4(1). Korrelaatiomatriisit.

**Pearsonin korrelaatiomatriisi, organisatoriset ulottuvuudet / kontrollimuuttujat**

		Työmotivaatio	Odotukset työtä kohtaan	Työilmapiiri	Potilasturvalli- suushuoli	Sitoutumatto- muus turvalli- suuteen	Työtyytyväi- syyss	Työtehtävien koettu tur- vallisuus- kriittisyys (neg.)	Organisaa- tion ilma- piiri	Vaaratapahtu- mista rapor- tointi	Syyllystämi- sen pelko	Työn autonomia
Työn edellytysten hallinta	r	<b>,425</b>	<b>,309</b>	<b>,420</b>	-,253	-,197	<b>,443</b>	-,075	<b>,430</b>	,256	-,114	,267
	p -arvo	,000	,000	,000	,004	,026	,000	,407	,000	,004	,200	,002
Työprosessien hallinta	r	<b>,354</b>	,286	<b>,315</b>	-,223	-,252	<b>,432</b>	-,118	<b>,429</b>	<b>,469</b>	-,158	,118
	p -arvo	,000	,001	,000	,012	,004	,000	,188	,000	,000	,076	,186
Turvallisuusjohtaminen	r	<b>,392</b>	,251	<b>,317</b>	<b>-,345</b>	-,298	<b>,460</b>	-,093	<b>,475</b>	<b>,397</b>	-,158	,092
	p -arvo	,000	,004	,000	,000	,001	,000	,303	,000	,000	,076	,305
Esimiestuki turvallisel- le toiminnalle	r	<b>,439</b>	,174	<b>,304</b>	-,205	-,148	<b>,440</b>	-,212	<b>,482</b>	,292	-,260	,206
	p -arvo	,000	,050	,001	,021	,097	,000	,017	,000	,001	,003	,020
Turvallisuuden enna- koiva kehittäminen	r	,285	,272	,259	-,278	<b>-,315</b>	<b>,350</b>	-,177	<b>,389</b>	<b>,374</b>	-,131	,166
	p -arvo	,001	,002	,003	,002	,000	,000	,049	,000	,000	,144	,063
Osaamisen hallinta	r	<b>,354</b>	<b>,313</b>	<b>,364</b>	<b>-,303</b>	<b>-,417</b>	<b>,459</b>	<b>-,160</b>	<b>,530</b>	<b>,396</b>	-,199	,162
	p -arvo	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,074	,000	,000	,025	,069
Muutosten hallinta	r	<b>,304</b>	,119	,269	<b>-,316</b>	-,294	<b>,353</b>	-,106	<b>,380</b>	,250	-,098	,117
	p -arvo	,001	,185	,002	,000	,001	,000	,243	,000	,005	,276	,191
Vaarojen hallinta	r	<b>,376</b>	,283	<b>,331</b>	-,282	<b>-,348</b>	<b>,433</b>	-,214	<b>,426</b>	<b>,351</b>	-,160	,163
	p -arvo	,000	,001	,000	,001	,000	,000	,016	,000	,000	,072	,067
Ulkopuolisten hallinta	r	<b>,351</b>	<b>,317</b>	,233	<b>-,329</b>	<b>-,453</b>	,248	-,165	<b>,367</b>	<b>,453</b>	-,190	-,046
	p -arvo	,000	,000	,009	,000	,000	,005	,066	,000	,000	,032	,604

Liite 4(2). Korrelaatiomatriisit.

Pearsonin korrelaatiomatriisi, psykologiset ulottuvuudet / kontrollimuuttujat

		Työmotivaatio	Odotukset työtä kohtaan	Työilmapiiri	Potilasturvalli- suushuoli	Sitoutumatto- muus turvalli- suuteen	Työtyytyväi- syyss	Työtehtävien koettu turvalli- suus-kriittisyys (neg.)	Organisaa- tion ilma- piiri	Vaaratapahtu- mista rapor- tointi	Syyllystämi- sen pelko	Työn autonomia
Hallinnan tunne	r	-,205	-,136	<b>-,510</b>	,297	,197	<b>-,439</b>	,171	<b>-,385</b>	-,081	,163	-,120
	p-arvo	,021	,129	,000	,001	,027	,000	,057	,000	,364	,067	,178
Henkilökohtainen vastuuntunne	r	<b>,323</b>	,279	,050	,186	,167	,106	-,225	,067	,203	,052	,270
	p-arvo	,000	,001	,578	,037	,061	,236	,012	,459	,022	,558	,002
Turvallisuusmoti- vaatio	r	<b>,422</b>	<b>,374</b>	,207	,235	-,043	,251	-,229	,227	,167	-,183	,135
	p-arvo	,000	,000	,020	,008	,635	,004	,010	,011	,061	,040	,132
Valppaus	r	,180	<b>,455</b>	,201	,141	-,112	,160	-,243	,252	,097	-,044	,126
	p-arvo	,042	,000	,024	,114	,209	,073	,006	,004	,276	,620	,158