

Opinnäytetyö (AMK)

Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma

Röntgenhoitaja (AMK)

2013

Petri Kaatrakoski

# **POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI TERVEYSKESKUKSISSA**

– Kaarina, Loimaa ja Pöytyä



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU**  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma | Röntgenhoitaja AMK

Kevät 2013 | 49+10

Ohjaaja: Leena Walta

Petri Kaatrakoski

# POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI TERVEYSKESKUKSISSA – Kaarina, Loimaa ja Pöytyä

Tämän opinnäytetyön aiheena on potilasturvallisuuskulttuuri. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kysymys siitä, että organisaation jäsenten keskuudessa turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan sekä turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi. Turvallisuuden kehittämisessä on tärkeää vaikutusmahdollisuuden ja vastuun kokeminen sekä perustyn hallinta. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri edistää hoidon laatua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Kaarinan terveyskeskuksen, Loimaan sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen ja Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymän henkilökuntien asennetta ja suhtautumista potilasturvallisuuskulttuuriin sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Opinnäytetyö toteutettiin osana Potilasturvallisuudella laatua hanketta (Potu), joka oli Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen sekä Kaarinan terveyskeskuksen, Loimaan sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen ja Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymän välinen yhteistyöhanke. Tavoitteena on lisätä terveyskeskusten henkilökunnan potilasturvallisuusosaamista sekä väestön tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen kyseisissä terveyskeskuksissa.

Kyselyssä käytettiin VTT:n (Valtion tekninen tutkimuslaitos) TUKU mittaria, jota on kehitetty vuodesta 2008 lähtien. Mittarissa potilasturvallisuuskulttuuria tarkastellaan sekä organisatorisen että psykologisen ulottuvuuden avulla. Vastausprosentiksi muodostui 27 % (n=262). Tulosten analysointiin käytettiin tilastollisia menetelmiä.

Tulosten perusteella Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän henkilöstö suhtautuu yleisesti potilasturvallisuuskulttuuriin positiivisesti. Tuloksissa korostuivat psykologisen ulottuvuuden osalta henkilökunnan turvallisuusmotivaatio ja vastuuntunto. Organisatorisen ulottuvuuden osalta osaamisen hallinta ja työn edellytysten hallinta arvioitiin positiivisimmin. Läheltäpiti/haittatapahtumat, potilaskontaktin luonne ja esimiesasema olivat merkittävästi yhteydessä organisatoriseen ulottuvuuteen. Potilaskontaktin luonne ja läheltäpiti/haittatapahtumassa mukana olivat puolestaan yhteydessä psykologiseen ulottuvuuteen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää potilasturvallisuuskulttuurin edistämässä ja haittatapahtumien vähenemisessä. Organisatorisen ulottuvuuden osalta muutosten hallintaa tulisi tulevaisuudessa kehittää, ja psykologisen ulottuvuuden osalta henkilökunnan hallinnan tunnetta tulisi edistää.

ASIASANAT: Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri ja potilasturvallisuuskulttuuriin yhteydessä olevat tekijät

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Radiography and radiotherapy | Radiographer

May 2013 | 49+10

Instructor: Leena Walta

Petri Kaatrakoski

# PATIENT SAFETY CULTURE AT HEALTH CENTERS

## – Kaarina, Loimaa and Pöytyä

The subject of the thesis is patient safety culture. A good safety culture is a question that is related to fact that the members of the organization truly value the safety, to the hazards related to the activity will be actively understood and anticipated and that safety is understood as an overall systemic element of the organization. In the development of safety it is important to have a sense of being able to influence and to have responsibility and the management of basic work. Good patient safety culture promotes quality of care.

The thesis intends to describe staff attitudes and approach towards patient safety culture and factors related to these at Kaarina, Loimaa and Pöytyä health centers. The thesis was carried out as part of the Quality with Patient Safety project (Potu), which is joint project of the Turku University of Applied Sciences (health sector financial unit) and the Health Center of Kaarina, the Social and Health Center of Loimaa and the Municipality Union of the Public Health Work of Pöytyä. The aim is to increase the skills of the health center staff related to patient safety, as well as the awareness of public about the patient safety culture and about the development of patient safety culture in the health centers in question.

The query was implemented with the help of the TUKU measurement tool developed by the VTT (Technical Research Centre of Finland) since 2008. In this measurement tool the patient safety culture is reviewed both as an organizational and as a psychological indicator. The answer percentage was 27% (n = 262). The analysis of the results was based on statistical methods.

In light of the results, the staff in Kaarina, Loimaa and Pöytyä takes a generally a positive attitude on patient safety culture. The results underlined the psychological dimension of the safety motivation and of the sense of responsibility. As regards the organizational dimension, the management of knowhow and the prerequisites of work were estimated most positively. Close-by/adverse events, nature of patient contact and managerial status were significantly associated with the organizational dimension. The nature of the patient contact and being involved in close-by/adverse events were in turn linked to the psychological dimension.

The results of the thesis can be exploited in promoting patient safety culture and in the reduction of adverse events. With respect to the organizational dimension the management of changes should be developed in the future, and with respect of the psychological dimension a sense of management by the staff should be promoted.

**KEYWORDS:** Patient safety, patient safety culture, aspects related to patient safety

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI</b>	<b>7</b>
2.1 Potilasturvallisuuskulttuurin ulottuvuudet	8
2.1.1 Turvallisuuskulttuurin organisatorinen ulottuvuus	8
2.1.2 Turvallisuuskulttuurin psykologinen ulottuvuus	9
2.2 Aikaisempia tutkimuksia	9
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>11</b>
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>12</b>
4.1 Aineiston kerääminen	12
4.2 Aineiston käsittely	13
4.2.1 Taustamuuttujien yhdistäminen	13
4.2.2 Summamuuttujien muodostaminen	14
4.3 Aineiston analysointi	15
4.4 Vastaajat	16
<b>5 TULOKSET</b>	<b>22</b>
5.1 Henkilökunnan arvio potilasturvallisuuskulttuurista	22
5.1.1 Henkilöstön arvio turvallisuuskulttuurin organisatorisesta ulottuvuudesta	22
5.1.2 Henkilöstön arvio turvallisuuskulttuurin psykologisesta ulottuvuudesta	24
5.2 Turvallisuuskulttuuriin yhteydessä olevat tekijät	25
5.2.1 Organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät	26
5.2.2 Psykologiseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät	33
<b>6 POHDINTA</b>	<b>37</b>

6.1 Eettisyys	38
6.2 Luotettavuus	39
6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	41
6.3.1 Henkilökunnan arvio organisatorisesta ulottuvuudesta	41
6.3.2 Henkilökunnan arvio psykologisesta ulottuvuudesta	42
6.3.3 Organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät	43
6.3.4 Psykologiseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät	45
6.4 Kehittämisehdotukset	47
<b>LÄHTEET</b>	<b>48</b>

## **LIITTEET**

**Liite 1. Tuku-turvallisuuskulttuurikysely**

**Liite 2. Tutkimuslupa-anomus**

**Liite 3. Webropol-kyselyn saatekirje**

**Liite 4. Organisatorisen ulottuvuuden yhdistetyt summamuuttujat**

**Liite 5. Psykologisen ulottuvuuden yhdistetyt summamuuttujat**

**Liite 6. Kolmogorov-Smirnovin testi**

**Liite 7. Turvallisuuskulttuurin organisatorisen ulottuvuuden muuttujien tunnusluvut summamuuttujittain**

**Liite 8. Turvallisuuskulttuurin psykologisen ulottuvuuden muuttujien tunnusluvut summamuuttujittain**

# 1 JOHDANTO

Potilaalla on oikeus saada oikeanlaista hoitoa, oikeaan aikaan ja oikein annettuna. Potilasta hoidettaessa saattaa kuitenkin syntyä vaaratilanteita tieto ei kulje, lääkkeet menevät sekaisin tai asioita unohtuu. On tärkeää, että hoitavat henkilöt osaavat tunnistaa tilanteet, joissa hoidon turvallisuus voi vaarantua. Heidän on myös osattava kehittää keinoja ja suojauksia, joilla vaarat voidaan ehkäistä ennakolta. Terveyspalveluja tarjoavan organisaation ja henkilöstön on hyvä oppia haittatapahtumista, jotta ne voidaan välttää jatkossa. Potilasturvallisuus on johdon ja jokaisen hoitavan henkilön sekä potilaan asia. (THL 2011a.)

Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kysymys siitä, että organisaation jäsenten keskuudessa turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan sekä turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi. Turvallisuuden kehittämisessä on tärkeää vaikutusmahdollisuuden ja vastuun kokeminen sekä perustyön hallinta. (Pietikäinen ym. 2008, 3.) Turvallisuusriskien hallinta ja niiden ennakoiminen on samalla myös osana laadunhallintaa (Koivuranta-Vaara 2011, 17).

Kansallisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen, sen suunnitelmallinen edistäminen sekä potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti. Strategian keskeiseen sisältöön kuuluvat lisäksi vaaratapahtumien raportoiminen, niistä oppiminen, sekä potilasturvallisuuden huomiointi terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11, 17.)

Tämä opinnäytetyö on osa Potilasturvallisuudella laatua -hanketta (Potu), joka on kaksivuotinen (2011 - 2012) Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen ja Kaarinan terveyskeskuksen, Loimaan sosiaali-terveyspalvelukeskuksen ja Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymän välinen yhteistyöhanke. Hankkeen tavoitteena on lisätä terveyskeskusten henkilökunnan potilasturvallisuusosaamista ja väestön tietoisuutta potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista sekä potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen kyseisissä terveyskeskuksissa.

Päämääränä on haittatapahtumien väheneminen (Kosonen ym. 2011, 3). Opin- näytetyön tarkoituksena on selvittää Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän terve- yskeskusten henkilöstön näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista syksyllä 2011 (Erkko ym. 2011,3). Kyselyn arviointityökaluna käytetään Suomessa kehi- tettyä ja potilasturvallisuuskulttuurin tutkimiseen tarkoitettua TUKU-mittaria (THL 2011a).

## **2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI**

Potilaiden turvallisuus koskettaa sekä potilaita että henkilökuntaa. Hyvä turvalli- suuskulttuuri edistää niin potilaiden hoitoa kuin henkilökunnan hyvinvointia. Uu- den terveydenhuoltolain tavoitteena on asiakaskeskeisten ja saumattomien pal- veluiden järjestäminen ja perusterveydenhuollon vahvistaminen. Lisäksi tavoit- teena on terveystalvelujen saatavuuden, tehokkaan tuottamisen ja väestön hy- vinvoinnin edistäminen. (Laki 1326/2010; THL 2012d.) Terveystalveluolain pe- rusteella annettu asetus antaa vaateita myös potilasturvallisuuden kehittämi- seksi (Asetus 341/2011).

Kiinnostus potilasturvallisuuskulttuurin tutkimisesta alkoi Euroopassa 2000- luvulla ja se on sen jälkeen voimakkaasti lisääntynyt. Potilasturvallisuuskulttuuri on viime vuosina muodostunut keskeiseksi osaksi terveydenhuollon turvalli- suuskulttuuria. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 11.) Vuonna 2006 Euroopan komissiossa valmisteltiin jäsenmaille ehdotus, jossa käsiteltiin keskeisiä ylei- seen potilasturvallisuuteen ja hoitojärjestelmien turvallisuuteen liittyviä kysy- myksiä (Draft of 24 August 2006).

EU-tasolla Krakovan konferenssissa tarkasteltiin 9. syyskuuta 2011, neuvoston 9. kesäkuuta 2009 antamaa suositusta, koskien potilasturvallisuutta. Suositus sisältää myös terveydenhuoltoon liittyvien tulehdusten ehkäisyn ja valvonnan. Siinä suositellaan potilasturvallisuuteen liittyvän opetuksen ja koulutuksen te- hostamista koskien kaikkia terveydenhoidon ammattilaisia, muita terveydenhoi- don työntekijöitä ja relevanteilta osin terveydenhoitoon liittyvissä tehtävissä toi- mivaa johtoa ja hallintohenkilöstöä. Lisäksi konferenssissa tarkasteltiin potilas-

turvallisuuteen liittyvää Luxemburgin julistusta terveyden edistämisestä työpaikoilla (1997), mikä suositteli potilasturvallisuuden sisällyttämistä terveydenhoidon ammattilaisten koulutukseen sekä siihen liittyen myös jatkuvan oppimisen ja kehityksen kulttuuriin sisältyvien metodien ja menetelmien huomioimista. Konferenssissa pidettiin tervetulleena myös mahdollisuutta käsitellä EU-tasolla laatuun ja turvallisuuteen liittyvää opetusta. (Working document 2011.)

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän vuosiksi 2006 – 2009. Ohjausryhmän alle koottiin kolme työvaliokuntaa, joiden tehtävänä oli muuttaa organisaatiokulttuuri potilasturvallisuutta edistäväksi, tuottaa potilasturvallisuutta edistäviä työkaluja kentän toimintaan sekä arvioida sopivia haittatapahtumien ja läheltäpiti – tilanteiden raportointimalleja. (Snellman 2009, 34.)

## 2.1 Potilasturvallisuuskulttuurin ulottuvuudet

Potilasturvallisuuskulttuuria voidaan tarkastella eri näkökulmista. Suomalaisessa terveydenhuollossa potilasturvallisuutta on tarkasteltu lähinnä organisatorisen ja psykologisen ulottuvuuden avulla (Pietikäinen ym. 2008, 25-26; Reiman ym. 2008, 48; Enberg 2011, 11).

### 2.1.1 Turvallisuuskulttuurin organisatorinen ulottuvuus

Potilaiden turvallisuus koskettaa sekä henkilökuntaa että potilaita. Tämä johtaa työhyvinvointiin ja tehokkuuteen sillä edellytyksellä, että kaikki organisaatioon kuuluvat sisäistävät potilasturvallisuuteen kuuluvat tekijät (Reiman ym. 2008, 4).

Turvallisuuskulttuurin organisatorisen ulottuvuuden tutkimustyötä on tehty paljon. Organisatorisesta ulottuvuudesta ollaan pitkälti samaa mieltä, vaikka täydellistä yhteisymmärrystä sen keskeisten tekijöiden päämääristä ei ole vielä saavutettu. Organisatorinen ulottuvuus liittyy yleisesti organisaation turvallisuuden hallintaan, ja ensisijaisesti turvallisuuden parantamiseen, jossa pyritään toteuttamaan johdon, henkilöstön, ulkopuolisten toimijoiden ja potilaiden yhteistyötä, ja siten kehittämään potilasturvallisuuskulttuuria. (Reiman ym. 2008, 51.) Henkilökunta on mahdollisuus saada motivoitukseksi ja ymmärtämään paremmin



potilasturvallisuutta. Keinoina ovat muutosten hallinnan ja turvallisuudesta viestimisen kehittäminen. (Pietikäinen ym. 2008, 42.)

### 2.1.2 Turvallisuuskulttuurin psykologinen ulottuvuus

Hyvässä turvallisuuskulttuurissa mahdollistetaan henkilöstön edellytykset selviytyä hyvin työstään. Organisaatiossa turvallisuutta pidetään tärkeänä ja kaikkien organisaation jäsenten tulee kantaa siitä vastuuta. Henkilöstön on ymmärrettävä turvallisuuden tärkeys ja oltava tietoisia vaaroista, jotka liittyvät heidän toimintaan. Turvallisuus edellyttää kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti sekä havaita uhkaavat vaarat ja vaaratilanteet. Nämä asiat ilmentävät turvallisuuskulttuurin psykologista ulottuvuutta. (Reiman ym. 2008, 69.)

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen terveydenhuollossa edellyttää koko organisaation toiminnan kehittämistä. Tukemalla ja ohjaamalla organisaation kuuluvia jäseniä sekä osallistamalla potilaita ja omaisia, pystytään luomaan hyvät resurssit turvalliselle toiminnalle. Lisäksi henkilökunta pystyy hoitamaan ja hallitsemaan työnsä paremmin sekä kokemaan vastuuta turvallisuuden varmistamisesta. (Pietikäinen ym. 2008, 3, 42.)

## 2.2 Aikaisempia tutkimuksia

Potilasturvallisuutta on tutkittu Yhdysvalloissa jo vuodesta 1999 lähtien, jolloin Institute of Medicine (IOM) julkaisi raportin *To Err is Human*. Raportti käynnisti mittavan kansallisen potilasturvallisuuden edistämishankkeen. Englannissa 2010 Winterbottomin ym. julkaiseman artikkelin mukaan yksi kymmenestä sairaalassa hoidettavista potilaista kärsi jonkinasteisesta hoitovirheestä.

Turvallisuuskulttuuri ja potilasturvallisuus on koettu tärkeäksi osa-alueeksi ja kiinnostus niiden tutkimiseen on kasvanut. Suomessa on kuitenkin toistaiseksi vähän kotimaisia potilasturvallisuuskulttuurista julkaistuja tutkimuksia, koska se on vielä toistaiseksi melko uusi tutkimusalue. Useissa länsimaissa, kuten muissa Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa ja Australiassa, potilasturvallisuustyö ja sitä koskeva tutkimus ovat huomattavasti Suomea pidemmällä. (THL 2011c.)

VTT:n (Valtion tekninen tutkimuslaitos) TUKU-projektissa kehitettyä turvallisuuskulttuurin arviointimenetelmää testattiin kyselyn kehittelyn alkuvaiheessa neljässä sairaanhoitopiirissä sekä yhdessä terveystieteiden keskuslaitosalueella. TUKU-projektin pilotointi suoritettiin Vaasan sairaanhoitopiirissä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Jyväskylän terveystieteiden keskuslaitosalueella. Kussakin organisaatiossa järjestettiin palauteseminaarit kyselyn tulosten pohjalta. Seminaarit oli suunnattu projektiryhmille ja henkilöstölle, ja niissä käsiteltiin kyselyn tuloksia ja niiden merkitystä organisaation kehittämiseksi. Lisäksi yksilöhaastattelujen avulla kerättiin tietoa, jossa pyrittiin selvittämään mitä käsityksiä henkilökunnalla on organisaation turvallisuuskulttuurista ja sen kehittämisestä. Lisäksi selvitettiin, miten henkilökunta ymmärtää käsitteet potilasturvallisuus, laatu ja vaarat terveydenhuollossa. Yksilöhaastattelut järjestettiin syksyllä 2008 Vaasan, Kymenlaakson ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä, ja niitä oli kaikkiaan 29. (Pietikäinen ym. 2008, 7.) TUKU-mittaria käytettiin myös tutkittaessa turvallisuuskulttuuria Forsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä (Enberg 2011, 18).

TUKU-kyselyä on käytetty potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin myös Espoon sairaalassa. Pihkalan (2010) opinnäytetyön tiivistelmässä todettiin henkilöstön kokevansa työnsä merkityksellisenä, että he ovat itse vastuussa tekemistään töistään ja tuloksista sekä pyrkivät tekemään parhaansa tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilöstö oli tyytyväinen työhönsä ja sairaalan ilmapiiriin. Työn hallintaan, resurssien hallintaan, muutosten hallintaan sekä hallittuun sujuvaan yhteistyöhön ulkopuolisen työvoiman kanssa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilasturvallisuuden kannalta. Opinnäytetyön perusteella organisaation johto ja työntekijät kykenivät tarkastelemaan kulttuuriaan turvallisuuden näkökulmasta. Kartoitus tutustutti henkilöstölle potilasturvallisuuskulttuurin tarkasteluun tarvittavia käsitteitä ja työvälineitä. Kyselyn TUKU-mittari sisälsi 36 organisatorisen ulottuvuuksien muuttujaa, 19 psykologisen ulottuvuuden muuttujaa ja viisi kontrollikysymystä. Lisäksi kyselyssä oli vielä yksi avoin kysymys, johon haettiin palautetta TUKU-kyselystä. Sitä muutettiin siten, että lopullisessa kysymyksessä toivottiin henkilöstön tuovan esille havaitsemiaan potilasturvallisuusriskejä ja mitä potilaskulttuuri tarkoittaa heidän mielestään. (Pihkala 2010, 19.)

Forssan Seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä tehdyn tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuskulttuuri arvioitiin pääosin positiiviseksi. Kehitettäviksi alueiksi nousivat erityisesti työn hallinnan tunne, muutoksen hallinta, yksiköiden välinen tiedonvaihto sekä resurssien hallinta. (Enberg 2011.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän terveyskeskusten henkilöstön näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista syksyllä 2011.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi henkilökunta arvioi potilasturvallisuuskulttuurin eri ulottuvuudet?
  - 1.1 Minkälaiseksi henkilökunta arvioi organisatoriset ulottuvuuden?
  - 1.2 Minkälaiseksi henkilökunta arvioi psykologiset ulottuvuuden?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilasturvallisuuskulttuuriin?
  - 2.1 Mitkä tekijät ovat yhteydessä organisatoriseen ulottuvuuteen?
  - 2.2 Mitkä tekijät ovat yhteydessä psykologiseen ulottuvuuteen?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on luonteeltaan poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin strukturoituna kyselynä.

### 4.1 Aineiston kerääminen

Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi-työkaluna käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, Valtion teknisen tutkimuslaitoksen (VTT) TUKU-mittarin viimeistä versiota, TUKU3-mittaria (liite 1). TUKU-mittari pilotoitiin Turvallisuuskulttuuri arviointi- ja kehittämismenettely hankkeessa vuonna 2008 ja sitä on sen jälkeen kehitetty edelleen. Työkalu on kehitetty Suomessa, ja työkalu on ilmainen. (THL 2011a.)

Kyselylomakkeessa oli 66 väittämää ja niiden lisäksi 11 taustamuuttujakysymystä sekä yksi avoin kysymys, johon oli mahdollisuus antaa palautetta organisaation potilasturvallisuuskulttuurista ja kyselyssä käytetystä mittarista. Mittarin ensimmäinen osio käsitteli turvallisuuskulttuurin psykologista ulottuvuutta ja kontrollimuuttujia. Mittarin toinen osio käsitteli turvallisuuskulttuurin organisatorista ulottuvuutta.

Mittarin muoto oli kuusi portainen (1 = ei lainkaan, 6 = erittäin hyvin). Koska asteikossa on merkitty näkyviin ainoastaan alku- ja loppupään numeroiden sanalliset vastineet, se vaikuttaa tasaväliseltä ja numeeriselta, eli välimatka-asteikolliselta. Tämä mahdollistaa myös muuttujien keskiarvojen laskemisen (Ernvall ym. 2002, 15). Aineiston käsittelyvaiheessa lisättiin kaikille numeroille sanalliset vastineet (1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = kohtalaisesti, 4 = melko hyvin, 5 = hyvin ja 6 = erittäin hyvin). Toisen osion lopussa oli avoin kysymys, johon vastaajalta kysyttiin mielipidettä sairaalan tärkeimmistä kehityskohteista sillä hetkellä.

Tutkimuslupa-anomus lähetettiin tutkimukseen osallistuville terveyskeskuksille lokakuussa 2011 (liite 2). Aineisto kerättiin 28.11–16.12.2011 lähettämällä kysely Kaarinan terveyskeskuksen, Loimaan sosiaali- ja terveystalouden ja Pöytyän kansanterveyskuntayhtymän henkilökunnalle. Vastausaikaa jatkettiin

31.12.2011 asti. Kysely toteutettiin pääasiallisesti sähköisesti Webropol-kyselynä, johon pääsi vastaamaan saatekirjeessä (liite 3) olevasta linkistä. Kyselyjä lähetettiin yhteensä 970, joista 13 oli paperilomaketta, Loimaalle 635, Kaarinaan 200 ja Pöytyälle 135. Vastauksia palautettiin yhteensä 262, joista kahdeksan oli paperilomakkeita.

## 4.2 Aineiston käsittely

Webropol-kyselynä saatu aineisto tallennettiin ensin Excel® taulukkolaskenta ohjelmalla, jonka jälkeen se siirrettiin SPSS-20.01® tilasto-ohjelmaan. Seitsemän muuttujan asteikot käännettiin muiden muuttujien kanssa samansuuntaiseksi (Ernvall ym., 2002, 158). Kontrollimuuttujien ja avoimen kysymyksen aineistot rajattiin analysoinnin ulkopuolelle.

### 4.2.1 Taustamuuttujien yhdistäminen

Kyselyssä oli 11 taustamuuttujaa: *Ikä (ikäluokat), henkilöstöryhmät, esimiestehtävissä toimiminen, työskentelyaika samankaltaisissa työtehtävissä, työskentelyaika samassa terveyskeskuksessa, työpaikkakunta, työskentely samassa tai useammassa työpisteessä, toimipiste/vastuualue, työskentely potilaiden kanssa, osallisuus haittatapahtumaan ja vahinkoilmoituksen tekeminen haittatapahtumasta*. Joidenkin taustamuuttujien vastaajaluokat oli yhdistettävä. Yhdistäminen mahdollisti tilastollisten testien tekemisen.

*Ikäluokat* oli alun perin luokiteltu viiteen luokkaan, joista muodostettiin neljä luokkaa, yhdistämällä luokka alle 25 vuotta seuraavaan ikäluokkaan.

*Henkilöstöryhmät* oli luokiteltu 10 luokkaan, joista muodostettiin seitsemän luokkaa. Tutkimushenkilöstö (n=1) yhdistettiin lääkäri- ja hammaslääkäri-luokkaan, osastonsihteerit (n=6) yhdistettiin hallinto- ja taloushenkilöstöön, lopuksi yhdistettiin huoltohenkilöstö (n=13) ja muu henkilöstö (n=26) toisiinsa.

*Toimipiste/vastuualuetta* kuvaavia luokkia oli 18, joista muodostettiin lopuksi kuusi luokkaa. Yhdistämisessä pyrittiin noudattamaan vastuualueen samankaltaisuutta. Laboratorio (n=9) ja kuvantaminen (n=3), erityisvastaanotto (n=2) ja päivystysvastaanotto (n=7) yhdistettiin ajanvarausvastaanottoon (Lääkäri, sai-

raanhoitaja, neuvonta). Kuntoutus (n=18), neuvola ja erityispalveluyksikkö (n=8), äitiys- ja lastenneuvola ja perhesuunnittelu (n=5) sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto (n=6) yhdistettiin neuvolatoiminta ja kuntoutus luokaksi. Kotihoito (n=15), vanhainkotitoiminta (n=7) ja palveluasuminen (n=17) yhdistettiin vastaavaksi luokaksi. Tukipalvelut (n=10), yleishallinto ja taloustoimisto (n=9), sosiaalipalvelut (n=3) ja muu (n=5) yhdistettiin muu (yleishallinto, tuki- ja sosiaalipalvelut) luokaksi.

#### 4.2.2 Summamuuttujien muodostaminen

Kyselylomakkeessa samaa asiaa tarkoittavat sekä riittävän vahvan sisäisen johdonmukaisuuden omaavat yksittäiset muuttujat, voidaan yhdistää summamuuttujiksi (Ernvall ym. 2002,158; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 117). TUKU-kyselyn mittausmallin mukaan turvallisuuskulttuurin psykologista ulottuvuutta mittaa neljä summamuuttujaa ja organisatorista ulottuvuutta yhdeksän summamuuttujaa (liite 4).

Ennen summamuuttujien muodostamista testattiin Cronbachin alfa-kerroin, joka kuvaa summamuuttujan sisäistä homogeenisuutta. Alfa kertoimen arvon tulee olla 0,7 tai sitä suurempi, jotta sitä pidetään riittävänä summa- tai keskiarvomuuuttujien luomiseksi. Alfa-kertoimen ollessa yhtä suuri kuin 0,7 tai suurempi, muuttujat mittaavat yhtenäisesti kyseisiä väittämiä. (Ernvall ym. 2002,158.) Taulukossa 1 ovat ulottuvuuksien summamuuttujien alfa-kertoimet, josta nähdään, että ne mittaavat riittävän yhtenäisesti yhdistettyjä muuttujia.

Taulukko 1. Summamuuttujien alfa-kertoimet

TURVALLISUUS-KULTTUURIN ULOTTUVUUDET	ALFA-KERROIN	OSIOIDEN MÄÄRÄ
<b>Psykologinen ulottuvuus</b>		
Hallinnan tunne	0,757	5
Henkilökohtainen vastuuntunne	0,736	4
Turvallisuusmotivaatio	0,815	3
Valppaus	0,838	4
<b>Organisatorinen ulottuvuus</b>		
Työn edellytysten hallinta	0,752	5
Työprosessien hallinta	0,818	5
Turvallisuus-johtaminen	0,866	5
Esimiestuki	0,819	3
Ennakoiva kehittäminen	0,909	5
Vaarojen hallinta	0,831	4
Osaamisen hallinta	0,769	4
Muutoksen hallinta	0,942	5
Ulkopuolisten hallinta	0,861	3

Alfa-kertoimen oltava  $\geq 0,7$

#### 4.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin IBM SPSS-20.01<sup>®</sup> aineiston analyysiohjelmalla. Aineiston kuvailussa on käytetty keskiarvoja, mediaania, prosentteja ja lukumääriä eli frekvenssejä. Tulosten havainnollistamiseksi on käytetty erilaisia taulukoita ja kuvioita. Hajontaluvuista tässä opinnäytetyössä on käytetty keskihajontaa, joka kuvaa arvojen läheisyyttä keskiarvon ympärillä. Jos arvot poikkeavat paljon keskiarvosta niin, keskihajonnan lukuarvo kasvaa. (Heikkilä 2010, 83, 84.)

Tilastollisia testejä varten suoritettiin summamuuttujien normaalijakaumatesti Kolmogorov–Smirnovin testillä (Liite 5). Testin tulosta tulkitaan p –arvon avulla. p –arvon ollessa alle 0,05, jakauma poikkeaa normaalista (Heikkilä 2010, 235). Koska normaalijakaumat osoittautuivat osittain vinoiksi, taustamuuttujien yhteyttä turvallisuuskulttuurin eri ulottuvuuksiin testattiin keskiarvotestien epäparametrisilla vastineilla (Nummenmaa 2009, 143). Testit kertovat, onko luokkien välillä

tilastollisesti merkitseviä eroja (p-arvo). Muuttujan ollessa dikotominen eli kaksi-luokkainen, käytettiin Mann-Whitney'n U-testiä (Nummenmaa 2009, 250). Tässä opinnäytetyössä oli neljä dikotomista taustamuuttujaa: *toimitko esimiestehtävissä, työskenteletkö samassa tai useammassa toimipisteessä, oletko työssäsi tyypillisesti suoraan tekemisissä potilaiden kanssa ja oletko osallistunut potilaaseen kohdistuneisiin läheltäpiti- tai haittatapahtumatilanteisiin*, jotka testattiin Mann-Whitney'n U-testillä. Useampiluokkaisten taustamuuttujien yhteyttä tutkittiin Kruskal-Wallis testillä (Nummenmaa 2009, 255).

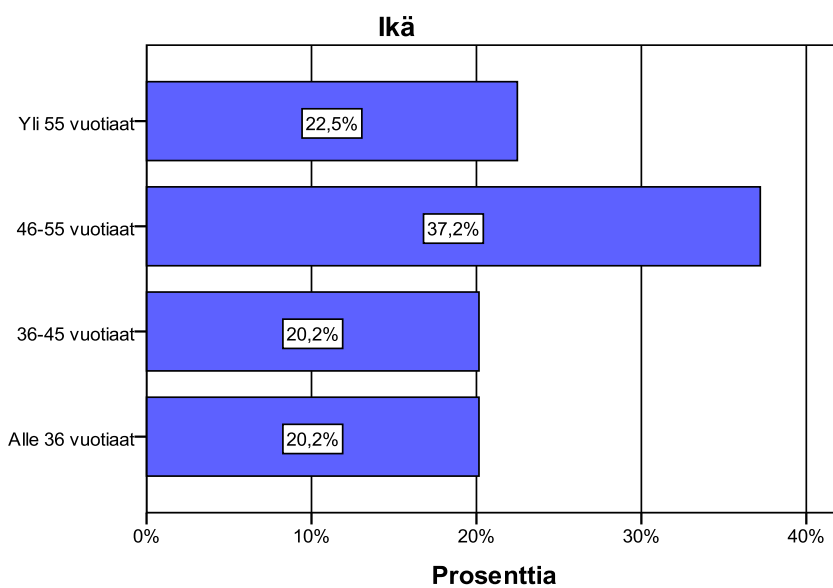
Tässä opinnäytetyössä käytettiin 5 %:n merkitsevyystasoa ( $p \leq 0,05$ ). Tilastollinen merkitsevyys kasvaa merkitsevyysarvon pienetessä. Merkitsevyystason lyhenne on "p" (probability), ohjelman tulosteissa se on Sig. (significance). (Heikkilä 2010, 194, 195). Tässä tutkimuksessa tilastolliset merkitsevyysrajat olivat seuraavat:

- tilastollisesti erittäin merkitsevä  $p \leq 0,001$
- tilastollisesti merkitsevä  $p \leq 0,01$
- tilastollisesti melkein merkitsevä  $p \leq 0,05$

#### 4.4 Vastaajat

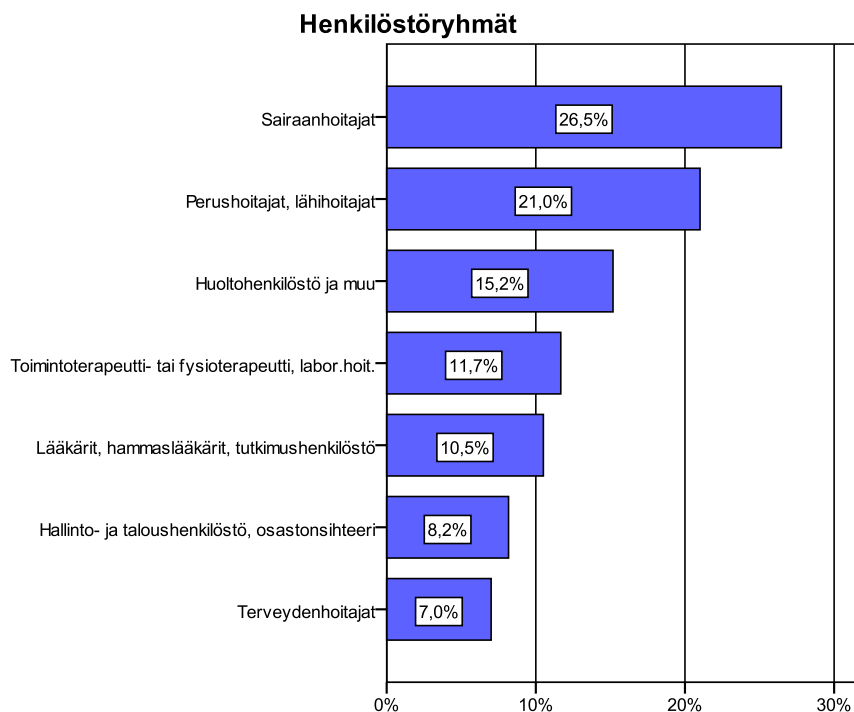
Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Kaarinan terveyskeskuksen, Loimaan sosiaali- ja terveystalokeskuksen ja Pöytyän kansanterveyskuntayhtymän henkilökunta. Suurin osa vastaajista oli 46 – 55 vuotiaita. Lähes neljännes oli yli 55 vuotiaita ja viidennes 36 – 45 vuotiaita ja 25 – 35 vuotiaita. (Kuvio 1)





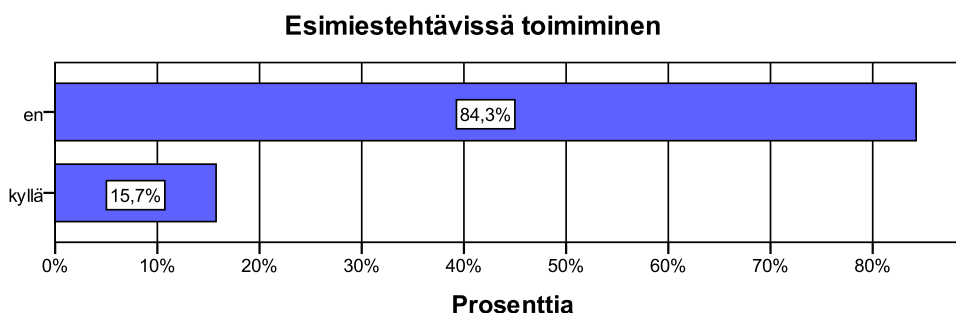
Kuvio 1. Vastaajien ikäluokkien jakauma (N=258).

Henkilöstöryhmistä suurimmat olivat sairaanhoitajat sekä perushoitajat, jotka yhdessä muodostivat lähes puolet vastaajista. (Kuvio 2).



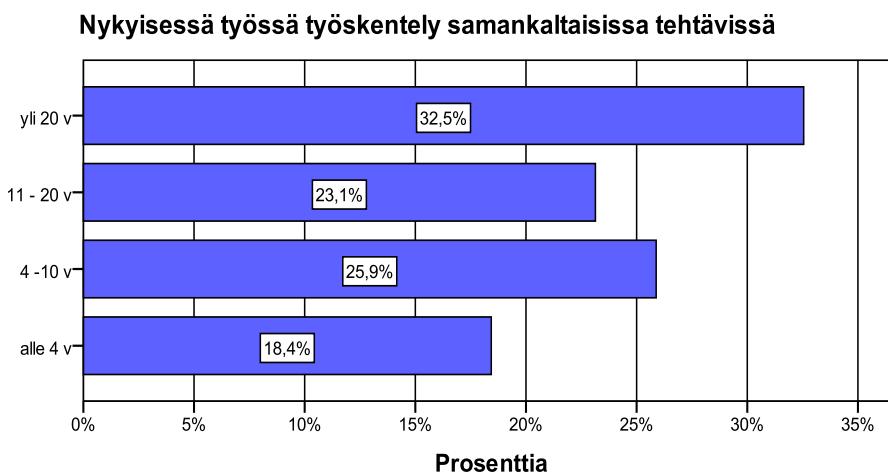
Kuvio 2. Vastaajien henkilöstöryhmät (N=257).

Vastaajista kuudesosa toimi esimiestehtävissä (Kuvio 3).



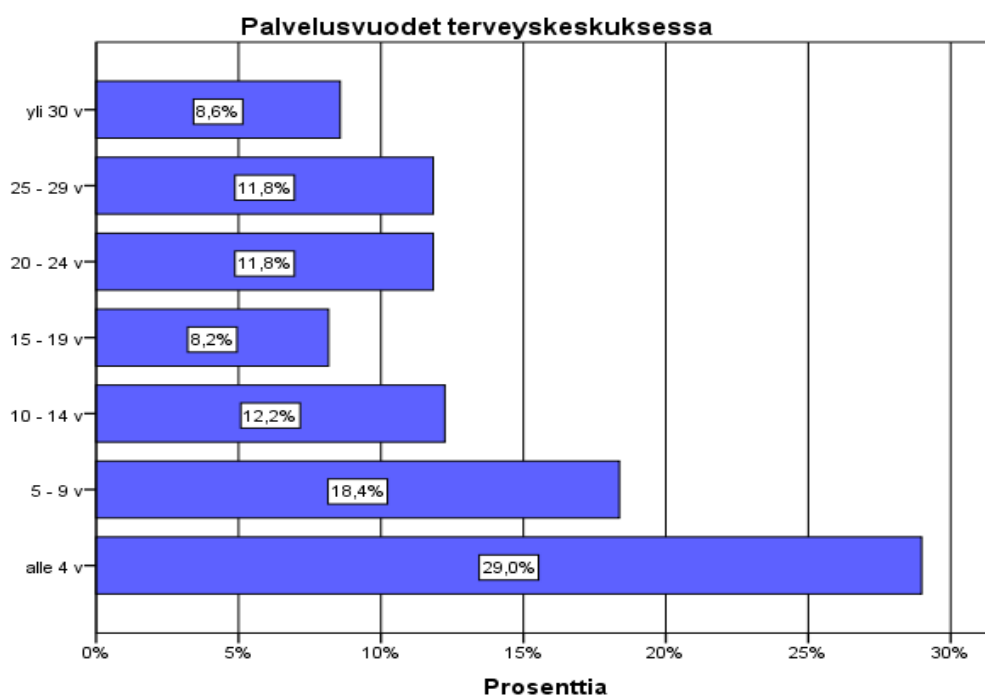
Kuvio 3. Vastaajien toimiminen esimiestehtävissä (N=254).

Kolmasosa vastaajista oli työskennellyt samankaltaisissa työtehtävissä yli 20 vuotta. Neljäsosa vastaajista oli työskennellyt 4 -10 vuotta samankaltaisissa työtehtävissä. (Kuvio 4)



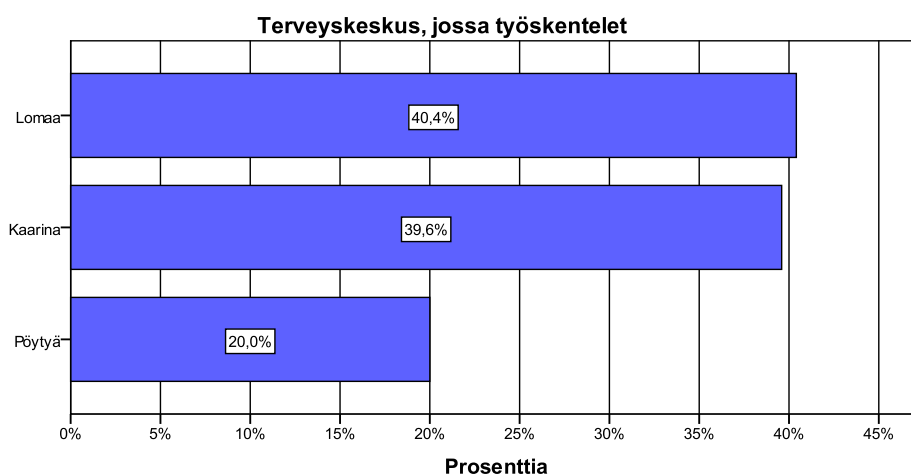
Kuvio 4. Vastaajien työskentely nykyisellä työpaikalla samankaltaisissa työtehtävissä (N=255).

Lähes kolmasosa vastaajista oli ollut alle neljä vuotta terveyskeskuksen palveluksessa. Vastaajista 5-9 vuotta terveyskeskuksen palveluksessa olleita oli lähes viidesosa. Vastaajista noin puolet oli ollut alle 10 vuotta terveyskeskuksen palveluksessa. (Kuvio 5).



Kuvio 5. Vastaajien palvelusvuodet terveystieteiden keskuksessa (N=245).

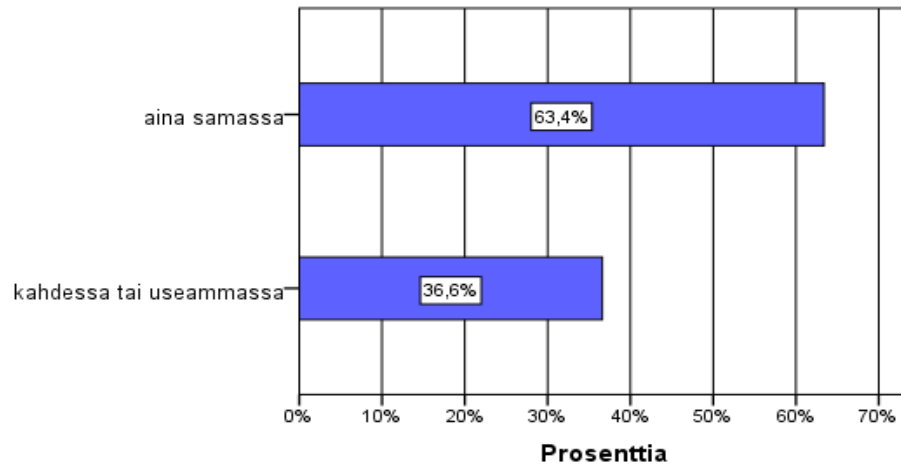
Vastaajista suurin osa työskenteli Loimaalla ja Kaarinassa. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Vastaajien työpaikat (N=245).

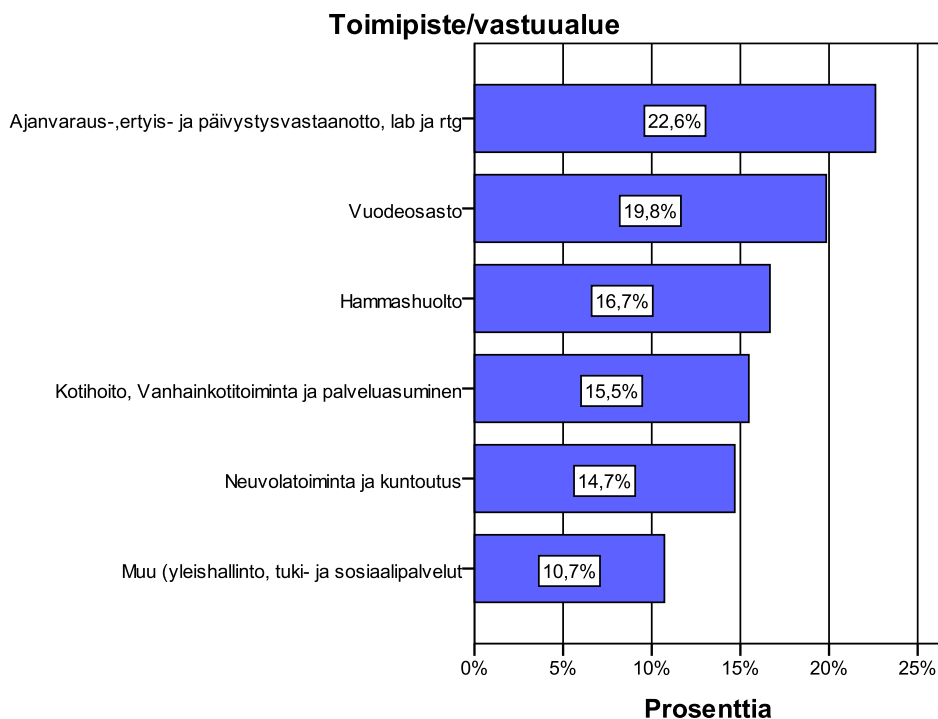
Suurin osa vastanneista työskenteli aina samassa toimipisteessä. (Kuvio 7).

### Samassa toimipisteessä työskenteleminen



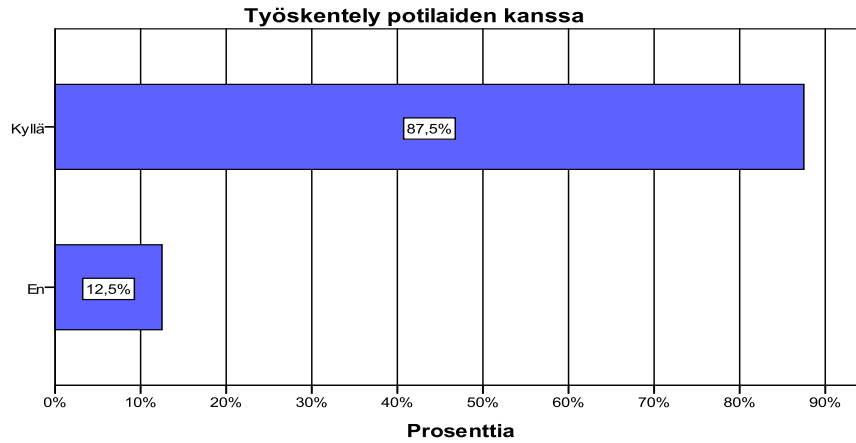
Kuvio 7. Työskentely samassa tai useammassa toimipisteessä (N=254)

Viidesosa vastaajista työskenteli vuodeosastolla, hammashuollossa vastaajia oli lähes yhtä paljon. Vastaajista suurin osa työskenteli vuodeosastolla, hammashuollossa tai ajanvarausvastaanotossa. (Kuvio 8).



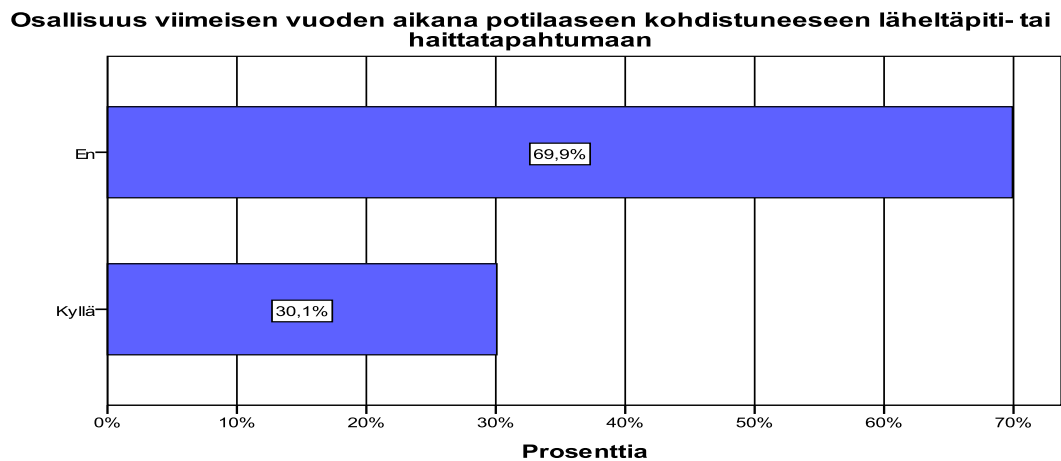
Kuvio 8. Pääasiallinen työtoimipiste/vastuualue (N=252).

Suurin osa vastaajista oli työssään tyypillisesti suoraan tekemisissä potilaiden kanssa. (Kuvio 9).



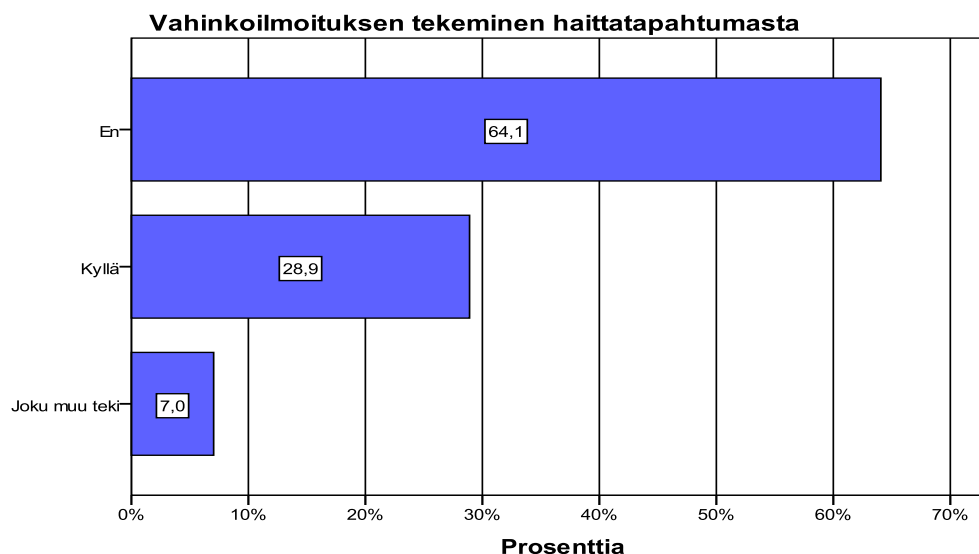
Kuvio 9. Työssään tyypillisesti suoraan potilaiden kanssa tekemisissä olevat (N=256).

Vastaajista lähes kolmasosa oli ollut viimeisen vuoden aikana osallisena potilaaseen kohdistuneeseen läheltäpiti- tai haittatapahtumaan. (Kuvio 10).



Kuvio 10. Osallisuus potilaaseen kohdistuneisiin läheltäpiti- tai haittatapahtumatilanteisiin (N=256).

Suurin osa vastaajista ei tehnyt vahinkoilmoitusta potilaaseen kohdistuneesta läheltäpiti- tai haattatapahtumasta/tapahtumista. (Kuvio 11).



Kuvio 11. Ilmoitus haattatapahtumasta / tapahtumista (N=128).

## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset esitetään tutkimusongelmittain ja niitä havainnollistetaan taulukoiden avulla.

### 5.1 Henkilökunnan arvio potilasturvallisuuskulttuurista

Henkilökunnan arviot potilasturvallisuuskulttuurista olivat yleisesti positiivisia joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta.

#### 5.1.1 Henkilöstön arvio turvallisuuskulttuurin organisatorisesta ulottuvuudesta

Turvallisuuskulttuurin organisatorisesta ulottuvuutta kuvaavia summamuuttujia oli yhdeksän ja väittämiä oli yhteensä 39. Henkilökunnan arviot organisatorisesta ulottuvuudesta olivat yleisesti melko korkeita. *Osaamisen hallinta* ja *työn edellytysten hallinta* arvioitiin muita osa-alueita korkeammiksi. *Muutoksen hallinta* arvioitiin puolestaan kaikkein alhaisimmaksi ja *vaarojen hallinta* arvioitiin myös alhaiseksi. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Organisatorista ulottuvuutta kuvaavien summamuuttujien tunnusluvut (N=258).

Summamuuttujat	Keski-arvo	Mediaani	Keskiahajonta	Lukumäärä
Osaamisen hallinta	4,16	4,25	0,86	250
Työn edellytysten hallinta	4,01	4,00	0,86	252
Työprosessien hallinta	3,70	3,60	0,84	251
Esimiestuki	3,69	3,67	1,16	250
Turvallisuusjohtaminen	3,51	3,60	1,02	250
Ulkopuolisten hallinta	3,44	3,33	0,97	217
Ennakoiva kehittäminen	3,42	3,40	1,01	246
Vaarojen hallinta	3,19	3,25	0,98	246
Muutoksen hallinta	3,02	3,00	1,10	248

1 = ei lainkaan, 6 = erittäin hyvin

*Osaamisen hallinnan* osalta vastaajat arvioivat kouluttautumisen ja ammattitaidon kehittämisen työn ohella (ka 4,56) sekä työhön tarvittavat tiedot ja taidot (ka 4,25) korkeimmiksi. Alhaisimmaksi arvioitiin uusien työntekijöiden ohjaaminen ja perehdyttäminen (ka 3,56). (Liite 7).

*Työn edellytysten hallinnan* osalta vastaajat arvioivat työn tekemiseen tarvittavan tiedon (ka 4,52) sekä käytettävissä olevat välineet (ka 4,42) kaikista korkeimmiksi ja henkilökunnan riittävyyden puolestaan kaikista alhaisimmaksi (ka 2,99). Esimiestuen osalta henkilökuntaa huolestuttavista asioista keskusteleminen esimiehen kanssa arvioitiin korkeimmaksi (ka 4,21), ja esimieheltä saatu myönteinen palaute hyvin tehdystä työstä alhaisimmaksi (ka 2,99). Tiedonkulun ratkaisut potilasturvallisuuden edistämisen kannalta (ka 4,24) sekä eri ammattiryhmien välinen yhteistyö (ka 3,99), arvioitiin *työprosessien hallinnassa* kaikista korkeimmiksi. Terveyskeskuksen yksiköiden välinen tiedonkulku arvioitiin alhaisimmaksi (ka 3,25). (Liite 7).

*Turvallisuusjohtamisen* osalta korkeimmiksi arvioitiin terveyskeskuksen turvallisuusjohtamistapa niin toimintaa ohjaavana arvona (ka 3,68) kuin laadukkaan työn edellytyksenä (ka 3,57). Lisäksi pitkän tähtäimen suunnittelu (ka 3,58) ar-

vioitiin keskimääräistä korkeammaksi. Alhaisimmaksi arvioitiin johdon pyrkimys varmistaa, että organisaatiolla on riittävät taloudelliset resurssit tehdä turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet (ka 3,26). Aktiivisen toiminnan kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi arvioitiin *turvallisuuden ennakoivan kehittämisen* kannalta korkeimmaksi (ka 3,71). Toimivat käytännöt vaaratapahatumista oppimiseksi (ka 3,29) sekä toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuuden arvioiminen edistävällä tavalla (ka 3,26) alhaisimmiksi. *Ulkopuolisten toimijoiden* osalta arvioitiin vuokratyöntekijöiden pätevyys (ka 3,57) sekä henkilökunnan ja vuokratyöntekijöiden välinen yhteistyö (ka 3,54) korkeammaksi kuin se, miten vuokratyöntekijät ymmärtävät työnsä vaikuttavan potilasturvallisuuteen (ka 3,25). (Liite 7).

*Vaarojen hallinnan* osalta henkilöstön työkyvyn varmistaminen terveyskeskuksessa (ka 3,51) arvioitiin korkeimmaksi. *Terveyskeskuksen varajärjestelmän yllättävien tilanteiden hoitaminen*, johon kuuluivat mm. työvälineet, resurssit, ja varamiehet (ka 2,81), arvioitiin alhaisimmaksi. *Muutoksen hallinnan* kaikki väittämät arvioitiin melko tasaisesti kohtalaisiksi. *Muutosten hyvä toteuttaminen terveyskeskuksessa* (ka 3,08) arvioitiin korkeimmalle ja *muutosten hyvä suunnittelu organisaatiossa* (ka 2,97) sekä *työntekijöiden mielipiteen huomioiminen muutostilanteessa* (ka 2,95) arvioitiin alhaisimmiksi. (Liite 7).

#### 5.1.2 Henkilöstön arvio turvallisuuskulttuurin psykologisesta ulottuvuudesta

Turvallisuuskulttuurin psykologista ulottuvuutta kuvaavia summamuuttujia oli neljä, ja väittämiä oli yhteensä 16. Summamuuttujista korkeimmalle arvioitiin *turvallisuusmotivaatio* ja *henkilökohtainen vastuuntunne*, myös *valppaus* arvioitiin melko korkealle. *Hallinnan tunne* arvioitiin alhaisimmaksi. Yleisesti psykologisiin ulottuvuuksiin suhtauduttiin positiivisesti. (Taulukko 3.)



Taulukko 3. Psykologista ulottuvuutta kuvaavien summamuuttujien tunnusluvut (N=258)

Summamuuttujat	Keski-arvo	Mediaani	Keskiahajonta	Lukumäärä
Turvallisuusmotivaatio	5,25	5,33	0,75	255
Henkilökohtainen vastuuntunne	5,20	5,25	0,70	256
Valppaus	4,51	4,75	0,93	255
Hallinnan tunne	3,39	3,40	0,89	256

1 = ei lainkaan, 6 = erittäin hyvin

*Turvallisuusmotivaation* osalta vastaajat arvioivat henkilökohtaisen potilasturvallisuuden tunteen (ka 5,35) ja potilasturvallisuuden korostamisen näkyvästi työpaikallaan (ka 5,29) korkeimmiksi. Keskeisin omaa työtä ohjaava arvo on potilasturvallisuus (ka 5,11), joka arvioitiin lähes yhtä korkealle. Henkilökohtaisen kokonaisvastuun kokeminen (ka 5,65) ja vastuun kantaminen työn vaikutuksesta potilaisiin (ka 5,43), arvioitiin korkeimmiksi *henkilökohtaisen vastuuntunteen* osalta. ”*Minua vaivaa, jos potilas ei voi hyvin*” (ka 4,79), arvioitiin alhaisimmaksi, mutta kuitenkin hyväksi. (Liite 8).

*Valppauden* osalta vastaajat arvioivat henkilökunnan avoimuuden erilaisille tulkinnoille ja vasta argumenteille (ka 4,75) sekä potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratekijöiden hahmottamisen (ka 4,69) kaikista korkeimmiksi. Omien tulkintojen kyseenalaistaminen ja tiedon etsiminen, joka haastaisi omia tulkintoja (ka 4,25), arvioitiin alhaisimmaksi. *Hallinnan tunteen* osalta vastaajat arvioivat etteivät työtehtävät ole liian vaativia (ka 4,50) eikä työ liian stressaavaa (ka 3,44). Sen sijaan, että töitä ei ole liikaa (ka 3,23) ja henkilökunta ei joudu kiirehtimään työssään (ka 2,75), arvioitiin alhaisimmaksi. (Liite 8).

## 5.2 Turvallisuuskulttuuriin yhteydessä olevat tekijät

Turvallisuuskulttuuriin yhteydessä olevien tekijöiden selvittämiseksi selvitettiin taustamuuttujien yhteydet suhteessa turvallisuuskulttuurin molempiin ulottuvuuksiin käyttämällä Mann-Whitney’n U-testiä tai Kruskal-Wallis testiä.

### 5.2.1 Organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät

Tehdyt testit osoittivat, että kaikki taustamuuttajat paitsi *ikä* sekä *vahinkoilmoituksen teko* olivat yhteydessä vähintään yhteen organisatorista ulottuvuutta kuvaavaan summamuuttujaan (Taulukko 4).

Taulukko 4 Taustamuuttujien yhteys turvallisuuskulttuurin organisatorista ulottuvuutta kuvaaviin summamuuttujiin.

Taustamuuttujat	Työn edell. hallinta	Työpros. hallinta	Turv. johtaminen	Esimiestuki	Tuvalu. ennakk. kehittä.	Vaarojen hallinta	Osaamisen hallinta.	Muutoksen hallinta.	Ulkopuol. hallinta.
<b>Ikä</b>	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
<b>Henkilöstöryhmä</b>	<b>0,002</b>	NS	NS	<b>0,044</b>	NS	NS	<b>0,033</b>	<b>&lt;0,001</b>	NS
<b>Esimies/ei esimies</b>	NS	NS	NS	<b>&lt;0,001</b>	NS	NS	<b>0,037</b>	<b>&lt;0,001</b>	NS
<b>Nykyisessä työssä</b>	NS	NS	NS	<b>0,049</b>	NS	NS	NS	NS	NS
<b>Palvelusvuodet</b>	NS	NS	<b>0,037</b>	NS	NS	NS	NS	<b>0,017</b>	<b>0,049</b>
<b>Terveyskeskus</b>	NS	<b>0,040</b>	NS	<b>0,022</b>	NS	NS	<b>0,040</b>	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>
<b>Toimipisteiden määrä</b>	NS	NS	NS	<b>0,014</b>	NS	NS	NS	NS	NS
<b>Pääasiallinen toimipiste</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,021</b>	NS	<b>0,034</b>	NS	NS	NS	NS	NS
<b>Potilaskontaktin luonne</b>	NS	NS	NS	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,016</b>	NS	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>	NS
<b>Läheltäpiti/haittatapahtumat.</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,026</b>	<b>0,003</b>	NS	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,021</b>
<b>Vahinkoilmoitus</b>	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS = no significant/ei tilastollista yhteyttä  $p > 0.05$

**Henkilöstöryhmä** oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä *työn edellytysten hallintaan* ja *muutoksen hallintaan*. Henkilöstöryhmän yhteys *esimiestukeen* ja *osaamisen hallintaan* oli melkein merkitseviä (Taulukko 5).

Henkilöstöryhmittäin tarkasteltuna lääkärit arvioivat *muutoksen hallinnan* korkeimmaksi ja toiminta- ja fysioterapeutit alhaisimmiksi. Terveystenhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat *muutoksen hallinnan* puolestaan melko alhaiseksi. Terveystenhoitajat arvioivat *työn edellytysten hallinnan* sekä *osaamisen hallinnan*

korkeimmaksi ja sairaanhoitajat alhaisimmaksi. Terveystenhoitajat arvioivat *osaamisen hallinnan* korkeimmaksi ja sairaanhoitajat alhaisimmaksi. Lääkärit ja hallinto- ja taloushenkilökunta arvioivat *esimiestuen turvalliselle toiminnalle* korkeimmaksi ja toiminta- ja fysioterapeutit alhaisimmiksi. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Henkilöstöryhmien yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Henkilöstöryhmä	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Muutosten hallinta</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	4,29	0,961	<0,001
	sairaanhoitajat	67	2,88	1,112	
	terveydenhoitajat	18	2,87	1,110	
	perushoitajat	50	3,08	1,044	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	2,36	0,863	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	20	3,41	1,101	
	huoltohenkilöstö	35	3,21	1,187	
<b>Työn edellytysten hallinta</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	4,17	0,838	0,002
	sairaanhoitajat	67	3,68	0,820	
	terveydenhoitajat	18	4,41	0,997	
	perushoitajat	52	3,86	0,835	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	4,32	0,565	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	21	3,94	0,960	
	huoltohenkilöstö	36	4,22	1,187	
<b>Osaamisen hallinta</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	4,29	0,876	0,037
	sairaanhoitajat	67	3,90	0,862	
	terveydenhoitajat	18	4,47	0,546	
	perushoitajat	51	4,14	0,937	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	4,03	0,642	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	20	4,21	0,788	
	huoltohenkilöstö	36	4,45	0,963	
<b>Esimiestuki</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	3,98	1,158	0,044
	sairaanhoitajat	67	3,81	1,198	
	terveydenhoitajat	18	3,46	1,309	
	perushoitajat	52	3,70	1,063	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	3,13	0,838	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	20	3,94	0,960	
	huoltohenkilöstö	35	3,70	1,412	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Esimiesten ja ei-esimiesten** osalta organisatorisissa ulottuvuuksissa *esimiehen tuki turvalliselle toiminnalle* ja *muutosten hallinta* olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä, *osaamisen hallinta* oli melkein merkitsevä. Esimiesasemassa ole-

vat vastaajat arvioivat *esimiestuen turvalliselle toiminnalle* ja *muutoksen hallinnan* huomattavasti korkeammalle kuin vastaajat, jotka eivät toimineet esimiesasemassa. Osaamisen hallinnasta oltiin lähes samaa mieltä, molemmat arvioivat sen melko korkeaksi eron ollessa kuitenkin tilastollisesti melkein merkitsevä. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Esimiestehtävissä toimimisen yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Esimiestehtävissä toimiminen	n	Ka	Kh	p-arvo
Esimiestuki	kyllä	40	4,50	0,935	<0,001
	en	206	3,53	1,140	
Muutosten hallinta	kyllä	40	3,58	0,910	<0,001
	en	204	2,91	1,095	
Osaamisen hallinta	kyllä	40	4,41	0,682	0,037
	en	206	4,42	0,882	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyytaso = p.

**Nykyisessä työssä työskentely (samankaltaisissa työtehtävissä)** taustamuuttujan osalta organisatorisissa ulottuvuuksissa oli yksi tilastollisesti merkitsevä ulottuvuus, *esimiestuki turvalliselle toiminnalle*, mikä oli tilastollisesti melkein merkitsevä. Yli kaksikymmentä vuotta työskennelleet arvioivat *esimiestuen* alhaisimmaksi. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Nykyisessä työssä työskentelyn yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Nykyisessä työssä työskentely	n	Ka	Kh	p-arvo
Esimiestuki	< 4 vuotta	46	3,86	1,278	0,049
	4 – 10 vuotta	66	3,80	1,222	
	11 – 20 vuotta	57	3,84	1,067	
	> 20 vuotta	78	3,41	1,064	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyytaso = p.

**Palvelusvuodet terveyskeskuksessa** taustamuuttujan osalta, organisatorisista ulottuvuuksista *ulkopuolisten toimijoiden hallinta* oli tilastollisesti merkitsevä, *muutosten hallinta* ja *turvallisuusjohtaminen* olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Yli 30 vuotta ja 0 – 4 vuotta samassa terveyskeskuksessa palvelleet arvioivat *ulkopuolisten toimijoiden hallinnan* korkeimmaksi, alhaisimmaksi sen

arvioivat 5 – 9 vuotta palvelleet. *Muutosten hallinnan* arvioi korkeimmaksi 0 – 4 vuotta palvelleet ja alhaisimmaksi 25 – 30 vuotta palvelleet. Yli 30 vuotta palvelleet arvioivat *turvallisuusjohtamisen* korkeimmaksi ja 20 – 24 vuotta palvelleet alhaisimmaksi. (Taulukko 8).

Taulukko 8. Palvelusvuosien yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Palvelusvuodet terveystakes- kuksessa	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Muutosten hallinta</b>	0 - 4 vuotta	69	3,41	1,130	0,017
	5 - 9 vuotta	44	2,88	1,030	
	10 - 14 vuotta	29	2,95	1,177	
	15 - 19 vuotta	20	2,77	0,977	
	20 - 24 vuotta	28	2,73	1,166	
	25 - 30 vuotta	29	2,71	0,901	
	yli 30 vuotta	20	3,30	1,259	
<b>Turvallisuusjohtaminen</b>	0 - 4 vuotta	71	3,71	0,925	0,037
	5 - 9 vuotta	44	3,25	0,993	
	10 - 14 vuotta	29	3,62	1,137	
	15 - 19 vuotta	19	3,46	1,059	
	20 - 24 vuotta	28	3,25	1,036	
	25 - 30 vuotta	28	3,34	0,803	
	yli 30 vuotta	20	3,89	1,112	
<b>Ulkopuolisten toimijoi- den hallinta</b>	0 - 4 vuotta	62	3,78	0,962	0,049
	5 - 9 vuotta	42	3,07	0,905	
	10 - 14 vuotta	27	3,36	0,886	
	15 - 19 vuotta	17	3,37	0,920	
	20 - 24 vuotta	22	3,21	0,912	
	25 - 30 vuotta	22	3,25	0,790	
	yli 30 vuotta	19	3,96	1,051	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Terveyskeskus, jossa työskentelet**, osalta olivat *ulkopuolisten toimijoiden hallinta* ja *muutosten hallinta* tilastollisesti merkitseviä. Terveyskeskus C:n henkilökunta arvioivat molemmat korkeimmiksi, terveyskeskus A:n henkilökunta alhaisimmaksi. *Esimiestuki turvalliselle toiminnalle*, *työprosessien hallinta* ja *osaamisen hallinta*, olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Terveyskeskus B:n henkilökunta arvioi *esimiestuen* korkeammaksi kuin A ja C, joiden arviot olivat lähes yhtäläiset. Terveyskeskus C:n henkilökunta arvioi *työprosessien hallinnan*

ja *osaamisen hallinnan*, korkeimmaksi ja terveyskeskus A:n henkilökunta alhaisimmaksi, arviot olivat kuitenkin melko positiivisia. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Terveyskeskuksen yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Terveyskeskus, jossa työskentelet	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Ulkopuolisten toimijoiden hallinta</b>	Terveyskeskus A	-	3,23	0,952	0,003
	Terveyskeskus B	-	3,44	0,929	
	Terveyskeskus C	-	3,84	0,985	
<b>Muutosten hallinta</b>	Terveyskeskus A	-	2,73	1,030	0,004
	Terveyskeskus B	-	3,15	1,040	
	Terveyskeskus C	-	3,30	1,283	
<b>Esimiestuki</b>	Terveyskeskus A	-	3,52	1,036	0,022
	Terveyskeskus B	-	3,93	1,182	
	Terveyskeskus C	-	3,53	1,245	
<b>Työprosessien hallinta</b>	Terveyskeskus A	-	3,59	0,747	0,040
	Terveyskeskus B	-	3,67	0,815	
	Terveyskeskus C	-	3,94	1,036	
<b>Osaamisen hallinta</b>	Terveyskeskus A	-	4,02	0,861	0,040
	Terveyskeskus B	-	4,18	0,817	
	Terveyskeskus C	-	4,34	0,921	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n (ei ole kuvattu tutkimuseettisistä syistä), summamuuttujien vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Työskenteletkö aina samassa tai useammassa työpisteessä osalta esimiestuki turvalliselle toiminnalle**, oli tilastollisesti melkein merkitsevää. Samassa toimipisteessä aina työskentelevät arvioivat sen korkeammaksi kuin kahdessa tai useammassa toimipisteessä työskentelevät. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Toimipisteiden määrän yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Toimipisteiden määrä	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Esimiestuki</b>	samassa työpisteessä	156	4,00	1,189	0,014
	useammassa työpisteessä	90	3,33	1,059	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, summamuuttujien vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Toimipisteen/vastuualueen osalta työn edellytysten hallinta** oli tilastollisesti erittäin merkitsevää, *työprosessien hallinta* ja *esimiestuki turvalliselle toiminnalle*

olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Neuvola- ja erityispalveluyksikön ja hammashuollon henkilökunta arvioivat työn *edellytysten hallinnan* korkeimmaksi, kotihoito ym. henkilökunta arvioi sen alhaisimmaksi. Neuvola- ja erityispalveluyksikön henkilökunta arvioi selvästi muita korkeammaksi *työprosessien hallinnan*, yleishallinto/muu henkilöstö arvioi sen alhaisimmaksi. *Esimiestuen turvallisuudelle toiminnalle* arvioi korkeimmalle yleishallinto/muu henkilöstö ja alhaisimmaksi vuodeosaston henkilöstö. (Taulukko 11).

Taulukko 11. Toimipiste/vastuualueen yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Toimipiste/vastuualue	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Työn edellytysten hallinta</b>	ajanv., erityis- ja päiv. vast.otto	56	4,02	0,770	<0,001
	hammashuolto	42	4,33	0,841	
	neuvola- ja erityispalvelut	37	4,38	0,762	
	kotihoito, vanhaink. palveluasum.	39	3,67	0,759	
	vuodeosasto	49	3,80	0,928	
	muu (yleish. tuki- ja sos.palv.)	24	3,82	0,895	
<b>Työprosessien hallinta</b>	ajanv., erityis- ja päiv. vast.otto	56	3,61	0,753	0,021
	hammashuolto	42	3,64	0,841	
	neuvola- ja erityispalvelut	37	4,15	0,719	
	kotihoito, vanhaink. palveluasum.	39	3,61	0,877	
	vuodeosasto	49	3,68	0,892	
	muu (yleish. tuki- ja sos.palv.)	23	3,51	0,717	
<b>Esimiestuki</b>	ajanv., erityis- ja päiv. vast.otto	56	3,51	1,123	0,034
	hammashuolto	42	3,39	1,062	
	neuvola- ja erityispalvelut	37	3,47	1,050	
	kotihoito, vanhaink. palveluasum.	39	3,79	1,181	
	vuodeosasto	49	3,34	1,238	
	muu (yleish. tuki- ja sos.palv.)	22	4,18	1,211	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Oletko työssäsi tyypillisesti suoraan tekemisissä potilaiden kanssa** taustamuuttujan osalta, *esimiestuki turvallisuudelle toiminnalle* ja *muutosten hallinta*, olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä. *Osaamisen hallinta* oli tilastollisesti merkitsevä ja *turvallisuuden ennakointi kehittäminen* oli tilastollisesti melkein merkitsevä. Henkilöiden, jotka eivät olleet tyypillisesti suoraan potilaiden kanssa tekemisissä, arviot olivat yleisesti korkeammat kuin henkilöiden, jotka olivat tyypillisesti suoraan potilaiden kanssa tekemisissä. (Taulukko 12).

Taulukko 12. Potilaskontaktin luonteen yhteys turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Potilaskontaktin luonne	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Esimiestuki</b>	olen suoraan tekemisissä	220	3,59	1,148	<0,001
	en ole suoraan tekemisissä	28	4,45	0,947	
<b>Muutosten hallinta</b>	olen suoraan tekemisissä	216	2,92	1,067	<0,001
	en ole suoraan tekemisissä	30	3,70	1,148	
<b>Osaamisen hallinta</b>	olen suoraan tekemisissä	219	4,09	0,857	0,004
	en ole suoraan tekemisissä	29	4,62	0,775	
<b>Turvallisuuden ennakoiva kehitt.</b>	olen suoraan tekemisissä	217	3,37	1,000	0,016
	en ole suoraan tekemisissä	27	3,90	0,992	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyytaso = p.

**Oletko työssäsi viimeisen vuoden aikana ollut osallisena potilaaseen kohdistuneeseen läheltäpiti- tai haittatapahtumassa** *Työn edellytysten hallinta ja osaamisen hallinta*, olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä, *muutosten hallinta, turvallisuus johtaminen, vaarojen hallinta ja turvallisuuden ennakoiva kehittäminen*, olivat tilastollisesti merkitseviä. *Ulkopuolisten toimijoiden hallinta ja työprosessien hallinta* olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Henkilöt jotka eivät olleet viimeisen vuodenaikana mukana haittatapahtumassa, arviot olivat yleisesti korkeammat kuin henkilöiden, jotka olivat olleet mukana läheltäpiti-/haittatapahtumissa. (Taulukko 13)



Taulukko 13. Osallisena läheltäpiti- tai haittatapahtumaan yhteys turvallisuus-kulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen.

	Osallisena läheltäpiti- tai haittatapahtumassa	n	Ka	Kh	p-arvo
Työn edell. hallinta	kyllä	76	3,69	0,876	<0,001
	en	174	4,14		
Osaamisen hallinta	kyllä	76	3,82	0,889	<0,001
	en	172	4,25	0,800	
Muutosten hallinta	kyllä	76	2,70	1,071	0,002
	en	170	3,15	1,094	
Turvallisuus johtaminen	kyllä	75	3,20	1,046	0,003
	en	173	3,64	0,960	
Vaarojen hallinta	kyllä	75	2,88	1,007	0,003
	en	170	3,32	0,937	
Turvallisuuden ennakoiva kehitt.	kyllä	75	3,10	0,977	0,004
	en	170	3,56	0,995	
Ulkopuolisten toimij. hallinta	kyllä	69	3,21	0,915	0,021
	en	147	3,56	0,969	
Työprosessien hallinta	kyllä	76	3,52	0,829	0,026
	en	173	3,77	0,828	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

### 5.2.2 Psykologiseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät

Tehdyt testit osoittivat, että taustamuuttujista *esimiestehtävä, palvelusvuodet, toimipiste* eikä *vahinkoilmoitusten tekemisellä* ollut yhteyttä psykologiseen ulottuvuuteen. Sen sijaan vastaajan *ikä, henkilöstöryhmä, nykyisessä tehtävässä toimiminen, terveyskeskuksen paikkakunta, vastuualue, potilaskontaktit* sekä *läheltäpiti-tilanteet* olivat yhteydessä vähintään yhteen psykologista ulottuvuutta kuvaavaan summamuuttujaan. (Taulukko 14)

Taulukko 14. Taustamuuttujien yhteys turvallisuuskulttuurin psykologisen ulottuvuuden summamuuttujiin.

	Hallinnan tunne	Vastuun tunne	Turvallisuus motivaatio	Valppaus
Ikä	NS	NS	<b>0,003</b>	NS
Henkilöstöryhmä	NS	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Esimies/ei esimies	NS	NS	NS	NS
Nykyisessä työssä	<b>0,011</b>	NS	NS	NS
Palvelusvuodet	NS	NS	NS	NS
Terveyskeskus	NS	NS	<b>0,005</b>	NS
Toimipisteiden määrä	NS	<b>0,005</b>	NS	NS
Pääasiallinen toimipiste	NS	NS	NS	NS
Potilaskontaktin luonne	NS	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,040</b>	<b>0,010</b>
Läheltäpiti/haittatapaht.	<b>0,023</b>	<b>0,012</b>	<b>0,019</b>	NS
Vahinkoilmoitus	NS	NS	NS	NS

NS = no significant/ei tilastollista yhteyttä  $p>0.05$

**Vastaajan ikä** oli yhteydessä turvallisuusmotivaatioon tilastollisesti merkitsevästi siten että, vastaajista iäkkäämmät, yli 55 vuotiaat arvioivat *turvallisuusmotivaation* kaikkein korkeimmaksi 36 - 45 vuotiaiden arviointien ollessa kaikkein alhaisimmat. Yleisesti arviot turvallisuusmotivaatiosta olivat hyvin positiivisia. (Taulukko 15).

Taulukko 15. Iän yhteys turvallisuusmotivaatioon.

	Vastaajan ikäluokka	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Turvallisuus motivaatio</b>	< 36 vuotta	52	5,26	0,710	0,003
	36 - 45 vuotta	52	5,05	0,785	
	46 - 55 vuotta	95	5,17	0,816	
	> 55 vuotta	56	5,56	0,554	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Henkilöstöryhmien** osalta psykologisessa ulottuvuudessa oli erittäin merkitsevät tilastolliset erot *valppauden* ja *henkilökohtaista vastuuntunnetta* kuvaaviin summamuuttujiin, myös *turvallisuusmotivaatio* oli merkitsevä. Sairaanhoitajat arvioivat *Henkilökohtaisen vastuuntunteen* korkeimmaksi ja terveydenhoitajat lähes yhtä korkeaksi. Lääkärit ja sairaanhoitajat arvioivat *valppauden* korkeimmaksi, myös muu hoitohenkilöstö arvioi sen korkealle. Toiminta- ja fysioterapeutit sekä sairaanhoitajat arvioivat *turvallisuusmotivaation* korkeimmaksi, myös hoitohenkilöstö ja huoltohenkilöstö arvioivat sen korkeaksi. Henkilöstöryhmien

suhtautuminen psykologisen ulottuvuuden summamuuttujiin oli yleisesti positiivista. (Taulukko 16).

Taulukko 16. Henkilöstöryhmien yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Henkilöstöryhmä	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Vastuuntunne</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	5,23	0,693	<0,001
	sairaanhoitajat	67	5,49	0,535	
	terveydenhoitajat	18	5,40	0,637	
	perushoitajat	54	5,07	0,655	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	5,23	0,624	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	21	4,58	0,956	
	huoltohenkilöstö	38	5,05	0,713	
<b>Valppaus</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	4,78	0,715	<0,001
	sairaanhoitajat	67	4,77	0,744	
	terveydenhoitajat	18	4,60	0,708	
	perushoitajat	54	4,57	0,937	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	4,38	0,721	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	20	3,47	1,211	
	huoltohenkilöstö	38	4,34	1,078	
<b>Turvallisuusmotivaatio</b>	lääkärit ja hammaslääkärit, tutkim.	27	5,14	0,645	0,017
	sairaanhoitajat	67	5,36	0,728	
	terveydenhoitajat	18	5,15	0,679	
	perushoitajat	54	5,31	0,708	
	toiminta- ja fysioter. rtg- ja lab.	30	5,39	0,769	
	hallinto- ja taloushenk. os.siht	20	4,65	0,882	
	huoltohenkilöstö	38	5,28	0,781	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Nykyisessä työssä** työskentelevistä *hallinnan tunne* oli tilastollisesti melkein merkitsevä. Alle neljä vuotta nykyisessä työssä työskennelleet arvioivat *hallinnan tunteen* korkeimmaksi ja 11 – 20 vuotta työskennelleet alhaisimmaksi. (Taulukko 17).

Taulukko 17. Nykyisessä työssä työskentelevien yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Nykyisessä työssä työskentely	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Hallinnan tunne</b>	< 4 vuotta	47	3,73	0,935	0,011
	4 – 10 vuotta	66	3,27	0,835	
	11 – 20 vuotta	58	3,23	0,904	
	> 20 vuotta	82	3,40	0,858	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Eri terveystieteiden osalta turvallisuus motivaatio**ssa oli merkittävät tilastolliset erot, mutta turvallisuusmotivaatio arvioitiin yleisesti melko korkeaksi. (Taulukko 18).

Taulukko 18. Eri terveystieteiden henkilökunnan turvallisuusmotivaation yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Terveystietokeskus, jossa työskentelet	n	Ka	Kh	p-arvo
Turvallisuusmotivaatio	Terveystietokeskus A	-	5,44	0,628	0,005
	Terveystietokeskus B	-	5,09	0,787	
	Terveystietokeskus C	-	5,21	0,813	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n (ei kuvattu tutkimuseettisistä syistä), summamuuttujien vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Samassa tai useammassa toimipisteessä** työskentelyn osalta *henkilökohtainen vastuuntunne* oli tilastollisesti merkitsevä. *Kahdessa tai useammassa toimipisteessä työskentelevien* arviot olivat korkeammat kuin *aina samassa toimipisteessä työskentelevien* arviot. Vaikka erot olivat tilastollisesti merkitsevät, niin molemmat vastaajaryhmät arvioivat summamuuttujan korkeaksi. (Taulukko 19).

Taulukko 19. Samassa tai useammassa toimipisteessä työskentelevien yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Samassa tai useammassa toimipisteessä työskentely	n	Ka	Kh	p-arvo
Henkilökohtainen vastuuntunne	samassa työpisteessä	160	5,11	0,717	0,005
	useammassa työpisteessä	92	5,35	0,649	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Työssään suoraan tekemisissä potilaiden kanssa** osalta *henkilökohtainen vastuuntunne* oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, *valppaus* oli merkitsevä ja *turvallisuusmotivaatio* melkein merkitsevä. Vastaajien, jotka olivat suoraan tekemisissä potilaiden kanssa, arviot olivat korkeammat kuin vastaajien, jotka eivät olleet suoraan tekemisissä potilaiden kanssa (taulukko 20.)

Taulukko 20. Potilaskontaktin luonteen yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Potilaskontaktin luonne	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Henkilökohtainen vastuun tunne</b>	olen suoraan tekemisissä	222	5,26	0,650	0,000
	en ole suoraan tekemisissä	32	4,72	0,845	
<b>Valppaus</b>	olen suoraan tekemisissä	222	4,58	0,850	0,019
	en ole suoraan tekemisissä	31	3,95	1,250	
<b>Turvallisuusmotivaatio</b>	olen suoraan tekemisissä	222	5,30	0,714	0,040
	en ole suoraan tekemisissä	31	4,92	0,953	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

**Oletko ollut viimeisen vuoden aikana osallisena potilaaseen kohdistuneessa läheltäpiti- tai haittatapaukseen** osalta taustamuuttajat *vastuuntunne*, *turvallisuusmotivaatio* ja *hallinnan tunne*, olivat melkein merkitseviä. Läheltäpiti- tai haittatapahtumassa mukana viimeisen vuodenaikana olleet, arvioivat korkeammiksi *henkilökohtaisen vastuun tunteen* ja *turvallisuusmotivaation* kuin vastaajat, jotka eivät olleet osallisena viimeisenvuoden aikana haittatapahtumassa. *Hallinnan tunteen* kuitenkin arvioivat korkeammiksi vastaajat, jotka eivät olleet osallisena viimeisen vuoden aikana haittatapahtumassa. (Taulukko 21).

Taulukko 21. Osallisena läheltäpiti- tai haittatapauksessa yhteys turvallisuuskulttuurin psykologiseen ulottuvuuteen.

	Osallisena läheltäpiti- tai haittatapahtumassa	n	Ka	Kh	p-arvo
<b>Henkilökohtainen vastuun tunne</b>	kyllä	77	5,34	0,684	0,012
	en	177	5,13	0,701	
<b>Turvallisuusmotivaatio</b>	kyllä	77	5,44	0,608	0,019
	en	176	5,16	0,800	
<b>Hallinnan tunne</b>	kyllä	77	3,23	0,944	0,023
	en	177	3,40	0,953	

Taulukossa vastaajien lukumäärä = n, ulottuvuuden vastausten keskiarvo = Ka, keskihajonta = Kh ja tilastollinen merkitsevyystaso = p.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyö on luonteeltaan kuvaileva kvantitatiivinen survey-tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia ja niiden välistä yhteyttä tilastollisten menetelmien avulla. Kvantitatiivinen lähestymistapa on suositeltavaa, kun halutaan kerätä tietoa suurelta kohderyhmältä. (Kankkunen ym. 2009, 41, 45.)

Kuvailevassa tutkimuksessa on oltava laaja aineisto, sillä tulosten luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyyden ovat tärkeitä (Heikkilä 2010, 14). Tässä opinnäytetyössä vastausaktiivisuus oli suhteellisen matala (27 %), joten tuloksia tulee yleistää varovasti. Syytä kyselyn alhaiseen vastausprosenttiin ei tiedetä.

Hoitotieteessä käytetty kvantitatiivinen tutkimus on yleensä survey-tutkimus, jota voidaan toteuttaa sekä kokonais- että otantatutkimuksena (Kankkunen ym. 2009, 42). Survey-tutkimuksessa kootaan tietyin kriteerein vastauksia standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään asioita täsmälleen samalla tavalla. Kerätyn aineiston avulla tutkija pyrkii kuvailemalla ja vertailemalla selvittämään määrättyjä tutkimusongelmia (Hirsjärvi ym. 2010, 134).

Survey-tutkimus suoritetaan valmiiksi laadituilla haastattelu- tai kyselytutkimuslomakkeilla (Kankkunen ym. 2009, 42), tutkimuksella pystytään keräämään laaja tutkimusaineisto, koska siihen voidaan saada paljon henkilöitä sekä kysyä monia asioita. Huolellisesti suunniteltu kyselylomake voidaan lähettää jopa yli tuhannelle henkilölle (Hirsjärvi ym. 2010, 195). Kysymysten järjestys ja sisältö on sama kaikille vastaajille strukturoiduissa kyselylomakkeissa. Se on tehokas kyselymuoto, koska se säästää tutkijan aikaa. Lisäksi aineisto on mahdollista saada nopeasti tallennetuksi, jonka jälkeen se voidaan analysoida tietokoneella. Aikataulu ja kustannukset pystytään kyselytutkimuksessa arvioimaan melko tarkasti. "(Ks. Hirsjärvi ym. 2000.)". On suositeltavaa ettei kyselylomake olisi liian laaja, sillä vastaamiseen ei saisi kulua yli 15 minuuttia. (Kankkunen ym. 2009, 88.)

## 6.1 Eettisyys

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa ja tutkimuksessa on noudatettava ehdoton eettisyyttä, se on tutkimuksen ydin hoitotieteessä, kuten myös muissa tieteenoaloissa (Kankkunen ym. 2010, 172).

Opinnäytetyön toteutuksessa on noudatettu yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Eettisyyden kannalta keskeistä on eri osapuolten oikeuksien suojaaminen tutkimuksen eri vaiheissa. (ETENE 2001.)

Ennen aineiston keruuta mittarin kehittäjältä VTT:n tutkija Elina Pietikäiseltä saatiin puhelimitse lupa mittarin käyttöön. Mittarin käytön ehtona oli, saatavan tutkimusaineiston luovuttaminen, jotta mittaria pystytään kehittämään edelleen. Aineiston keräämiseksi pyydettiin asianomaiset luvat Kaarinan, Loimaan ja Pöytyn terveyskeskuksista (liite 2). Saatekirjeestä (liite 3) käy ilmi, että kyselyyn vastaaminen oli henkilökunnalle täysin vapaaehtoista, ja siihen vastaaminen tarkoitti suostumusta osallistumisesta tutkimukseen. Tutkittavien tunnistaminen ei ollut mahdollista kyselylomakkeista eikä tuloksista. Tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan henkilökuntaa, ei potilaita. Tutkimuksesta ei aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia terveyskeskuksille. (Kosonen ym. 2011, 7.) Yksittäisten vastaajien erottuminen joukosta pyrittiin välttämään siten, että ennen analyysia ikäluokkien, henkilöstöryhmien ja työyksiköiden pienempiä luokkia yhdistettiin muihin ryhmiin anonymiteetin suojaamiseksi. Lisäksi anonymiteetin suojaamiseksi sukupuoli jätettiin analysoimatta, koska miesten osuus vastanneista oli vähäinen. Näin minimoitiin mahdollisuudet tunnistaa yksittäiset vastaajat.

## 6.2 Luotettavuus

Tutkimusaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat siihen käytetty mittari, aineiston keruu sekä, miten tutkimustulokset on käsitelty ja analysoitu. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä eli sitä, että se mittaa tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti sitä, mitä tutkimuksessa pitääkin mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. Mittarilla on tuotettava ei-sattumanvaraisia tuloksia, sitä voidaan testata mittaamalla tutkimusilmiötä eri aineistoissa samalla mittarilla. Samansuuntaisilla tuloksilla mittaria voidaan pitää reliaabelina. Koko tutkimuksen luotettavuuden perustana on mittarin sisältövaliditeetti. Mittarin on mitattava oikeata tutkimusilmiötä ja sen on oltava riittävän kattava, ettei mikään tutkimusilmiön osa-alue jää mittaamatta. (Kankkunen ym. 2010, 152, 153.)

Tässä kyselyssä käytettiin valmista mittaria, jota käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 2008 mitattaessa viiden eri organisaation henkilökunnan suhtautumista potilasturvallisuuskulttuuriin. Mittaria on sen jälkeen käytetty ja kehitetty edelleen, se sopii hyvin Suomen oloihin, koska se on kehitetty Suomessa. Tämän tutkimuksen luotettavuutta edisti valmiin mittarin käyttö. (THL 2011b.)

Summamuuttujat oli muodostettu TUKU-kyselyn mittaussmallissa, joten muuttujat yhdistettiin mallin mukaan. Yhdistetyt muuttujat tarkastettiin Cronbachin alfa-kertoimella, jolla selvitettiin mittaavatko muuttujat yhtenäisesti kyseisiä väittämiä, alfa-kertoimen oli oltava yhtä suuri kuin 0,7 tai suurempi (Ernvall ym. 2002, 158). Tehtyjen testien perusteella käytetyn mittarin reliabiliteetin voidaan sanoa olevan riittävä.

Kyselyyn **vastanneiden prosenttiosuus** jäi melko alhaiseksi (27 %), joten opinnäytetyön tulokset, eivät välttämättä kuvaa täysin todenperäisesti terveyskeskusten henkilökuntien mielipiteitä. Alhaisesta vastausprosentista huolimatta, aineisto oli melko suuri (N = 258) ja vahvistaa aineiston tilastollisten testien antamaa tulosta.

Aineiston käsittelyvaiheessa pienempiä luokkia yhdistettiin keskenään, jotta saatiin riittävän suuret luokat luotettavien tilastollisten **analyysien** tekemiseen. Lisäksi ennen tilastollisten analyysien tekemistä, testattiin summamuuttujien normaalijakauma Kolmogorov–Smirnov testillä, testin perusteella ne osoittautuivat osittain vinoiksi, joten päädyttiin ei-parametristen testien käyttöön (Heikkilä 2010, 235; Nummenmaa 2009, 143). Tilastollisten analyysien tekemisessä opinnäytetyön tekijä sai apua asiantuntijalta, joka auttoi häntä varmistamaan tulosten tulkinnan ja luotettavuuden.

Kontrollimuuttujien sekä avoimen kysymyksen analysoinnit olisivat nostaneet opinnäytetyön luotettavuutta. Muut tilastolliset testit on tehty perusteellisesti ja pyritty analysoimaan mahdollisimman tarkasti, mikä toisaalta korostaa työn luotettavuutta.



### 6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kolmen eri terveyskeskuksen, Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän, henkilöstön käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista. Aineisto kerättiin TUKU-mittarilla. TUKU-mittarissa potilasturvallisuutta tarkastellaan kahden eri ulottuvuuden avulla. *Psykologinen* ulottuvuus käsittelee työntekijän henkilökohtaista tuntemusta potilasturvallisuuskulttuuriin. *Organisatorinen* ulottuvuus puolestaan mittaa työntekijöiden tuntemuksia organisaation tuesta potilasturvallisuuden kehittämisessä ja sen ylläpitämisessä.

TUKU-mittarin aikaisempia versioita on käytetty selvitetessä potilaskulttuurin tilaa 2008 neljässä sairaanhoitopiirissä sekä yhdessä terveyskeskuksessa, jolloin Pietikäinen käytti TUKU-mittarin pilottiversiota. Lisäksi muita aikaisempia TUKU-mittarin versioita ovat käyttäneen mm. Pihkala 2010 työssään *Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa* ja Enberg 2011 työssään *Potilasturvallisuuskulttuuri Forssan Seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä*. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan vertailla vain osittain aikaisempiin aihetta käsitteleviin opinnäytetöihin, koska mittaria on kehitetty edellisten opinnäytetöiden jälkeen ja myös tulokset on kuvattu eri tavalla.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella terveyskeskuksen henkilöstön suhtautumisen potilasturvallisuuteen voidaan sanoa olevan pääasiassa positiivista. Arvioit psykologisesta turvallisuuskulttuurin ulottuvuudesta olivat jonkin verran organisatorista ulottuvuutta korkeammat. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tuloksen kanssa (Pihkala 2010, Enberg 2011).

#### 6.3.1 Henkilökunnan arvio organisatorisesta ulottuvuudesta

Organisatorisen ulottuvuuden osalta tulokset olivat osittain samansuuntaisia Enbergin (2011) tulosten kanssa. Tulosten vertailtavuutta kuitenkin haittaa mittarin ja sen käytön erilaisuus. *Osaamisen hallinta* arvioitiin niin tässä työssä kuin Enbergin (2011) työssä kaikista korkeimmaksi ja muutosten hallinta puolestaan alhaisimmaksi.

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että henkilökunnalla on hyvä mahdollisuus ammattitaidon kehittämiseen työn ohella sekä suhteellisen hyvin niin tietoa ja

välineitä kuin ohjeitakin työnsä tekemiseen. Sen sijaan henkilökuntaresurssit, uusien työntekijöiden ohjaaminen ja perehdyttäminen eivät välttämättä ole riittäviä. *Esimiesten* kanssa oli helppo keskustella henkilökuntaa huolestuttavista asioista, mutta myönteistä palautetta hyvin tehdystä työstä, toivottiin saatavan enemmän. Potilasturvallisuutta tukeviin *tiedonkulun ratkaisuihin* ja eri *ammattiryhmien väliseen tiedonkulkuun* oltiin tyytyväisiä, sen sijaan *terveyskeskuksen yksiköiden väliseen tiedonkulkuun* ja haluttiin parannusta. Tulokset ovat samansuuntaisia Pihkalan (2010) ja Enbergin (2011) opinnäytetöiden kanssa. Muutosten hallintaan haluttiin eniten parannuksia kuten Pietikäinen ym. (2008), Pihkalan (2010) ja Enbergin (2011) töidenkin mukaan.

Tämän kyselyn perusteella henkilökunta oli sitä mieltä, että organisaatiossa tehtäviä muutoksia ei välttämättä suunnitella hyvin eikä työntekijöiden mielipiteitä huomioida muutostilanteissa. Hoitohenkilökunta on kuitenkin koko ajan lähempänä potilasta/asiakasta, ja pystyisi siten omalla kokemuksellaan ohjaamaan myös hallinnon päätöksiä, jotka koskevat potilasturvallisuuskulttuuria. Ulkopuolisten työntekijöiden suhtautuminen potilasturvallisuuteen arvioitiin melko kriittisesti. Arvioon vaikuttanee vähäiset yhteiset työkontaktit ja se, etteivät kaikki kyselyyn osallistuneet mahdollisesti olleet tekemisissä ulkopuolisten työntekijöiden kanssa. Arviot ulkopuolisten työntekijöiden hallinnasta olivat samansuuntaisia Pietikäisen ym. (2008) kanssa.

### 6.3.2 Henkilökunnan arvio psykologisesta ulottuvuudesta

Psykologisen ulottuvuuden kannalta tulokset olivat samansuuntaisia kuin Pihkalan (2010) ja Enbergin (2011) työssä. Työpaikalla korostettiin erityisesti potilasturvallisuutta ja henkilökohtaisesti potilasturvallisuus oli tärkeä asia henkilökunnalle.

Psykologista ulottuvuutta mittaavista summamuuttujista erityisesti turvallisuusmotivaatio korostui. Henkilöstö koki potilasturvallisuuden henkilökohtaisesti tärkeäksi ja myös työtä ohjaavaksi arvoksi. Myös vastuuntunne korostui. *Henkilöstön avoimuus koskien potilaan tilaa* tai sitä, *miten hoidossa tulisi edetä* sekä *potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratekijöiden hahmottaminen* koettiin tärkeäksi.

Arviot viittaavat henkilökohtaisen kokonaisvastuuntunteen kokemiseen. Tuloksen perusteella voidaan olettaa, että lähtökohdat potilasturvallisuuden kehittämiseksi ovat tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa hyvät. Vaikka henkilökunta koki yleisesti hallitsevan työnsä suhteellisen hyvin, laski kiire yleistä hallinnan tunnetta. Henkilökunta koki myös, että heillä ei välttämättä ole mahdollisuuksia tehdä työtään niin hyvin kuin he haluaisivat. Tässä opinnäytetyössä henkilökunta ei kuitenkaan kokenut samassa määrin stressiä, mitä aikaisemmin on todettu (Enberg 2011).

Psykologista ulottuvuutta koskevista tuloksista kiinnitty huomio kohtalaiseen hallinnan tunteeseen. Verrattuna muihin ulottuvuutta mittaaviin tekijöihin, hallinnan tunne oli selkeästi matala. Tulos on merkittävä, sillä heikon hallinnan tunteen on todettu olevan uhka henkilöstön turvallisuusmotivaatiolle (Pietikäinen ym. 2008, 57). Tämän perusteella jatkossa tulisi kiinnittää huomiota hallinnan tunteeseen ja sen kehittämiseen.

### 6.3.3 Organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät

Tulosten perusteella, haittatapahtumissa mukana olleiden arviot organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä oleviin tekijöihin, olivat huomattavasti kriittisempiä kuin henkilöiden, jotka eivät ole olleet haittatapahtumassa mukana. Vaikuttaa siltä, että haittatapahtuma pysäyttää henkilön arvioimaan tarkemmin omaa työtään ja ympäristöään.

*Potilaskontaktissa* työskentelevien arviot organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä oleviin tekijöihin olivat kriittisemmät kuin henkilöiden, jotka eivät työskennelleet potilaskontaktissa. Potilaskontaktissa työskentelevien arviot muutosten hallinnasta, osaamisen hallinnasta ja turvallisuuden ennakoinnista kehittämiseksi olivat samansuuntaiset, mutta hieman positiivisemmat kuin haittatapahtumissa mukana olleiden arviot. Tulosten perusteella voitaneen päätellä, että potilaskontaktissa toimiminen ja haittatapahtumassa mukana oleminen edistää positiivista turvallisuuskulttuuria.

*Henkilöstöryhmien* osalta arviot vaihtelivat varsinkin muutosten hallinnassa ja työn edellytysten hallinnassa. Lääkärit arvioivat muutosten hallinnan muita positiivisemmin, kun taas muu hoitohenkilökunta suhtautui siihen erittäin kriittisesti. Muutosten hallintaan tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Työntekijöiden laajamittaisempi mielipiteiden ja käsitysten kuuleminen muutostilanteessa voisi edistää turvallisuuskulttuurin kehittämistä. Työn edellytysten hallinnassa henkilöstön arviot vaihtelivat myös melko paljon, sairaanhoitajat arvioivat sen muita kriittisimmin.

Esimiesasema korostui selvästi varsinkin esimiestuessa turvalliseen toimintaan ja muutosten hallinnassa, mitkä hoitohenkilökunta arvioi huomattavasti kriittisemmin. Esimiestuen osalta henkilökunta ja esimiehet olivat lähes täysin erimielisiä, (vaikka henkilökunta arvioi sen melko hyväksi). Muutoksen hallintaan henkilökunta suhtautui erittäin kriittisesti, eivätkä esimiestenkään arviot olleet hyviä, mutta arviot poikkesivat huomattavasti toisistaan. Olisi ehkä hyvä järjestää yhteisiä keskustelutilaisuuksia, joissa voidaan käsitellä asioita, jotka painavat mieltä, ja siten edistää potilasturvallisuutta. Pihkalan (2010) ja Enbergin (2011) tulokset olivat samansuuntaisia.

*Palvelusvuosien määrällä terveyskeskuksessa* muutoksen hallinnalla, turvallisuusjohtamisella ja ulkopuolisten toimijoiden hallinnalla oli yhteys organisatoriseen ulottuvuuteen. Tulosten perusteella oli mielenkiintoista, että lyhkäisimmän ajan ja pisimmän ajan työskennelleet vastasivat näihin kaikkiin summamuuttujiin positiivisimmin. Tulos on melko yllättävä. Kriittisimmin ulottuvuuden eri tekijöihin suhtautuivat 20 – 24 ja 25 – 30 vuotta työskennelleet, lukuun ottamatta ulkopuolisten toimijoiden hallintaa, johon 5 – 9 vuotta työskennelleet suhtautuivat kriittisimmin.

Kyselyyn osallistuneiden organisaatioiden arviot erosivat viiden organisatorista turvallisuuskulttuuria kuvaavan summamuuttujan kanssa toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Terveyskeskus C:n henkilökunta arvioi organisatorisen ulottuvuuden tekijät muita positiivisemmin, lukuun ottamatta esimiestuen merkitystä, jonka terveyskeskus B:n henkilökunta arvioi positiivisimmin. Terveyskeskus A:n henkilökunta suhtautui organisatorisen ulottuvuuden kaikkiin merkitseviin sum-

mamuuttujiin kriittisimmin. Terveyskeskusten arviot olivat kuitenkin samansuuntaisia siten, että samoja asioita arvioitiin kriittisimmin ja positiivisimmin eri terveyskeskuksissa, kuten Pietikäisen ym. (2008, 56, 57) tutkimuksessa. Kaikissa organisaatioissa suhtauduttiin kriittisimmin muutosten hallintaan ja osaamisen hallintaan suhtauduttiin kaikissa terveyskeskuksissa positiivisimmin.

Henkilöt, jotka *työskentelivät aina samassa toimipisteessä*, suhtautuivat huomattavasti positiivisemmin esimiestuen merkitykseen kuin henkilöt, jotka *työskentelivät useammassa työpisteessä*. Tämä viittaisi siihen, että samassa toimipisteessä työskentelevät oppivat tuntemaan paremmin esimiehensä, ja siten heidän kanssaan on helpompi keskustella eri työhön liittyvistä ongelmista.

Toimipiste/vastuualueen arviot hajosivat melko paljon kolmen organisatoriseen ulottuvuuteen yhteydessä olleen tekijän kesken. Työn edellytysten hallinnan osalta arviot olivat erittäin merkitseviä. Henkilöt, jotka työskentelivät neuvola ja erityispalveluissa sekä hammashuollossa, suhtautuivat muita positiivisemmin tähän summamuuttuun, kotihoidon ym. ja vuodeosaston henkilöstön suhtautuminen oli huomattavasti kriittisempää. Neuvola ja erityispalveluiden henkilökunta arvioi työprosessien hallinnan kaikkein positiivisimmin, muiden toimipisteiden arvioiden ollessa huomattavasti kriittisimpiä ja lähes samantasoisia keskenään. Esimiestuen merkitykseen positiivisimmin suhtautui yleishallinto/muu henkilöstö, muiden toimipisteiden suhtautuminen oli huomattavasti kriittisempää, varsinkin vuodeosaston ja hammashuollon. Yleisesti toimipisteiden arviot olivat melko positiivisia. Esimiestuen merkitys arvioitiin kuitenkin selvästi muita alhaisemmaksi.

#### 6.3.4 Psykologiseen ulottuvuuteen yhteydessä olevat tekijät

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että suorat potilas- tai asiakaskontaktit lisäävät positiivista suhtautumista turvallisuuskulttuuriin. Potilaiden tai asiakkaiden kanssa työskenteleminen vaikuttaisi lisäävän erityisesti työntekijöiden henkilökohtaista vastuuntunnetta, turvallisuusmotivaatiota sekä valppautta. Tulokset ovat samansuuntaisia Pihkalan (2010) ja Enbergin (2011) tulosten kanssa. Tuloksen perusteella voidaan todeta, että työntekijät, jotka työskentelevät suo-

raan potilaiden tai asiakkaiden kanssa, kantavat myös enemmän vastuuta potilasturvallisuudesta kuin työntekijät, jotka eivät ole suoraan tekemisissä potilaiden kanssa. Reiman ym. viittaavat tutkimuksessaan alakulttuureihin, jolla he tarkoittavat sitä, että ne eroavat toisistaan siten, miten työntekijät kokevat oman roolinsa ja perustehtävänsä yrityksessä (Reiman ym. 2008, 11). Esimerkiksi sairaalan hallintopuoli ei välttämättä pidä potilasturvallisuuskulttuuria samalla tavalla tärkeänä kuin hoitohenkilökunta.

Tulosten perusteella oli mielenkiintoista todeta, että iäkkäimmät, yli 55 vuotiaat arvioivat *turvallisuusmotivaation* korkeimmaksi, mikä ei tue ehdotusta iäkkäiden työntekijöiden palkan laskusta. Lisäksi pitää ottaa huomioon myös huoltohenkilöstön korkea arvio *turvallisuusmotivaatiosta*, mikä osoittaa heidän positiivista suhtautumista potilasturvallisuuskulttuuriin.

Tulokset antavat aiheen myös olettaa, että henkilökohtainen vastuuntunne sekä turvallisuusmotivaatio edistävät haitta- tai läheltäpiti tapahtumien tunnistamista. Turvallisuuskulttuurin kehittämisen kannalta tulisikin kiinnittää huomioita tekijöihin, jotka edistävät vastuun kehittymistä ja motivoivat turvalliseen toimintaan.

*Henkilökohtaisen vastuuntunteen ja valppauden* arvioivat korkeimmiksi henkilöt, jotka työskentelivät potilaskontaktissa. Henkilöstöryhmistä lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat antoivat korkeimmat arviot näistä summamuuttujista, lähes samoin kuin Enbergin (2011) työssä. Tulokset viittaavat siihen, että henkilöt, jotka työskentelevät potilaiden kanssa, tuntevat enemmän vastuuta potilaista, koska he joutuvat keskittymään pääasiassa potilaan hoitoon liittyviin asioihin.

Kuten Pietikäisen ym. (2008) tutkimuksessa, myös nyt tehdyn selvityksen mukaan myös organisaatiolla on merkitystä turvallisuuskulttuuriin. Tässä opinnäytetyössä erityisesti turvallisuusmotivaatio vaihteli eri organisaatioiden välillä merkitsevästi. Turvallisuusmotivaatioon suhtautuminen oli kaikkiaan kuitenkin positiivista. Terveyskeskus A:n henkilökunta arvioi turvallisuusmotivaation muita positiivisemmin.

Vaikuttaisi myös siltä, että työskenteleminen useammassa työpisteessä lisäisi työntekijän vastuuntunnetta. Tulos on mielenkiintoinen ja antaa aiheen pohtia

työkierron merkitystä potilasturvallisuuden kannalta. Työkierto lisää hyvien käytäntöjen levittämistä, jolla voi olla myös positiivinen vaikutus turvallisuuskulttuuriin.

Alle neljä vuotta ja yli 20 vuotta nykyisessä työssään olleet arvioivat hallinnan tunteen positiivisimmin, mutta hekin suhtautuivat siihen melko kriittisesti verrattuna muihin psykologisen ulottuvuuden summamuuttujiin. Yleisesti hallinnan tunteeseen suhtauduttiin psykologisen ulottuvuuden summamuuttujista kaikkein kriittisimmin.

#### 6.4 Kehittämisehdotukset

Tehdyn opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan suositella seuraavia toimenpiteitä potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi: 1) muutosten hallintaan tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, 2) potilasturvallisuuskulttuurin kannalta tehtyä hyvää työtä tulisi tukea ja siitä tulisi saada palautetta ja 3) työntekijöille tulisi luoda edellytykset tehdä työnsä mahdollisimman hyvin.

## LÄHTEET

- Asetus 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. [Viitattu 6.2.2013].  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110341>
- Draft of 24 August 2006. Work underway and results of the work in 2006. Patient safety. [Viitattu 22.2.2013] [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_systems/docs/ev\\_20060914\\_rd03\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/ev_20060914_rd03_en.pdf)
- Enberg, S. 2011. Potilasturvakulttuuri Forssan Seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto, opinnäytetyö. Visamäki: Hämeen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 6.10.2012].  
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30722/Sanna%20Enberg.pdf?sequence=1>
- Erkko, P., Kosonen L. & Takaeilola M. 2011. Tutkimussuunnitelma. Potilasturvakulttuurin arviointi Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän terveyskeskuksissa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H.-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Helsinki: WSOY.
- ETENE 2001. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE/Lääketeollinen tutkimuseettinen jaosto. [Viitattu 6.11.2012].  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=18753&name=DLFE-680.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=18753&name=DLFE-680.pdf)
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Koivuranta-Vaara Päivi (toim.). Terveydenhuollon laatuopas 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Suomen Kuntaliitto 2011. [Viitattu 15.2.2013]  
[http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597)
- Kosonen L., Erkko, P. & Salakari M. 2011, Projektisuunnitelma, Potilasturvallisuudella laatua -hanke, 2011. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 20.3.2012].  
<https://optima.turkuamk.fi/learning/id10/bin/user>
- Laki 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. [Viitattu 6.2.2013].  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. (1. p. uud. laitos). Helsinki Tammi.
- Pietikäinen, E. 2009. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi, Tutkija, PsM. [Viitattu 6.11.2012].  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22703ef5-8114-49c0-89d1-e37839704ef4>
- Pietikäinen E.; Reiman T. & Oedewald P., Espoo 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT tiedotteita 2456. [Viitattu 6.11.2012].  
<http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>
- Pihkala, L. 2010, Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa, Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto, opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. [Viitattu 24.3.2012].  
<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25372/Pihkala%20Lea.pdf?sequence=1>
- Reiman, R., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. Espoo 2008 Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT tiedotteita 700. [Viitattu 17.11.2012]. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>



Snellman, E. 29 – 40. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toimituskunta Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Kustantaja: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki. Suomen Graafiset palvelut Oy, 2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 – 2013. 2. korjattu painos. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Yliopistopaino, Helsinki 2009. [Viitattu 2.11.2012].

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:4. STM Helsinki 2008. [Viitattu 6.11.2012].

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten\\_potilasturvallisuutta\\_edistetaan\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten_potilasturvallisuutta_edistetaan_fi.pdf)

THL 2011a - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Mitä on potilasturvallisuus? [Viitattu 5.11.2012].

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

THL 2011b - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Potilasturvallisuutta taidolla. [Viitattu 6.11.2012].

[http://potilasturvallisuus.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/tuku-kysely](http://potilasturvallisuus.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/tuku-kysely)

THL 2011c - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Potilasturvallisuutta taidolla, Kansainvälisen yhteistyön taustaa [Viitattu 6.11.2012]. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvalinen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvalinen)

THL 2012d - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. [Viitattu 5.3.2012]. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [Viitattu 2.11.2012].

[http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/Hyva\\_Tieteellinen\\_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf)

Winterbottom AE, Jha V, Melville C, Corrado O, Symons J, Torgerson D, Watt I & Wright J 2010 Source BMC medical education, a randomised controlled trial of patient led training in medical education: Protocol. The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) 2011 Issue 4 Copyright © 2011 the Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. US: [Viitattu 6.11.2012] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/central/2011/00779384>

Working document. Final version 9 September 2011. Krakow Statement on Education in Quality Care and Patient Safety. [Viitattu 17.11.2012].

[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ev\\_20111121\\_co04\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20111121_co04_en.pdf)

## ***Tuku-turvallisuuskulttuurikysely***

### **Käyttötarkoitus**

Työkalun tarkoitus on organisaation potilasturvallisuuskulttuurin arviointi.

### **Lyhyt kuvaus**

Kyselyssä on 66 henkilöstön omaa työtä, potilasturvallisuutta ja organisaation toimintaa koskevaa väittämää, yksi avoin kysymys sekä vastaajan taustatietoja koskevia kysymyksiä. Vastajat arvioivat väittämien paikkansapitävyyttä asteikolla 1 (ei lainkaan) – 6 (erittäin hyvin). Kysely on tarkoitettu käytettäväksi joko yhdessä muiden turvallisuuskulttuurin arviointimenetelmien kuten haastatteluiden kanssa tai yksinään antamaan yleiskuvan potilasturvallisuuskulttuurin tasosta. Kysymykset perustuvat alla mainituissa lähteissä esitettyyn turvallisuuskulttuuri-teoriaan.

### **Keskeiset materiaalit, liitteet ja linkit**

- ▣ Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2010). Multilayered approach to patient safety culture. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 1-5 doi:10.1136/qshc.2008.029793.
- ▣ Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2011). The Finnish patient safety culture survey TUKU – development and validation. In *Proceedings of the International Conference on Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety 2011 (HEPS)*, Oviedo, Spain 22-24 June 2011.
- ▣ Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. (2008). Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita 2456. VTT: Espoo.

**Käyttöönoton huomioita** Kyselymenetelmien analysointi- ja käyttökokemus on tarpeen, jotta kyselystä saadaan täysi hyöty toiminnan kehittämiseen. TUKU-kyselyä on testattu sairaalaympäristössä, joten joitakin väittämiä voidaan joutua muokkaamaan muunlaisissa toimintaympäristöissä käytettäessä.

### **Alkuperäiset kehittäjät**

TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyn on kehittänyt Suomessa. Teknologian tutkimuskeskus VTT.

### **Suomen oloihin muokkaus**

Työkalu on kehitetty Suomessa, joten sen muokkaus Suomen olosuhteisiin ei ole tarpeen.

### **Kustannukset**

Työkalu on ilmainen.

### **Ota käyttöön**

Työkalun voi hankkia VTT:ltä tai sähköisenä versiona Awanic Oy:sta.

### **Suosittelijat**

Vaasan keskussairaala (marina.kinnunen(at)vshp.fi), Tampereen yliopistollinen keskussairaala (ritva.inkinen(at)pshp.fi), Turun yliopistollinen keskussairaala (karolina.peltomaa(at)tyks.fi)

### **Lisätietoa ja käyttöohjeita**

Elina Pietikäinen elina.pietikainen(at)vtt.fi, Teemu Reiman teemu.reiman(at)vtt.fi

Tutkimuslupa-anomus  
Päivi Erkkö  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8.  
20720 Turku  
puh. 040 3550406  
paivi.erkko@turkuamk.fi

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS  
13.10.2011

Liisa Kosonen  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8.  
20720 Turku  
puh. 044 9075459  
liisa.kosonen@turkuamk.fi

Mervi Takaeilola  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8.  
20720 Turku  
puh. 050 5985537  
mervi.takaeilola@turkuamk.fi

#### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Työskentelemme lehtoreina Turun ammattikorkeakoulun terveystieteen aikuiskoulutuksessa. Teemme Potilasturvallisuudella laatua – hankkeessa potilasturvallisuuskulttuurin kartoituksen Kaarinan, Pöytyän ja Loimaan terveyskeskuksissa. Pyydämme kohteliaimmin tutkimuslupaa kahteen potilasturvallisuuskulttuuria kartoittavaan kyselyyn. Ensimmäinen kysely toteutetaan marraskuussa 2011 ja toinen lokakuussa 2012. Aineistot tullaan keräämään sähköisesti strukturoidulla kyselylomakkeella. Tulemme käsittelemään ja raportoimaan aineiston luotettavasti ja rehellisesti tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen.

Ensimmäisen kyselyn alustavat tulokset esitellään Potilasturvallisuudella laatua – hankkeen seminaarissa keväällä 2012. Lopulliset tulokset valmistuvat vuoden 2012 loppuun mennessä.

Turussa 13.10.2011

Päivi Erkkö

Liisa Kosonen

Mervi Takaeilola

Saatekirje osallistujille

## WEBROPOL-KYSELYN SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja!

Pyydämme sinua kohteliaimmin osallistumaan oheisesta linkistä löytyvään kyselyyn, jolla selvitetään terveyskeskuksen henkilökunnan näkemystä potilasturvallisuuskulttuurista. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta työtehtäviisi. Vastaajia ei ole mahdollista tunnistaa kyselylomakkeen perusteella, eikä yksittäisiä henkilöitä ole mahdollista tunnistaa tutkimuksen tuloksista.

Tutkimuksen tulokset voit nähdä tutkimuksen valmistuttua potilasturvallisuushankkeen raportista. Kysely liittyy Kaarinan, Loimaan ja Pöytyän terveyskeskuksissa meneillään olevaan Potilasturvallisuudella laatua – hankkeeseen.

Terveisin

Päivi Erkko

Liisa Kosonen

Mervi Takaeilola

Lisätietoja:

Liisa Kosonen

Projektipäällikkö

Turun ammattikorkeakoulu

Terveysala

liisa.kosonen@turkuamk.fi

044 9075459

## Summamuuttujien sisältämät muuttujat

### Organisatorisen ulottuvuuden yhdistetyt summamuuttujat

<b>TYÖN EDELLYTYSTEN HALLINTA</b>
1 Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden / asiakkaiden hyvän hoidon takaamiseksi
2 Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla
3 Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa
5 Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi
17 Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden / asiakkaiden hyvän hoidon takaamiseksi
<b>TYÖPROSESSIEN HALLINTA</b>
7 Terveyskeskuksen yksiköiden välinen tiedonkulku on riittävää
4 Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta
8 Sellaisissa töissä, joihin osallistuu useampi yksikkö, töiden koordinointi on toimivaa
9 Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä
6 Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa terveyskeskuksessamme
<b>TURVALLISUUSJOHTAMINEN</b>
10 Terveyskeskuksessa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi
11 Terveyskeskuksen johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo
12 Terveyskeskuksen johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti
13 Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin terveyskeskuksen sisäisessä viestinnässä
18 Johto pyrkii varmistamaan, että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet
<b>ESIMIESTUKI TURVALLISELLE TOIMINNALLE</b>
14 Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät, että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin
15 Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi
16 Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa
Taulukko jatkuu

.jatkuu
<b>TURVALLISUUDEN ENNAKOIVA KEHITTÄMINEN</b>
19 Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoinniseksi
20 Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla
21 Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta terveyskeskuksessamme
26 Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti terveyskeskuksessamme
27 Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi
<b>VAAROJEN HALLINTA</b>
28 Käyttämämme potilas / asiakashaittatapahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus jne.) ovat toimivia
29 Terveyskeskuksessamme varmistetaan, että henkilöstö on työkykyistä
35 Terveyskeskuksessamme on varajärjestelmiä (työvälineet, resurssit, varamiehet) yllättävien tilanteiden hoitamiseksi
36 Terveyskeskuksessamme on potilasturvallisuutta edistäviä laadunhallinta- ja valvontamenetelmiä
<b>OSAAMISEN HALLINTA</b>
22 Terveyskeskuksessamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin
23 Terveyskeskuksessamme huolehditaan siitä, että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista
24 Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi terveyskeskuksessamme
25 Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella
<b>MUUTOSTEN HALLINTA</b>
30 Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin
31 Terveyskeskuksessamme muutokset toteutetaan hyvin
32 Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteessa
33 Terveyskeskuksen johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää
34 Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti
<b>ULKOPUOLISTEN TOIMIJOIDEN HALLINTA</b>
37 Terveyskeskuksessa työskentelevät vuokratyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät, miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen
38 Terveyskeskuksessa työskentelevät vuokratyöntekijät ovat päteviä
39 Yhteistyö terveyskeskuksen oman henkilökunnan ja vuokratyöntekijöiden (mm. keikkalääkärit) välillä on toimivaa

## Psykologisen ulottuvuuden yhdistetyt summamuuttujat

<b>HALLINNAN TUNNE</b>
3 Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti
4 Minulla on liikaa töitä
5 Joudun usein kiirehtimään työssäni
6 Työtehtäväni ovat liian vaativia
7 Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa
<b>HENKILÖKOHTAINEN VASTUUNTUNNE</b>
8 Koen henkilökohtaista vastuuta potilaidemme / asiakkaidemme voinnista
2 Koen henkilökohtaista vastuuta työni kokonaislaadusta
9 Minua vaivaa, jos potilaat / asiakkaat eivät voi hyvin
10 Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin / asiakkaisiin
<b>TURVALLISUUSMOTIVAATIO</b>
11 Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo
12 Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi
13 Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia
<b>VALPPAUS</b>
15 Pysin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuden liittyviä vaaratekijöitä
16 Mietin töitä tehdessäni varautumismahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin
17 Pysin olemaan avoin erilaisille tulkinnolle ja vasta argumenteille (esim. koskien potilaan / asiakkaan tilaa ja sitä, miten potilaan / asiakkaan hoidossa tulisi edetä)
18 Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. potilaan / asiakkaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoimenpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa, joka haastaa tulkintojani

**Kolmogorov-Smirnovin testi**

<b>Summamuuttujat</b>	<b>Sig. – arvo</b>
Hallinnan tunne	0,183
Henkilökohtainen vastuun-	0,000
Turvallisuusmotivaatio	0,000
Valppaus	0,000
Työn edellytysten hallinta	0,073
Työprosessien hallinta	0,157
Turvallisuusjohtaminen	0,353
Esimiestuki turvalliselle	0,121
Turvallisuuden ennakoiva	0,382
Vaarojen hallinta	0,020
Osaamisen hallinta	0,010
Muutosten hallinta	0,062
Ulkopuolisten toimijoiden	0,016

Muuttujan jakauma vino Sig. – arvo alle 0,05



## Turvallisuuskulttuurin organisatorisen ulottuvuuden muuttujien tunnusluvut summamuuttujittain

	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %		N	ka	md	mo	kh
<b>Työn edellytysten hallinta</b>												
Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	0	2	11	34	38	15		251	4,52	5,00	5	0,96
Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden / asiakkaiden hyvän hoidon takaamiseksi	1	3	13	34	35	15		248	4,42	4,00	5	1,05
Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa	1	5	17	30	36	11		248	4,29	4,00	5	1,09
Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden / asiakkaiden hyvän hoidon takaamiseksi	5	16	19	23	25	12		248	3,84	4,00	5	1,41
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	15	27	20	21	13	4		248	2,99	3,00	2	1,39
<b>Työprosessien hallinta</b>												
Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	2	5	18	33	28	15		246	4,24	4,00	4	1,16
Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa terveyskeskuksessamme	1	8	24	32	27	8		241	3,99	4,00	4	1,12
Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä	2	11	33	39	13	2		243	3,55	4,00	4	0,98
Sellaisissa töissä, joihin osallistuu useampi yksikkö, töiden koordinointi on toimivaa	3	15	36	31	14	1		239	3,42	3,00	3	1,04
Terveyskeskuksen yksiköiden välinen tiedonkulku on riittävä	3	25	31	27	13	1		245	3,25	3,00	3	1,10
<b>Turvallisuusjohtaminen</b>												
Terveyskeskuksen johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	4	14	23	36	17	7		241	3,68	4,00	4	1,22
Terveyskeskuksessa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	6	14	25	31	22	3		237	3,58	4,00	4	1,22
Terveyskeskuksen johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	5	14	26	34	16	5		241	3,57	4,00	4	1,19
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin terveyskeskuksen sisäisessä viestinnässä	4	17	30	28	16	4		238	3,47	3,00	3	1,20
Johto pyrkii varmistamaan, että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet	8	22	27	26	13	4		243	3,26	3,00	3	1,27
<b>Esimiestuki turvalliselle toiminnalle</b>												
Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	5	10	14	22	32	18		250	4,21	4,50	5	1,40
Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	3	11	25	33	20	9		246	3,81	4,00	4	1,22
Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät, että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	18	22	22	25	9	4		245	2,99	3,00	4	1,40
<b>Turvallisuuden ennakoinnin kehittäminen</b>												
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta terveyskeskuksessamme	3	12	25	36	18	5		240	3,71	4,00	4	1,15
Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoinniseksi	6	16	28	33	14	2		242	3,41	3,50	4	1,17
Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti terveyskeskuksessamme	6	19	31	28	12	4		234	3,34	3,00	3	1,21
Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi	8	16	30	33	11	2		242	3,29	3,00	4	1,17
Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla	5	21	31	32	10	2		239	3,26	3,00	4	1,10

1=ei lainkaan 6=erittäin hyvin, N = lukumäärä, ka = keskiarvo, md = mediaani, mo = moodi, kh = keskihajonta

Jatkuu

	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %		N	ka	md	mo	kh
<b>Vaarojen hallinta</b>												
Terveyskeskuksessamme varmistetaan, että henkilöstö on työkykyistä	6	16	27	25	21	5		239	3,51	4,00	3	1,28
Käyttämämme potilas / asiakashaittatapahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus jne.) ovat toimivia	7	21	28	28	13	2		236	3,25	3,00	4	1,20
Terveyskeskuksessamme on potilasturvallisuutta edistäviä laadunhallinta- ja valvontamenetelmiä	6	24	27	31	12	0		232	3,19	3,00	4	1,10
Terveyskeskuksessamme on varajärjestelmiä (työvälineet, resurssit, varamiehet) yllätyksellisten tilanteiden hoitamiseksi	12	33	23	25	6	0		236	2,81	3,00	2	1,16
<b>Osaamisen hallinta</b>												
Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	1	4	9	27	40	19		248	4,56	5,00	5	1,10
Terveyskeskuksessamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	1	6	14	32	42	6		243	4,25	4,00	5	1,02
Terveyskeskuksessamme huolehditaan siitä, että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	1	6	18	32	37	5		241	4,16	4,00	5	1,03
Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi terveyskeskuksessamme	5	17	26	30	18	6		243	3,56	4,00	4	1,25
<b>Muutosten hallinta</b>												
Terveyskeskuksessamme muutokset toteutetaan hyvin	9	25	29	27	8	3		238	3,08	3,00	3	1,19
Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti	6	31	30	23	9	2		239	3,05	3,00	2	1,15
Terveyskeskuksen johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää	13	23	27	26	10	1		239	3,03	3,00	3	1,24
Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin	14	24	27	24	10	2		243	2,97	3,00	3	1,26
Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteessa	12	28	26	22	10	2		246	2,95	3,00	2	1,25
<b>Ulkopuolisten toimijoiden hallinta</b>												
Terveyskeskuksessa työskentelevät vuokratyöntekijät ovat päteviä	4	11	31	32	18	3		211	3,57	4,00	4	1,13
Yhteistyö terveyskeskuksen oman henkilökunnan ja vuokratyöntekijöiden (mm. keikkalääkärit) välillä on toimivaa	2	12	33	35	15	2		209	3,54	4,00	4	1,03
Terveyskeskuksessa työskentelevät vuokratyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät, miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen	4	24	30	28	13	1		209	3,25	3,00	3	1,12

1=ei lainkaan 6=erittäin hyvin, N = lukumäärä, ka = keskiarvo, md = mediaani, mo = moodi, kh = keskihajonta

## Turvallisuuskulttuurin psykologisen ulottuvuuden muuttujien tunnusluvut summamuuttujittain

	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %		N	ka	md	mo	kh
<b>Hallinnan tunne</b>												
Työtehtäväni eivät ole liian vaativia	1	6	13	23	36	21		255	4,50	5,00	5	1,18
Työni ei ole kokonaisuudessaan stressaavaa	7	17	29	24	19	5		255	3,44	3,00	3	1,29
Minulla ei ole liikaa töitä	10	17	34	21	14	4		254	3,23	3,00	3	1,28
Minulla on aina mahdollisuus tehdä työni riittävästi hyvin	9	32	29	11	13	6		253	3,04	3,00	2	1,35
En joudu kiirehtimään työssäni	12	34	33	12	8	1		256	2,75	3,00	2	1,14
<b>Henkilökohtainen vastuuntunne</b>												
Koen henkilökohtaista kokonaisvastuuta	0	0	2	4	23	71		256	5,63	6,00	6	0,67
Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin	0	0	2	10	32	56		255	5,43	6,00	6	0,74
Koen henkilökohtaista vastuuta potilaittemme voinnista	1	4	8	15	33	39		255	4,93	5,00	6	1,16
Minua vaivaa, jos potilaat eivät voi hyvin	1	2	9	22	37	29		255	4,79	5,00	5	1,09
<b>Turvallisuusmotivaatio</b>												
Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia	0	0	4	12	30	54		251	5,35	6,00	6	0,83
Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi	0	1	2	13	36	48		254	5,29	5,00	6	0,84
Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	1	1	5	14	37	42		252	5,11	5,00	6	0,99
<b>Valppaus</b>												
Pyrin olemaan avoin erilaisille tulkinnoille ja vasta argumenteille (esim. koskien potilaan / asiakkaan tilaa ja sitä, miten potilaan / asiakkaan hoidossa tulisi edetä)	1	4	6	22	41	25		252	4,75	5,00	5	1,09
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä	0	4	9	24	41	22		252	4,69	5,00	5	1,04
Mietin töitä tehdessäni varautumismahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin	2	9	11	22	43	13		253	4,34	5,00	5	1,24
Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. potilaan / asiakkaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoimenpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa, joka haastaa tulkintojani	2	6	14	35	34	10		249	4,25	4,00	4	1,10

1=ei lainkaan 6=erittäin hyvin, N = lukumäärä, ka = keskiarvo, md = mediaani, mo = moodi, kh = keskihajonta