



Elina Pietikäinen, Teemu Reiman & Pia Oedewald

Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa

Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa

Elina Pietikäinen, Teemu Reiman & Pia Oedewald

ISBN 978-951-38-7252-6 (nid.)
ISSN 1235-0605 (nid.)

ISBN 978-951-38-7253-3 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)
ISSN 1455-0865 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

Copyright © VTT 2008

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

VTT, Vuorimiehentie 5, PL 1000, 02044 VTT
puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 7001

VTT, Bergsmansvägen 5, PB 1000, 02044 VTT
tel. växel 020 722 111, fax 020 722 7001

VTT Technical Research Centre of Finland, Vuorimiehentie 5, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 7001

Kansikuva Ari Andersin, Vastavalo.fi

Toimitus Anni Repo

Edita Prima Oy, Helsinki 2008

Pietikäinen, Elina, Reiman, Teemu & Oedewald, Pia. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Espoo 2008. VTT Tiedotteita – Research Notes 2456. 70 s. + liitt. 6 s.

Avainsanat organizational culture, safety culture, organizational development, models, evaluation, patient safety, health care, safety-critical organizations, hospitals, hospital districts

Tiivistelmä

VTT:n toteuttamassa TUKU-projektissa luotiin suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely. Tätä menettelyä pilotoitiin viidessä organisaatiossa. Samalla saatiin suuntaa antavaa tietoa suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurista. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että korkeatasoisen potilasturvallisuuskulttuurin saavuttamisessa on merkittäviä yhteisiä haasteita. Terveydenhuolto-organisaatioissa potilasturvallisuus liitetään usein yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen toiminnan onnistumiseen tai se sekoittuu potilaiden turvallisuudentunteeseen. Potilasturvallisuus liitetään myös voimakkaasti haattatapahtumiin eli turvallisuus määritellään negatiivisen kautta. Tulevaisuuden haasteena voidaan pitää turvallisuusajattelun laajentamista organisaation kokonaistoimintaa systemisesti, ennakoivasti ja positiivissävytteisesti tarkastelevaksi.

Julkaisussa esitetään, että turvallisuuskulttuurin kehittäminen terveydenhuollossa edellyttää *organisaation* toiminnan kehittämistä. Kehittämistyön tueksi julkaisussa esitetään malli turvallisuuskulttuurista, sen arviointimenettelystä ja kehittämisestä. Turvallisuuskulttuuriajattelua voi hyödyntää niin potilasturvallisuuden kuin henkilöstön turvallisuudenkin arvioinnissa ja kehittämisessä. Tässä julkaisussa paino on potilasturvallisuudella.

Turvallisuuskulttuuria tarkastellaan organisaatiossa vallitsevana *kykynä ja tahtona ymmärtää*, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä *kykynä ja tahtona toimia* turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on kysymys siitä, että organisaation jäsenten keskuudessa turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systemiseksi ominaisuudeksi. Tärkeää on vaikutusmahdollisuuden ja vastuun kokeminen turvallisuuden kehittämisessä ja perustyön hallinta.

Turvallisuuskulttuuri ei ole yksilöiden ominaisuus, vaan se on ilmiö, joka koostuu organisatorisista prosesseista, sosiaalisista prosesseista ja niistä juontavista henkilöstön psykologisista kokemuksista. Näistä kolmesta elementistä muodostuu organisaation tila – turvallisuuskulttuuri. Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä avainasemassa on organisaatioiden toimintaprosessien kehittäminen.

Alkusanat

Tämän julkaisun valmistumista rahoittivat Työsuojelurahasto ja VTT. Julkaisu syntyi yhteistyössä viiden suomalaisen terveydenhuolto-organisaation kanssa. Nämä organisaatiot olivat Vaasan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Jyväskylän terveystieteiden keskuslaitos. Haluamme kiittää näitä organisaatioita hedelmällisestä yhteistyöstä.

Tekijät

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	3
Alkusanat.....	4
1. Johdanto.....	6
2. Terveydenhuolto-organisaatioiden kokonaistoiminta.....	9
2.1 Terveydenhuolto-organisaatiot ja niiden osajärjestelmät.....	9
2.2 Terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnan moninaiset tavoitteet.....	13
3. Terveydenhuolto-organisaatioiden arviointi ja kehittäminen.....	18
4. Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuus ja vaarat.....	21
5. Turvallisuuskulttuuri.....	24
5.1 Turvallisuuskulttuurikäsitteen taustaa.....	24
5.2 Turvallisuuskulttuurin määritelmä.....	25
5.3 Turvallisuuskulttuurin kolme tarkastelutasoa.....	26
5.3.1 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet.....	27
5.3.2 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet.....	31
5.3.3 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset prosessit.....	34
5.4 Turvallisuuskulttuurin arviointi.....	36
5.5 Turvallisuuskulttuurin kehittäminen.....	40
6. Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuuri TUKU-projektin tulosten perusteella.....	43
6.1 Turvallisuuskulttuuriarvioinnin toteutus TUKU-projektissa.....	43
6.2 Organisatoriset ulottuvuudet TUKU-projektin perusteella.....	45
6.3 Psykologiset ulottuvuudet TUKU-projektin tulosten perusteella.....	50
6.4 Sosiaaliset prosessit TUKU-projektin kokemusten perusteella.....	54
6.5 Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuudet ja haasteet ja turvallisuuskulttuurin kehittäminen niiden pohjalta.....	55
7. Loppusanat.....	60
Lähdeluettelo.....	62
Liite A: Turvallisuuskulttuurin organisatorisiin ulottuvuuksiin liittyvät kyselyväittämät kuvailutietoineen	
Liite B: Haastattelurunko	
Liite C: Turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien kuvailutiedot	

1. Johdanto

Tämä julkaisu liittyy VTT:n toteuttamaan TUKU-projektiin (Turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa). Projektin tarkoituksena oli kehittää suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely ja juurruttaa se osaksi terveydenhuolto-organisaatioiden kehittämistoimintaa. TUKU-projekti käynnistyi tammikuussa 2008 ja päättyi lokakuussa 2008. Sen sisällölliset teemat kytkeytyvät kuitenkin tiiviisti turvallisuuskriittisten organisaatioiden toimintaa ja organisaatiokulttuuria käsittelevään tutkimukseen, jota VTT:llä on toteutettu useiden vuosien ajan eri aloilla, muun muassa ydinvoimateollisuudessa (ks. esim. Reiman, 2007).

Terveydenhuollossa on viime vuosina alettu keskustella potilasturvallisuudesta ja sen kehittamisestä. Yhdysvalloissa on havaittu, että terveydenhuollon hoitovirheet aiheuttavat enemmän kuolemia kuin esimerkiksi liikenneonnettomuudet (Kohn ym., 2000). Myös Suomessa hoitovirheiden on arvioitu olevan tavallisia ja niiden käsittelyä terveydenhuollon työyhteisöissä on pidetty haastavana (Pasternack, 2006). WHO:lla (2007b) on käynnissä laaja kansainvälinen kampanja potilasturvallisuustietoisuuden lisäämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi terveydenhuollossa. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan tutkimusta paitsi yksittäisistä terveydenhuollon osa-alueista, myös organisaatorakenteista ja -prosesseista, jotka vaikuttavat hoidon toteuttamiseen (WHO, 2007a).

Terveydenhuolto-organisaatioita on alettu tarkastella turvallisuuskriittisinä organisaatioina eli organisaatioina, joiden toimintaan liittyy olennaisesti sellaisia vaaroja, jotka huonosti hallittuina voivat aiheuttaa merkittävää vahinkoa ihmisille (Reiman & Oedewald, 2008). Turvallisuuden hallinnan näkökulmasta terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnassa ja johtamisessa on paljon samaa kuin esimerkiksi ydinvoimalaitoksissa ja lentoyhtiöissä, joita on perinteisesti pidetty turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi onkin katsottu tarpeelliseksi etsiä toimintamalleja näiltä aloilta (Hudson, 2003; Kohn ym., 2000; Lääkäriliitto, 2004), joilla turvallisuuden systemaattinen johtaminen ja kehittäminen on terveydenhuoltoa kehittyneempää (Amalberti ym., 2005). Yksi perinteisillä turvallisuuskriittisillä aloilla pitkään käytetty ja viime vuosina myös terveydenhuollon kontekstiin rantautunut käsite on turvallisuuskulttuuri. Terveydenhuollon potilasturvallisuuskulttuurin arvioimiseksi on muun muassa Yhdysvalloissa kehitetty useita erilaisia mittareita (ks. esim. Sorra & Nieva, 2004; Sexton ym., 2006). Kun perinteisillä turvallisuuskriittisillä aloilla käytettyä turvallisuuskulttuurin käsitettä sovelletaan terveydenhuoltoon, on syytä tarkastella huolellisesti sitä, mitä turvallisuuskulttuuri tarkoittaa nimenomaan terveydenhuollon kontekstissa ja mitä turvallisuuskulttuuri tarkoittaa terveydenhuollon erityispiirteiden valossa.

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (2007) on asettanut ohjausryhmän, jonka tehtävänä on kerätä ja välittää tietoa hyvistä potilasturvallisuuteen liittyvistä toimintatavoista sekä arvioida ja koordinoita potilasturvallisuustyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on myös linjannut turvallisuuskulttuurin kehittämisen terveydenhuollon kaikilla tasoilla keskeiseksi tehtäväksi potilasturvallisuuden parantamisessa (Idänpään-Heikkilä, 2005). Organisaatioiden potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta on kuitenkin toistaiseksi tehty Suomessa varsin vähän, ja olemassa oleva tieto – niin kansainvälinen kuin kotimainenkin – on hyvin pirstaleista.

TUKU-projektissa kehitettiin suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurikysely¹, joka perustuu aikaisemmin kehittämämme teoreettiseen jäsenyksen turvallisuuskulttuurista (Reiman ym., 2007, 2008a, 2008b). Kyselyä pilotoitiin TUKU-projektissa kevään 2008 aikana Vaasan sairaanhoitopiirissä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Jyväskylän terveystieteidenkeskuksessa. Pilottikyselyn tulosten pohjalta järjestettiin kussakin organisaatiossa projektiryhmille ja henkilöstölle suunnatut palauteseminaarit, joissa käsiteltiin kyselyn tuloksia ja niiden merkitystä organisaation kehittämiseksi. Kyselyn lisäksi projektissa kerättiin tietoa yksilöhaastatteluiden avulla. Haastattelussa selvitettiin henkilöstön käsityksiä organisaation turvallisuuskulttuurista ja sen kehittamisestä sekä yleisemmin siitä, miten käsitteet potilasturvallisuus, laatu ja vaarat terveydenhuollossa ymmärretään. Yksilöhaastatteluita toteutettiin Vaasan, Kymenlaakson ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä syksyllä 2008 yhteensä 29.

Kun lähdimme kehittämään turvallisuuskulttuurin arviointimenettelyä, lähtökohtanamme oli, että turvallisuuskulttuurin arviointimenettelystä ei saisi tulla terveydenhuollon yksiköiden muusta kehittämisestä irrallinen, ”taas uusi” tiedonkeruumenetelmä. Katsoimme, että itse menetelmän kehittämisen lisäksi olisi alusta asti tärkeää pohtia sitä, miten arviointimenettelyä voidaan hyödyntää työyhteisöjen ja terveydenhuollon rakenteiden kehittämistyössä. Katsomme esimerkiksi, että henkilöstön hyvinvointi ja turvallisuus sekä potilaiden turvallisuus kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa ja niitä tulisi myös kehittää yhdessä.

Katsomme, että turvallisuus ja potilasturvallisuus tulisi nähdä koko toimintayksikön toiminnan tuloksena, joka on yhteydessä niin työhyvinvointiin kuin työn tehokkuuteenkin. Siksi TUKU-projektin tutkimussuunnitelmassa yhdeksi tehtäväksi asetettiin sellaisen julkisen loppuraportin kirjoittaminen, jossa tarkasteltaisiin *turvallisuuskulttuurin kehittämistä osana terveydenhuolto-organisaatioiden kokonaistoiminnan kehittämistä*.

¹ Kyselyn psykometrisiä ominaisuuksia tarkastellaan lähemmin julkaisussa Pietikäinen (2008) *Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa*.

Projektin edetessä loppuraportille annettuun otsikkoon vastaaminen osoittautui monella tapaa haastavaksi tehtäväksi. Terveystenhoito-organisaatioiden toimintaa on usein lähestytty tutkimuksissa varsin rajatuista näkökulmista. Terveystenhoidon organisaatioiden – kuten tavallisesti myös muiden turvallisuuskriittisten organisaatioiden – tutkimuksesta puuttuu kattava ja eri näkökulmat sujuvasti integroiva viitekehys. Viitekehystä tarvitaan monimutkaisten ja abstraktien käsitteiden, kuten *organisaatio*, *turvallisuus* ja *johtaminen*, ymmärtämiseksi. Jotta voisimme kuvata turvallisuuskulttuurin kehittämistä osana terveystenhoito-organisaation kokonaistoimintaa, meidän on ensin pysähdyttävä pohtimaan sitä, millaisista elementeistä terveystenhoito-organisaatioiden toiminta koostuu ja mikä on nimenomaan terveystenhoidon rakenteille ja toiminnalle tyypillistä. Tätä työtä teemme luvussa 2. Paljon työtä terveystenhoito-organisaatioiden – ja minkä tahansa turvallisuuskriittisen organisaation – kokonaistoiminnan hahmottamiseksi jää kuitenkin väistämättä vielä tulevaisuuteen.

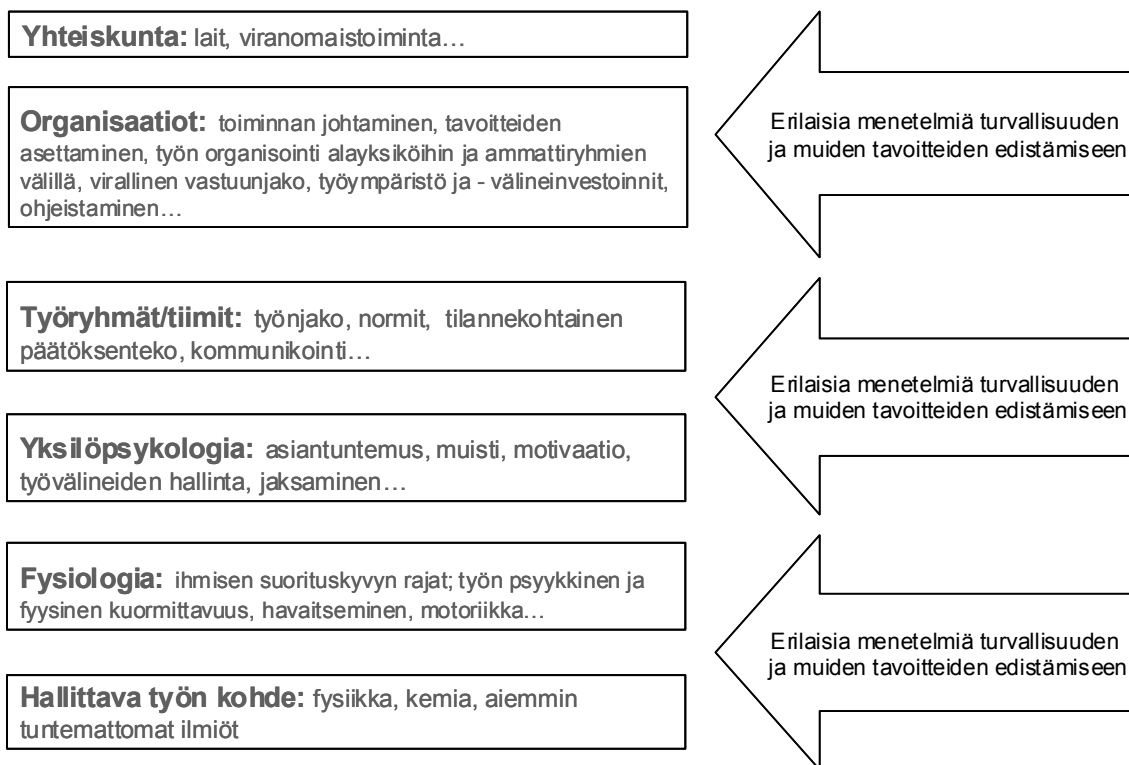
TUKU-projektiin osallistuneet organisaatiot olivat suurimmaksi osaksi erikoissairaanhoidon organisaatioita. Vaikka erikoissairaanhoidon ja perusterveystenhoidon tai kolmatta sektoria edustavilla organisaatioilla on monia yhteisiä piirteitä, painottuvat monet tässä julkaisussa käsiteltävät asiat sellaisissa terveystenhoito-organisaatioissa, jotka ovat suuria ja rakenteeltaan ja toiminnoltaan monimutkaisia, kuten sairaanhoitopiirit. Siten perusterveystenhoidossa tai kolmannen sektorin terveystenhoito-organisaatioissa työskentelevä terveystenhoitoalan ammattilainen voi julkaisua lukiessaan joutua pohtimaan kriittisesti sitä, miten voimakkaasti esitetyt asiat tulevat esiin juuri hänen työyhteisössään.

Luvussa 3 pohdimme, mitä organisaation arviointi ja kehittäminen tarkoittavat. Luvussa 4 käsittelemme puolestaan sitä, mitä turvallisuus organisaation toiminnan tavoitteena tarkoittaa. Luvussa 5 kuvaamme turvallisuuskulttuuri-käsitteen taustaa, esittelemme oman näkemysme siitä, mitä turvallisuuskulttuuri on, ja kuvaamme turvallisuuskulttuurin arviointiin käytettyjä menetelmiä ja lähestymistapoja. Luvussa 6 vedämme yhteen TUKU-projektin turvallisuuskulttuurikyselyn ja haastatteluiden tulosten avulla sitä, millainen terveystenhoidon turvallisuuskulttuuri näyttäisi Suomessa tällä hetkellä olevan ja miten sitä tulisi kehittää. Lopuksi kiteytämme sanomamme siitä, miten turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettelyä tulisi terveystenhoito-organisaatioissa näkemysme mukaan hyödyntää ja millaisia haasteita tähän hyödyntämiseen liittyy.

2. Terveydenhuolto-organisaatioiden kokonaistoiminta

2.1 Terveydenhuolto-organisaatiot ja niiden osajärjestelmät

Turvallisuuden ymmärtämiseen ja kehittämiseen tähtäävässä niin sanotussa turvallisuustutkimuksessa on viimeisen parinkymmenen vuoden ajan korostettu systeemistä näkökulmaa toimintaan. Kuvassa 1 esitetään eräs tyypillinen tapa hahmottaa turvallisuuden kannalta keskeisiä kokonaissysteemin päätasoja ja ilmiöitä, jotka vaikuttavat kullakin tasolla.



Kuva 1. Malli systeemin tasoista ja eri tasoilla vaikuttavista tärkeistä ilmiöistä (muokaten Rasmussen, 1997; Reiman & Oedewald, 2008).

Turvallisuutta tai onnettomuuksia tarkasteltaessa analyysiyksikkönä on usein organisaatio tai jokin organisaation ydintoiminto. Varsinkin turvallisuuskulttuurin tutkimuksissa ja kehityshankkeissa analyysitasoksi on järkevää valita organisaatiotaso. Näin on tehty monilla turvallisuuskriittisillä aloilla (ks. esim. IAEA, 1991). Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuurin kehittämisen lähtökohtana on kuitenkin ollut usein työryhmän tai tiimin taso (ks. esim. NHS, 2007). Joskus terveydenhuollon turvallisuuskulttuuria on lähestytty ammattiryhmien tasolta (ks. esim. Niemi, 2006; Zohar ym., 2007). Toisinaan turvallisuuskulttuurista on terveydenhuollossa keskusteltu myös tavalla, joka heijastelee

enemmänkin yksilötason ajattelua. Potilasturvallisuuskulttuurikeskustelussa on puhuttu esimerkiksi yksittäisten ammattihenkilöiden etiikasta, juridisesta vastuusta ja suhtautumistavoista. Tämä on teoreettisesti ongelmallista, sillä yksilöillä ei voida ajatella olevan kulttuuria.

Tiimitaso voi joskus olla hyödyllinen lähtökohta turvallisuuskulttuurityölle. Sekin on kuitenkin rajallinen verrattuna organisaatiotasoiseen näkökulmaan, josta fyysiset reunaehdot käytännön toiminnalle usein suunnitellaan. Lisäksi organisaatiotasoisessa analyysissä tarkastelun kohteeksi tulevat pienryhmien sisäisen toiminnan lisäksi myös ryhmien väliset suhteet. Myös ammattiryhmälähtöinen tarkastelu voi rajoittaa turvallisuuskulttuurityötä. Eri ammattiryhmien työn kohde on kuitenkin yhteinen, ja sen hallitseminen edellyttää erilaisten ammattilaisten yhteistyötä. Kokonaisilla toimialoilla voi olla omanlaisensa kulttuuri, mutta sen tasolla tehtävä kehittämistoiminta tarvitsee tuekseen organisaatiokohtaisen kulttuurin ymmärtämistä ja kehittämistä.

Tässä julkaisussa lähtökohtanamme on siis organisaatio. Puhumme terveydenhuollon organisaatioista viitaten eritasoisiin toimintayksiköihin, kuten sairaaloihin, klinikoihin tai yksityisiin lääkäriasemiin. Katsomme, että organisaatio on mielekäs analyysiyksikkö turvallisuutta kehitettäessä myös siksi, että organisaatiolla on mahdollisuus ja velvollisuus vaikuttaa ympäristöön, jossa yksittäiset työryhmät tai yksilöt työskentelevät. Organisaatio luo edellytykset sen sisällä tapahtuvan työn turvallisuudelle. Yksittäisillä työntekijöillä on vain rajallinen mahdollisuus vaikuttaa organisaation tavoitteiden – kuten potilaiden turvallisen hoidon – toteutumiseen. Toisaalta myös yhteiskunnan eri toimintot pyrkivät vaikuttamaan toiminnan turvallisuuteen muun muassa lakien ja viranomais-toiminnan kautta. Viime kädessä on kuitenkin organisaatioiden käsissä, miten ne tulkitsevat ja pyrkivät täyttämään lain vaatimuksia. On siis organisaation tehtävä huolehtia siitä, että kaikki turvallisuuden kannalta olennaiset vaatimukset ja rajoitukset niin yhteiskunnan kuin yksittäisen työntekijänkin taholta huomioidaan.

Kuten kuvasta 1 käy ilmi, terveydenhuolto-organisaation voidaan siis ajatella edustavan yhtä tarkastelutasoa laajemmassa yhteiskunnallisessa systeemissä ja myös organisaatioiden sisällä voidaan erottaa erilaisia ala- ja osajärjestelmiä. Niin sanotun systeemisen organisaatioajattelun (ks. esim. Cooper & Foster, 1971; Hatch & Cunliffe, 2006; Honkanen, 2006) mukaan kullakin organisaation sisäisellä osajärjestelmällä tai tasolla on omat ominaisuutensa, joiden analysointi sinänsä voi olla hyödyllistä. Organisaation tulee ymmärtää sekä ylä- että alatason ilmiöitä kuvasta 1 voidakseen hallita toimintaansa hyvin.

Kuvassa 1 esitetyn tasoajattelun lisäksi terveydenhuolto-organisaatioiden osajärjestelmiä voidaan hahmottaa myös muulla tavoin. Niin sanotun sosioteknisen koulukunnan mukaan olennaisia organisaation osajärjestelmiä ovat työssä käytettävä teknologia, työtä tekevät ihmiset sekä työn organisoinnin rakenteet ja struktuurit (Cooper & Foster,

1971). Organisaatioiden osajärjestelmiä voidaan hahmottaa myös niiden hallinnollisen organisoiminnan mukaan. Terveystieteiden organisaatioiden hallinnollinen organisoiminta seuraa usein lääketieteen erikoisalojen luokittelua (esim. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja synnytysten vastuualue). Toisaalta osa terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnasta on organisoitu toimintoittain (esim. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koulutuspalvelut) tai alueellisin perustein (esim. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Mäntän seudun terveydenhuoltoalue).

Sen lisäksi, että organisaatioissa hahmotetaan erilaisia tasoja ja osajärjestelmiä, on tärkeää ymmärtää organisaatiota kokonaisuudessaan eli sitä, miten sen eri osajärjestelmät ovat yhteydessä toisiinsa ja millaista toimintaa ne yhdessä saavat aikaan (ks. esim. Cooper & Foster, 1971; Hatch & Cunliffe, 2006; Honkanen, 2006). Käyttäessämme käsitettä organisaation kokonaistoiminta viittaamme tähän organisaation systeemiseen toimintaan. Katsomme, että kehittämistoiminnan kannalta on tärkeää hahmottaa erilaisia osajärjestelmiä ja tasoja ja niiden näkökulmia kehitettävään asiaan sekä toisaalta sitä, miten nämä osajärjestelmät toimivat yhdessä.

Käsitteellä organisaation kokonaistoiminta haluamme korostaa myös sitä, ettei organisaatio ole suljettu yksikkö, vaan se toimii aina tietyssä kontekstissa. Organisaation tavoitteidenasettelua ja priorisointia ohjaavat esimerkiksi lait ja säädökset (vrt. kuva 1). Etenkin julkisen sektorin organisaatioiden toiminnassa poliittisella päätöksenteolla on voimakas ohjaava merkitys tavoitteiden asettelulle ja suunnittelulle. Organisaation toiminta määräytyy aina osittain myös suhteessa alan muihin toimijoihin sekä asiakkaisiin tai potilaisiin. Niin sanotussa modernissa organisaatioajattelussa organisaatiota onkin tarkasteltu tyypillisesti monimutkaisena avoimena järjestelmänä tai organismina (ks. esim. Hatch & Cunliffe, 2006; Honkanen, 2006).

Terveystieteiden organisaatioiden toiminnan monitasoisuus ja erilaisten osajärjestelmien erilaiset näkökulmat tulivat esiin konkreettisesti TUKU-projektissa toteuttamissamme haastatteluissa. Erityisesti esimiestehtävissä ja hallinnollisissa tehtävissä toimivat henkilöt toivat esiin eri toimijoiden ja ryhmittymien erilaisia näkökulmia ja tavoitteita ja niiden yhteensovittamisen haasteita. Eräs hallinnollisissa tehtävissä toimiva henkilö kuvasi organisaationsa toiminnan monitasoisuutta seuraavasti:

”...kyllä niin kun esimerkiksi lääkärit ja hoitohenkilökunta, jotka niin kun on työparit täällä potilaan hoitamisessa, niin että jos ei siinä sitä keskusteluyhteyttä oo, et joku kattoo hirveen lääketieteellisesti, hirveen erikoissairanhoidon näkökulmasta ja sitten toinen kattoo sitä sen potilaan kokonaisuuden näkökulmasta, niin siinä on se keskustelun paikka. Välillä se onnistuu. Yleensä se onnistuu, sanotaan näin, mutta että sitten se voi tulla esille siellä yksikössä, et tota sen yksikön toiminnan joustavuus ja potilaan hoidon ja hoitopolun joustavuus, et se kärsii. Ja silloin jos se on, kun sitä tapahtuu monessa

paikassa, niin silloinhan se vaikuttaa siihen kokonaisuuteen. No tietenkin sitten eri näkökulmia tulee, jos aatellaan tätä sairaanhoitopiiriä, niin... Meillä päättäjät ovat kuntien edustajia, heillä on erilainen näkemys. Sitten sairaanhoitopiirin johto katsoo sitä kokonaisuutta ja painottaa sitä sieltä, et mitkä nyt valtakunnallisten näkemysten mukaan... Et esimerkiksi rakentamishankkeethan voivat olla sellaisia, et mihin, missä ollaan, missä se hoito toteutuu, et niissä keskustellaan erilaisilla näkemyksillä ja siellä tulee tietysti myös ne arvot esiin, että ammattiryhmien arvot, mutta myös sitten sen organisaation arvot. Toinen katsoo toisen asian tärkeämmäksi kuin toinen. Ja jokainen varmasti katsoo sitä, mikä on lähinnä tutuinta. Niin varmaan minäkin teen.”

Edellä kuvatussa katkelmassa terveydenhuolto-organisaation osajärjestelmiksi kuvautuvat ensinnäkin erilaiset ammattiryhmät. Terveydenhuolto-organisaatioiden ammattiryhmien näkemykset ja toimintatavat eroavat usein toisistaan merkittävästi (ks. esim. Morgan & Ogbonna, 2008; Niemi, 2006; Westbrook ym., 2007). Toisaalta edellä kuvatussa katkelmassa terveydenhuolto-organisaatioiden osajärjestelminä näyttäytyvät myös erilaiset viralliset hierarkkiset tasot, kuten yksikkö, esimiestaso tai niin sanottu keskijohto, sairaanhoitopiirin virkamiehistä koostuva johtoryhmä sekä eri kuntien edustajista koostuva valtuusto ja sen nimeämä hallitus. Kuten haastateltava toi esiin, kullakin tasolla toimintaa tarkastellaan hieman eri näkökulmista ja erilaisten arvojen ja tavoitteiden valossa.

Vaikka terveydenhuolto-organisaatioissa on usein hahmotettavissa suhteellisen selkeitä virallisia tasoja, joiden mukaisesti esimerkiksi päätöksentekoprosessit etenevät, terveydenhuolto-organisaatiossa on myös työntekijöitä, joiden toiminta on jossain määrin irrallista niin sanotusta virallisesta organisaatiosta tai sen rakenteista. Esimerkiksi lääkärit tarjoavat tyypillisesti palveluitaan monille eri tahoille organisaatiossa ja mahdollisesti sen ulkopuolellakin esimerkiksi yksityisvastaanoton muodossa. Lääkäripula ja useiden lääkärintervikojen täyttämättä jääminen näyttävät johtaneen siihen, että lääkärit toimivat entistäkin joustavammin ja laaja-alaisemmin organisaationsa eri yksiköissä. Tämä on korostanut lääkäreiden työn autonomiaa. Lääkäreiden aseman erityisyys muuhun henkilöstöön verrattuna tuli esiin TUKU-projektissa monin tavoin. Turvallisuuskulttuurikyselyä suunniteltaessa organisaatioiden edustajat kokivat haastavaksi lääkäreiden sijoittamisen johonkin tiettyyn hallinnolliseen yksikköön tai tiettyyn kohtaan organisaatio-kaaviossa. Myös monet kyselyyn vastanneista lääkäreistä kommentoivat itse kyselyssä olleeseen avoimeen kysymykseen, että heidän oli vaikeaa tai mahdotonta valita yksikköä, jossa he enimmäkseen työskentelevät.

Lääkäreiden autonomisuus ja irrallisuus niin sanotusta virallisesta organisaatiosta näyttäisi olevan paitsi hallinnollista, myös kokemuksellista. Näyttää siltä, että lääkärit kokevat itsensä – ja heidät koetaan – jossain määrin irralliseksi niin sanotusta virallisesta organisaatiosta. Kuten Saarni ja Vuorenkoski (2003) toteavat, lääkärin etiikka ja sitoutuminen ovat perinteisesti kohdistuneet yksittäiseen potilaaseen – eivät työnantajaan. Asiaa ha-

vainnollistaa katkelma TUKU-projektin haastattelusta, jossa lääkäri kuvaa asemaansa organisaatiossaan seuraavasti:

”Mun virkapohja on sijoitettu [...] hallintoon, mut sehän ei sinänsä kerro yhtään mitään, et tota... siis se on tämä talo. En mä pysty sanomaan, että se on joku yksittäinen yksikkö. Et fyysisesti mut löytää ehkä tästä useimmin, mut mun mielestä se ei oo sidottu sillä lailla yksiköihin.”

Saarnin ja Vuorekosken (2003) mukaan terveydenhuollon kustannuskriisin aiheuttaman säännöstelytarpeen ja markkinaorientaation myötä lääkärin rooli on kuitenkin muuttumassa yhä enemmän ammatinharjoittajasta palkansaajaksi ja parantajasta tai auttajasta asiantuntijaksi. Saarni ja Vuorekoski näyttävät pitävän muutosta uhkaavana. Organisaatioon sitoutuneen asiantuntijan rooli voi Saarnin ja Vuorekosken mukaan olla lääkärille ammatinharjoittajamaisesti toimivan auttajan roolia helpompi, jos se sopii paremmin nykyiseen yhteiskuntaan ja takaa paremmat edut. Lääkärin roolin muuttumisen haittapuolena voi kuitenkin olla se, että profession merkitys ja oikeudet vähenevät, ammattikunta hajoaa sisäisesti ja työn mielekkyys sekä ammatin arvostus heikentyvät. Taloudelliset kannustimet ja lääkäreiden autonomian rajoitukset voivat Saarnin ja Vuorekosken mukaan myös siirtää lääkäreiden lojaalisuutta pois potilailta. Saarni ja Vuorekoski toteavat, että terveydenhuollon nykytilannetta voidaan ajatella lääkäreiden, potilaiden ja maksajien välisenä kamppailuna siitä, kuka saa päättää hoitotapahtuman sisällöstä.

2.2 Terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnan moninaiset tavoitteet

Turvallisuuskriittisten organisaatioiden kokonaistoiminnan keskeisinä tavoitteina – eli tavoitteina, jotka koskevat koko henkilöstöä – voidaan nähdä toiminnan turvallisuus, tehokkuus ja henkilöstön hyvinvointi (Vicente, 1999). Toiminnan turvallisuudella viittaamme tässä julkaisussa erityisesti potilasturvallisuuteen, kun taas työturvallisuuden ajatteleminen liittyy vahvemmin henkilöstön hyvinvoinnin tavoitteeseen. Tarkastelemme organisaation toiminnan turvallisuutta lähemmin luvussa 4.

Isoissa organisaatioissa erilaisten kokonaistoiminnan tavoitteiden edistäminen on usein eriytetty eri tahojen tehtäväksi. Esimerkiksi toiminnan taloudellisesta tehokkuudesta voi vastata talouspäällikkö, ja taloudellisten asioiden ympärille on usein rakentunut oma talous- ja hallintotoimintonsa. Hyvinvoinnin tavoitteesta vastaavat puolestaan erityisesti henkilöstöpäälliköt, työturvallisuus- ja hyvinvointipäälliköt ja työterveyshuolto. Monissa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa – harvoin kuitenkaan terveydenhuollossa – on turvallisuuden varmistamiseksi luotu erityinen turvallisuusjohtamisjärjestelmä ja turvallisuustoiminto (ks. esim. Levä, 2003).

Organisaation erilaiset tavoitteet, kuten turvallisuus, tehokkuus ja hyvinvointi, ovat erityisiä ja toisistaan erillisiä myös siksi, että niiden kunkin tutkimusperinteet ja teoreettinen ymmärrys ovat kehittyneet pitkälti toisistaan erillisinä. Kunkin tavoitteen ympärille on kehittynyt omanlaisensa tapa tarkastella organisaation toimintaa. Psykologiassa on pitkä työhyvinvoinnin tutkimusperinne. Organisaatioiden toiminnan tehokkuutta on tutkittu enemmän taloustieteellisestä näkökulmasta. Organisaatioiden toiminnan turvallisuutta on tutkittu monitieteisen (psykologia, insinööritieteet, sosiologia) turvallisuustutkimuksen näkökulmasta pitkään niin sanotuilla perinteisillä turvallisuuskriittisillä aloilla.

Vaikka potilasturvallisuus on ollut viime aikoina etenkin kansainvälisessä terveydenhuolto-organisaatioiden tutkimuksessa merkittävä kiinnostuksen kohde, potilasturvallisuuden suhdetta organisaation hyvinvointiin ja tehokkuuteen on tutkittu suhteellisen vähän. Jonkin verran potilasturvallisuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin suhdetta on viime vuosina tarkasteltu hoitajien näkökulmasta niin sanotun magneettisairaalatutkimuksen² piirissä (ks. esim. Armstrong & Laschinger, 2006).

Työpsykologiassa on pitkään katsottu, että hyvinvoiva ja työstään tyydytystä saava työntekijä toimii myös tehokkaasti (ks. esim. Hackman & Lawler, 1971). Henkilöstön hyvinvoinnin voidaan ajatella vaikuttavan myös potilasturvallisuuteen, etenkin pitkällä aikavälillä. Henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseksi tehtävät toimenpiteet, esimerkiksi työtilojen kehittäminen viihtyisämmiksi ja toimivammiksi, edistävät usein paitsi henkilöstön hyvinvointia myös potilaiden turvallisuutta.

Toisaalta organisaation potilasturvallisuuden laadun voidaan ajatella vaikuttavan vastaavasti henkilöstön hyvinvointiin. Stressitutkijat ovat esittäneet, että vastuu toisen ihmisen turvallisuudesta on merkittävä työstressitekijä (Cooper ym., 2001; Kinman & Jones, 2005). Nuikka (2002) puolestaan on todennut, että sairaanhoitajien työn fysiologisesti ja psyykkisesti kuormittaviin tilanteisiin liittyy keskeisesti huoli potilaasta. Samoin on havaittu viitteitä siitä, että omassa organisaatiossa tapahtuneiden onnettomuuksien jälkeen työ koetaan stressaavampana kuin ennen (Clarke & Cooper, 2004, s. 21). Yleisesti ottaen työn vaaralliseksi kokeminen on yhteydessä suurempaan stressiin. Toisaalta on myös tutkimuksia, joiden mukaan jatkuva turvallisuuden korostaminen stressaa henkilöstöä enemmän kuin itse vaarat (Cooper ym., 2001). Henkilöstön hyvinvoinnin ja potilasturvallisuuden kannalta keskeistä on se, että työn vaarat ovat tiedostettuja ja niitä hallitaan siten että henkilöstölle syntyy realistinen kuva työn riskeistä sekä omasta roolista turvallisuuden varmistamisessa (Reiman & Oedewald, 2008).

² Magneettisairaallalla tarkoitettiin alun perin joukkoa USA:laisia sairaaloita, jotka onnistuivat rekrytoimaan ja pitämään työssä ammattitaitoisia hoitajia kansallisen hoitajapulnan aikana 1980-luvun alussa. Sittemmin magneettisairaalatutkimuksissa on pyritty tunnistamaan johtajuuteen ja ammattikäytäntöihin liittyviä piirteitä, jotka tekivät näistä sairaaloista hoitajien kannalta vetovoimaisia. Viime vuosina tutkimuksissa on tarkasteltu myös näiden piirteiden yhteyttä erilaisiin hoidon lopputuloksiin. (Scott ym., 1999.)

Yksittäiset potilasturvallisuuden varmistamiseksi tehtävät toimenpiteet voivat lyhyellä aikavälillä olla ristiriidassa henkilöstön hyvinvoinnin kanssa. Turvallisuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin edistämisen välinen ristiriita näkyy kärjistyneesti tilanteissa, joissa potilas käyttäytyy aggressiivisesti. Potilasturvallisuuden näkökulmasta voisi olla tärkeää, että henkilökunta pyrkisi aktiivisesti rauhoittamaan tilannetta ja suojelemaan aggressiivista potilasta sekä muita potilaita vahingoittumiselta. Henkilöstön hyvinvoinnin kannalta voisi kuitenkin olla parasta, että tilanteeseen ei puututtaisi vaan hoitohenkilöstö poistuisi paikalta tai potilas pyrittäisiin eristämään henkilökunnasta. Tällaisten tilanteiden ratkaisemiseksi kehitty useinkin yksilöllisiä selviytymisstrategioita kuin ”talon tapojakin”. Tämänkaltaiset tilanteet osoittavat, että organisaation tavoitteiden edistäminen vaatii paitsi rationaalista toiminnan erilaisten tavoitteiden huomioimista, myös eettistä pohdintaa ja arvokeskustelua. Kaiken kaikkiaan voidaan systeemisen ajattelun mukaisesti sanoa, että organisaation yhden tavoitteen edistäminen vaikuttaa myös muiden tavoitteiden tilaan joko lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. Sellaisten tavoitteiden kuin turvallisuus, tehokkuus ja hyvinvointi kehittäminen voi joskus edellyttää erilaisia toimenpiteitä.

Terveydenhuolto-organisaatioissa toiminnan yhtenä keskeisenä tavoitteena on pidetty *laatua*. Mäki (2004, s. 17) on todennut, että kansanomaisesti määriteltynä laadun tekeminen on samaa kuin hyvän tekeminen. Kysymykseksi tulee kuitenkin tällöin se, mikä on hyvää. Mäki (2004) on korostanut, että laatu on ilmiönä moniulotteinen ja osin ristiriitainen. Terveydenhuollon laatua voidaan hänen mukaansa tarkastella useista eri näkökulmista, jotka kaikki ovat omalla tavallaan tärkeitä hoito-organisaatioissa tuotettavien palveluiden kannalta. Mäki erottaa terveydenhuollon laatukseskustelussa asiakasnäkökulman, suunnittelunäkökulman, tuotantonäkökulman ja systeemikeskeisen laatu-näkökulman. Mäen tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden näkemykset laadusta kuvastivat ennen kaikkea asiakas- ja suunnittelukeskeistä laatu-näkemyksiä ja liittyivät yksilön hyvään. Terveydenhuollon laatusuosituksissa laatu-käsitys oli Mäen mukaan suunnittelu- ja tuotantokeskeinen.

Arkiymmärryksessä potilasturvallisuus ja laatu tulevat hyvin lähelle toisiaan. Potilasturvallisuuden ja laadun tutkimus- ja kehitystyö ovat kuitenkin kehittyneet erillään toisistaan. Terveydenhuollon laatu-työhön mallia on haettu teollisuuden prosessien kehittämistyöstä, kun taas potilasturvallisuustyöhön mallia on otettu perinteisiltä turvallisuuskriittisiltä aloilta, joilla turvallisuus on eksplisiittinen kiinnostuksen ja vahvan ulkoisen säätelyn kohde (Vincent, 2006, s. 24–25). Tutkimuksissa on harvoin tarkasteltu laadun ja potilasturvallisuuden käsitteiden ja niiden taustalla olevien ilmiöiden eroja, yhtäläisyyksiä ja keskinäistä suhdetta (ks. kuitenkin Cardiff ym., 2008). Siten myös käytännön toimijat voivat kohdata haasteita näiden erilaisten viitekehyksien yhdistämisessä. Valmiiden laatu-työkalujen tai potilasturvallisuustyökalujen yksioikoinen käyttöönotto organisaatioissa voi olla vaarallista, koska nämä työkalut pohjautuvat usein hyvin erilaisiin ajattelu-perinteisiin. Ne voivat jopa ohjata henkilöstöä toimintatapoihin, jotka ovat keskenään ristiriitaisia.

Potilasturvallisuuden ja laadun tarkastelu toisistaan erillisinä voi aiheuttaa turhaa päällekkäisyyttä ja tehottomuutta tavoitteiden varmistamisesta huolehtivissa toimintajärjestelmissä. Toisaalta on syytä varoa myös liian suoraviivaista potilasturvallisuuden ja organisaation laadun yhteen niputtamista. Samaan tapaan kuin on syytä varoa ymmärtämästä laatua yksiulotteisesti (Mäki, 2004), on myös syytä varoa, ettei potilasturvallisuutta ymmärretä liian yksiulotteisesti. On pohdittava, menetetäänkö laadun ja turvallisuuden yhteen niputtamisella jotakin olennaista niistä näkökulmista, jotka nämä erilaiset viitekehykset tuovat organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. Koska laatu ja potilasturvallisuus voidaan ymmärtää monin eri tavoin, on tärkeää, että ennen uusien laatu tai potilasturvallisuustyökalujen käyttöönottoa kussakin terveydenhuolto-organisaatiossa määritellään nämä käsitteet yhteisesti. Organisaatioiden on syytä tarkastella sitä, miten laatu juuri kyseisessä organisaatiossa ymmärretään ja millaisilla menetelmillä laatua katsotaan voitavan kehittää. Vastaavasti organisaatioissa on tärkeää pohtia sitä, mitä potilasturvallisuus pohjimmiltaan on ja miten sitä voidaan edistää. Vasta tämän jälkeen on mahdollista suunnitella ja toteuttaa todella tehokkaita ja keskenään yhteensopivia menetelmiä laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi.

Potilasturvallisuus on usein ymmärretty osaksi hoidon laatua (ks. esim. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto, 2006; Vincent, 2006). Katsomme kuitenkin, että vaikka turvallisuus voidaan ymmärtää osaksi toiminnan laatua, se on tärkeää nostaa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa keskusteluun omana itsenäisenä tavoitteenaan. Tämä on tärkeää etenkin terveydenhuolto-organisaatioissa, joissa potilasturvallisuusajattelu ja organisaation turvallisuuden systemaattinen johtaminen ovat uutta.

Hallituksen esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi (19 §) esitetään, että kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän tulisi jatkossa laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lainsäädännöllisestikin sekä laatu että potilasturvallisuus on siis nähty toisiinsa liittyvinä, mutta kuitenkin osin erillisinä terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnan tavoitteina. Laatu-käsite voidaankin ymmärtää eräänlaisena yläkäsitteenä, jolle henkilöstön hyvinvointi, potilaiden turvallisuus ja toiminnan tuloksellisuus antavat sisällön – henkilöstön hyvinvoinnin, potilaiden turvallisuuden ja toiminnan tuloksellisuuden tasapainosta syntyvänä toiminnan ”hyvyytenä”.

Honkanen (2006) erottaa organisaation kehittämisen itsenäisiksi tavoitteiksi myös *uudistumiskyvyn* ja *ymmärtämiskyvyn*. Uudistumiskyvyllä Honkanen tarkoittaa organisaation joustavuutta ja muutosvalmiutta sekä kykyä oppia. Organisaation ymmärtämistavoitteella hän viittaa organisaation ja henkilöstön kykyyn ymmärtää, tiedostaa ja arvioida oman toimintansa tavoitteita, arvopäämääriä ja seurauksia. Vaikka Honkanen kuvaa uudistumiskykyä ja ymmärtämiskykyä organisaation kehittämisen itsenäisinä tavoitteina, ne ovat itse asiassa enemmänkin eräänlaisia välineellisiä tavoitteita, metatavoitteita tai -kykyjä, jotka liittyvät niin turvallisuuden, tuottavuuden, henkilöstön hyvinvoinnin kuin laadukkuuden tavoitteisiin.

Useimmiten organisaation turvallisuus ymmärretään onnettomuuksien tai tapaturmien poissaolona. Monet tutkijat ovat kritisoineet tällaista turvallisuusnäkemystä (Reiman & Oedewald, 2008; Rochlin, 1999a, 1999b; Hollnagel, 2004; Dekker, 2005). Itse olemme aikaisemmissa julkaisuissamme (Reiman & Oedewald, 2008; Reiman ym., 2007, 2008b) esittäneet, että turvallisuus ja onnettomuudet tulisi ymmärtää osin erillisinä ilmiöinä ja niiden molempien syntymekanismeja tulisi pyrkiä ymmärtämään. Turvallisuus on jotakin sellaista, jota organisaatioissa pyritään luomaan. Onnettomuudet puolestaan ovat tapahtumia, joita organisaatioissa pyritään estämään. Psykologiassa on viime aikoina kiinnitetty huomiota siihen, ettei työhyvinvointia ja -pahoinvointia tulisi ymmärtää toistensa vastapuolina vaan osin erillisinä ilmiöinä (ks. esim. Schaufeli ym., 2002). Vastaavasti tehokkuuden vastapuolena voidaan nähdä tehottomuus. Katsomme, että edellä kuvattujen keskeisten tavoitteiden lisäksi organisaatioissa on syytä tarkastella myös niiden ”kääntöpuolta”. Turvallisuuden, hyvinvoinnin ja tehokkuuden lisäksi organisaation kokonaistoiminnan kehittämisessä on syytä pyrkiä ymmärtämään, ottamaan huomioon ja ehkäisemään myös vaaroja, stressiä ja pahoinvointia aiheuttavia tekijöitä sekä työn sujuvuuden esteitä. Lisäksi on pidettävä mielessä, että nämä tekijät eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan ne ovat vuorovaikutuksessa keskenään.

Tässä julkaisussa tarkastelemme kehittämistä organisaation kokonaisuuden näkökulmasta, emme siis esimerkiksi yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen tai hoitotapah-tuman näkökulmasta, jotka nekin voivat toisinaan olla hedelmällisiä lähtökohtia kehittämistoiminnan tarkastelulle. Kohdistamme tarkastelumme perinteisen johtamisajattelun tai modernin organisaatioteorian (ks. esim. Hatch & Cunliffe, 2006; Honkanen, 2006) mukaisesti organisaatioon, joka vastaa tehtävistään ulkoa tulevien paineiden alaisena. Tarkemmin ottaen tarkastelupisteemme on yksittäisen organisaation ylimmän johdon tasolla, siellä, mistä voidaan ajatella olevan paras ”näköalapaikka” organisaation kaikkien osajärjestelmien toimintaan. Tämän tarkastelupisteen valinta ei tarkoita, että väheksyisimme organisaation ”alempia” tasoja. Päinvastoin pidämme tärkeänä, että organisaatioiden johto tiedostaa ja arvostaa ruohonjuuritason toiminnan vaatimuksia sekä toimijoille kertynyttä osaamista, ja tarkastelemme kriittisesti myös johdon toimintaa ja vaikutusmahdollisuuksia. Katsomme kuitenkin, että organisaation tavoitteiden ja toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen, eräänlainen ylimmän johdon näköalapaikalle asettuminen, on hyödyllistä jokaiselle organisaation ryhmälle ja yksittäiselle työntekijälle. Se voi auttaa hahmottamaan oman tai yksikön työn merkitystä organisaation kokonaistoiminnassa, kehittämään toimintatapoja tarkoituksenmukaisemmiksi ja toisaalta ymmärtämään myös organisaation toiminnan negatiivisten ilmiöiden, kuten vaarojen, tehottomuuden ja pahoinvoinnin, problematiikkaa.

3. Terveysthuolto-organisaatioiden arviointi ja kehittäminen

Organisaation arviointi ja kehittäminen ovat monin tavoin toisiinsa limittyneitä toimintoja. Organisaatioarviointi voi jo sinänsä toimia kehittämisen interventiona. Se voi auttaa henkilöstöä jäsentämään työtään uudesta näkökulmasta ja siten muuttamaan sitä. Arviointi nähdään yleensä myös yhtenä keskeisenä vaiheena organisaation kehittämisessä. Arviointiprosessin aikana saadut tulokset ohjaavat sitä, mitä asioita organisaatiossa kehitetään. Samoin arvioinnin aikana – ja sitä ennen – tehdyt valinnat esimerkiksi sen suhteen, mihin asioihin arviointi keskittyy, millä menetelmillä aineistoa kerätään ja miten johtopäätöksiä laaditaan, vaikuttavat niin arvioinnin tuottamiin tuloksiin kuin kehittämismenetelmien valintaan. Toisaalta kehittäminen voi tukea arviointia tuottamalla lisää ymmärrystä organisaation toiminnasta, kun toimintaa yritetään muuttaa. Tämä tieto joko tukee arvioinnin johtopäätöksiä tai osoittaa ne riittämättömiksi tai vääriksi. Parhaimmillaan arviointi ja kehittäminen tukevat toinen toisiaan ja lomittuvat tutkimus- ja kehityshankkeissa luontevaksi kokonaisuudeksi.

Paasio (2006, s. 95) määrittelee arvioinnin *perustavaksi inhimilliseksi toiminnaksi, jossa kyetään luotettavalla tavalla yhdistämään arvot tietoon tosiasioista*. Arvioinnissa siis yhdistyy kaksi eri elementtiä: faktat ja arvo. Vaikka tutkimuksessa käytettäisiin kuinka sofistikoituneita tieteellisiä analyysimenetelmiä, se ei ole arviointia, jollei siinä tehdä arvoasetelmaa. Arvoasetelman Paasio näkee *perusteltuna kannanottona asian hyvydestä tai huonoudesta*. Lepistö (2003, s. 49, 53) kuvaa arviointiprosessia arvottamiseksi tai vertaamiseksi, jolle *valitaan* jokin vertailukohde, kuten organisaation toiminnan tavoite, akuutti tarve tai standardi. Lepistö korostaa selkeiden arviointiperusteiden määrittelyä ja toteaa, että arvioinnin kriteerien taustalla tulee olla teoreettinen näkemys tutkittavasta asiasta, toiminnan tavoitteista sekä toimijoiden tarpeista ja odotuksista.

Kun siis terveydenhuollossa halutaan kehittää turvallisuuskulttuuria, on järkevää lähteä liikkeelle sen arvioinnista. Tämä kuitenkin edellyttää suoriutumista vaikeasta tehtävästä eli kriteereiden määrittelystä sille, mitä hyvä turvallisuuskulttuuri on. Tämä on kolmivaiheinen haaste. Ensiksi on määriteltävä, mitä turvallisuuskulttuuri on sisällöltään. Toiseksi on pohdittava, mitä osia tai elementtejä siitä voimme kuvata tai mitata niin hyvin, että voimme alistaa ne arvioitavaksi. Kolmanneksi meidän on kyettävä antamaan arvio siitä, mitä kuvattavissa tai mitattavissa turvallisuuskulttuurin osatekijöissä voidaan pitää hyvänä tai huonona, huolestuttavana tai kiinnostavana. Mikäli turvallisuuskulttuuria arvioidaan siitä lähtökohdasta, että sitä pyritään myös kehittämään, tulisi kyetä arvioimaan seuraavia asioita: minkälaiset edellytykset organisaatiolla on kehittää turvallisuuskulttuuriaan, mitkä tekijät ovat johtaneet organisaation nykyiseen tilanteeseen, mitkä tekijät ylläpitävät nykyistä kulttuuria, ja millaisilla menetelmillä sekä mihin tekijöihin tarttumalla turvallisuuskulttuuria voidaan kehittää kyseisessä organisaatiossa.

Organisaation kehittäminen voidaan puolestaan ymmärtää muutoksen johtamiseksi (ks. esim. Honkanen, 2006; Pronovost ym., 2008). Kehittämällä voidaan viitata joko organisaation *jatkuvaan kehittämiseen* tai sillä voidaan tarkoittaa erillisiä *kehittämishankkeita* (ks. esim. Järvinen, 2000). Järvisen (2000, s. 68) mukaan jatkuva kehittäminen perustuu oman toiminnan ja siitä saatujen kokemusten kriittiseen arviointiin ja sen pohjalta oppimiseen. Jatkuvässä kehittämisessä olennaista on vallitsevien toimintatapojen äärelle pysähtyminen, etäisyyden otto ja säännöllinen toiminnan kyseenalaistaminen (Järvinen, 2000, s. 68, 74). Kehittämishankkeet puolestaan ovat etukäteen suunniteltuja, tavoitteellisia ja ajallisesti rajattuja tapahtumasarjoja (Järvinen, 2000, s. 152). Viimeaikainen suuntaus näyttää olevan se, että hankkeet pyritään toteuttamaan yhä lyhyemmässä ajassa, koska kehittämistyön lähtökohdat ja tavoitteet voivat muuttua hyvinkin nopeasti (Järvinen, 2000, s. 152). Julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa vahva ulkoinen, poliittinen ohjaus asettaa kehittämishankkeiden kestolle omat rajoituksensa.

Tieteellisissä interventiotutkimuksissa kehittämistoimintaa on tarkasteltu usein nimenomaan ajallisesti ja teemallisesti rajatuissa kehittämishankkeissa, ei niinkään jatkuvan kehittämistoiminnan näkökulmasta. Kehittämisessä korostetaan tyypillisesti selkeiden tavoitteiden asettamista, tavoitteisiin pyrkimistä ja niiden saavuttamisen arviointia (Rhydderch ym., 2004) ja organisaation kehittämistä kuvataan prosessina, joka etenee tiettyjen vaiheiden kautta. Esimerkiksi Pronovost ym. (2008) tiivistävät potilasturvallisuuden kehittämishankkeessaan muutoksen johtamisstrategian neljäksi ydinkohdaksi, joita on periaatteessa mahdollista soveltaa muidenkin organisaation kehittämistavoitteiden eteenpäin viemiseen. Pronovostin ym. (2008) mukaan muutoksen johtamisstrategian neljä ydinkohtaa tai ”käskyä” ovat 1) sitoudu, 2) kouluttaudu, 3) toteuta ja 4) arvioi. Kuhunkin strategian ydinkohtaan liittyy omat kysymyksensä, joita tulisi pohtia kaikilla organisaation systeemisillä tasoilla – niin ylimmän johdon tasolla kuin tiiminvetäjien ja henkilöstön tasoillakin. Sitoutumisen vaiheessa olennainen kysymys on, *miten teen maailmasta paremman paikan*. Kouluttamisen vaiheessa olennainen kysymys on, *mitä minun pitää tietää*. Toteuttamisen vaiheessa kysymys kuuluu, *mitä minun pitää tehdä*. Arvioinnin suhteen olennainen kysymys on, *mistä tiedän, että sain jotakin aikaan*.

Honkanen (2006) kiinnittää huomiota siihen, ettei organisaation kehittäminen oikeastaan eroa paljonkaan niin sanotusta normaalista johtamisesta, sillä kehittämistoiminnan tarkoituksena on tukea johtamisfunktioiden toteutumista organisaatiossa. Hän pitää tärkeänä, että kehittämistyön mallit ja menetelmät kytkeytyvät luontevasti organisaation johtamiseen. Käytännössä rajatulle toiminnan alueelle suunnatut ja ajallisesti rajatut kehittämishankkeet voivat helposti jäädä irrallisiksi organisaation muusta toiminnasta ja tavoitteista ja olla ristiriidassa päivittäisen johtamisen käytäntöjen kanssa.

Organisaation kehittämiseen liittyy keskeisesti käsite *muutosagentti*. Honkanen (2006) kuvaa muutosagenttia henkilöksi, jonka tehtävänä tai roolina on ohjata ja tukea organi-

saatiota, työyhteisöä ja sen jäseniä muutostilanteissa ja toiminnan kehittämisessä. Muutosagentilla ei Honkasen mukaan ole yleensä muodollista valtaa muutosten läpiviemiseen tai kehittämistyön ylläpitämiseen, vaan hän käyttää muita muutoksen ohjaamisen ja hallinnan välineinä. Muutosagentin tehtävänä on Honkasen mukaan toimia tieteen teorioiden ja organisaation käytännön toiminnan yhdistäjänä. Muutosagentti on usein organisaation ulkopuolinen asiantuntija, konsultti tai kouluttaja. Toisaalta muutosagentteja on myös organisaation sisällä. Esimerkiksi henkilöstöpäälliköt, kehittämisspäälliköt ja potilasturvallisuusvastaavat voivat olla tällaisessa roolissa.

Luvussa 2 kuvasimme organisaation kokonaistoimintaa ja sen elementtejä. Kehittämistyön näkökulmasta edellä kuvattu systeeminen lähestymistapa tarkoittaa muun muassa sitä, että vaikka kehittämistä toteutettaisiin tiettyihin yksittäisiin tavoitteisiin kohdistettuina kehittämishankkeina, on aina syytä pohtia hankkeen merkitystä myös muille organisaation kokonaistoiminnan tavoitteille. Jos esimerkiksi kehittämishankkeella pyritään edistämään terveydenhuolto-organisaation potilasturvallisuutta, mutta samaan aikaan edistetään organisaation tuottavuutta toiminnan tehostamisella ja vararesurssien supistamisella, voivat kehittämistoimenpiteet joissakin tilanteissa kumota toinen toistensa positiiviset vaikutukset. Lisäksi ristiriitaiset pyrkimykset voivat vaikuttaa kielteisesti henkilöstön hyvinvointiin.

Kaikessa kehittämisessä olennainen kysymys on, mille tasolle systeemiä kehittämistoimenpiteet kohdistetaan (vrt. kuva 1). Jos kehittäminen kohdistetaan vain yksittäiselle systeemin tasolle, tulee silloinkin pyrkiä ainakin pohtimaan sitä, miten kehittäminen voi vaikuttaa systeemin muihin tasoihin. Honkanen (2006) korostaa, että kehittämistyössä on tärkeää pysyä tietoisena siitä, millä systeemin tasolla toimintaa analysoidaan ja kehitetään. Vain näin on mahdollista analysoida eri tasojen vaikutusta toisiinsa. Honkasen mukaan kehittämisessä on vähintäänkin pyrittävä ottamaan huomioon kehitettävää tasoa alempi ja ylempi taso. Jos siis terveydenhuolto-organisaation kehittämistyö kohdistuu esimerkiksi tiettyihin työryhmiin osastolla, on kehittämisessä pyrittävä ottamaan huomioon vähintään tätä osastoa ympäröivän tulosalueen vaikutus osaston toimintaan sekä osaston työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien ja käyttäytymisen vaikutus ryhmän toimintaan.

4. Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuus ja vaarat

Tässä luvussa tarkastelemme lähemmin sitä, millainen ilmiö turvallisuus oikeastaan on ja miten sitä on tarkasteltu terveydenhuollon kontekstissa. Jäsennämme myös hieman terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuden käntöpuolta eli niitä vaaroja, joita terveydenhuolto-organisaatioiden toimintaan liittyy. Kuten kohdassa 2.2 totesimme, viittaamme turvallisuuden käsitteellä tässä julkaisussa potilasturvallisuuteen erotuksena esimerkiksi työturvallisuudesta.

Se, miten organisaation turvallisuus ymmärretään, on pitkälti sidoksissa siihen, miten organisaatio ymmärretään. Kuten luvussa 2 esitimme, systeemisessä ajattelussa organisaatiota tarkastellaan avoimena systeeminä tai organismina, joka muodostuu toisiinsa yhteydessä olevista osa- tai alajärjestelmistä. Tällaisen organisaationäkemyksen valossa turvallisuus on luontevaa ymmärtää ominaisuudeksi, joka syntyy organisaation eri osajärjestelmien tai tasojen vuorovaikutuksessa ja on siten enemmän kuin osiensa summa. Turvallisuus luodaan jatkuvassa työssä. Systeeminen turvallisuusnäkemys on hyödyllinen, sillä se ohjaa kiinnittämään huomiota laaja-alaisesti toiminnan kokonaisuuteen.

Organisaatio voidaan ymmärtää myös kompleksiseksi, adaptiiviseksi systeemiksi (ks. esim. Hatch & Cunliffe, 2006; Honkanen, 2006). Tämä niin sanotun kompleksisuusteorian mukainen organisaationäkemys voidaan nähdä systeemisen organisaatioajattelun laajenuksena. Siinä organisaation toiminta nähdään paitsi monien osajärjestelmien vuorovaikutuksen tuloksena ja siksi monimutkaisena, myös spontaanina ja ei-lineaarisenä ja osin ennustamattomana. Jos organisaation toimintaa hahmotetaan tällä tavalla, potilasturvallisuus kuvautuu organisaation vuorovaikutuksesta nousevana, luonteeltaan muista organisaation ominaisuuksista erilaisena ominaisuutena, jota ei voida koskaan hallita tai ennustaa täysin (ks. esim. Reiman & Oedewald, 2008). Se ei ole tiettyistä tapahtumista ja olosuhteista väistämättä seuraava lopputulema vaan enemmänkin dynaaminen tila, josta ei millään hetkellä voi olla täyttä varmuutta. Tämäntapaista potilasturvallisuuskäsitystä voidaan pitää hyvänä siinä mielessä, että se ohjaa organisaation jäseniä välttämään liikaa yksinkertaistamista, refleктоimaan ja kyseenalaistamaan toimintatapoja sekä pitämään epäonnistumisen mahdollisuuden mielessä ja varautumaan odottamattomiin asioihin (Reiman ym., 2008b; vrt. Weick & Sutcliffe, 2001).

Turvallisuustutkimuksessa korostetaan sitä, että turvallisuus ei ole sama kuin onnettomuuksien tai haittatapahtumien puuttuminen (ks. esim. Reiman & Oedewald, 2008; Rochlin, 1999a; Hollnagel, 2004; Dekker, 2005). ”Organisaation turvallisuus” kyllä vaikuttaa esimerkiksi haittatapahtumien ilmenemistäajuuteen hyvin todennäköisesti. Emme voi kuitenkaan suoralta kädeltä todeta turvalliseksi sellaista organisaatiota, jossa ei ole tapahtunut vakavia onnettomuuksia. Emme voi myöskään sanoa, että organisaati-

on turvallisuus on sitä heikompi, mitä enemmän siellä on ollut läheltä piti -tilanteita. Kuitenkin kyky tunnistaa vaaroja ja hallita niitä on turvallisuuden keskeisiä elementtejä. Siksi niiden vaarojen kuvaaminen, joita toiminnassa tulisi hallita, on monesti turvallisuuden määrittelyn lähtökohta.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa (2006) potilasturvallisuuden katsotaan kattavan hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Vaikka lääkehoidon turvallisuus ja laitteiden turvallisuus ovat periaatteessa osa hoidon turvallisuutta, ne ovat terveydenhuollon turvallisuuden kannalta niin keskeisiä, että ne on turvallisuussanastossa katsottu tarpeelliseksi nostaa esiin itsenäisinä osa-alueinaan. Lääkehoitoon ja laiteturvallisuuteen kohdistuu myös erillisiä määräyksiä ja säädöksiä.

Niitä mekanismeja, joiden kautta potilaiden turvallisuus voi terveydenhuolto-organisaatioissa vaarantua, voidaan kuvata ja luokitella monin tavoin. Ensinnäkin terveydenhuolto-organisaatiot kohtaavat toiminnassaan *laitteiden toiminnasta* aiheutuvia vaaroja. Esimerkiksi potilastietojärjestelmän suunnittelussa tapahtunut virhe tai elintoimintoja ylläpitävän teknisen järjestelmän vika voi aiheuttaa vaaraa terveydenhuolto-organisaation toiminnassa. Toiseksi potilasturvallisuus voi vaarantua *laitteiden käyttämisen* myötä. Esimerkiksi jokin potilaan hoidon kannalta elintärkeä tieto voi jäädä kirjaamatta potilastietojärjestelmään, ja tämä aiheuttaa vaaraa potilaalle.

Kolmanneksi myös *hoitomenetelmät itsessään* voivat aiheuttaa vaaraa. Esimerkiksi leikkauksiin liittyy riskejä, jotka eivät välttämättä ole hallittavissa edes leikkauksen huolellisella suunnittelulla ja toteutuksella. Neljänneksi vaaraa voi aiheuttaa *hoitoprosessi*. Voi esimerkiksi olla, että potilaalle annetaan väärä diagnoosi ja tämä johtaa hoidon viivästy-miseen tai väärän hoitomenetelmän valitsemiseen. Voi myös olla, että alkuperäinen diagnoosi on oikea, mutta potilaan tilanteen heikentymistä ei huomata eikä hoitoa muuteta tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitoprosessi saattaa myös katketa siten, että vaikuttavaa hoitoa ei jatketa potilaan siirtyessä osastolta toiselle. Neljanteen vaaramekanis-miluokkaan kuuluvat lisäksi tilanteet, joissa potilaan tilaan ei ole mahdollista reagoida tar-koituksenmukaisesti organisaation puutteellisten henkilöstö- tai materiaaliresurssien takia.

Viidentenä vaaramekanismina voidaan pitää *lääkkeistä aiheutuvaa* vaaraa. Esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutukset voivat tietyllä yksilöllä olla odottamattomia tai ennakoitua suurempia. Kuudenneksi vaaroja voi aiheuttaa se, *miten lääkkeitä käytetään*. Esimerkiksi lääkkeiden väärä annostus, väärän lääkkeen antaminen tai se, että lääkkeiden yhteisvaiku-tuksia ei ole huomioitu, voi vaarantaa potilasturvallisuuden.

Vaarojen luokittelu edellä kuvatulla tavalla ei ole käytännössä yksiselitteistä. Erityi-sesti voi olla vaikeaa erottaa sitä, liittyykö vaara menetelmään sinänsä vai hoitoprosessiin eli siihen, miten menetelmää käytetään. Tämänkaltaisten erottelujen nostaminen keskuste-

luun on kuitenkin tärkeää organisaatioiden turvallisuuden kehittämiseksi. Vaaramekanismien luokittelu auttaa myös ymmärtämään, miten moninaisten vaarojen kanssa terveydenhuolto-organisaatiot ovat tekemisissä. Turvallisuuskulttuuriarvioinnin tuloksia tulisi pyrkiä suhteuttamaan siihen, millaisia vaaroja ja kuinka paljon organisaatio tai sen yksikkö joutuu toiminnassaan kohtaamaan.

Vaaroja ei analysoida vain sen vuoksi, että ne pystyttäisiin eliminoimaan. Vaarat kuuluvat turvallisuuskriittisten toimialojen työn kohteeseen ja toiminnan luonteeseen. Niitä tulee osata kuvata, tunnistaa eri tilanteissa ja hallita mahdollisimman hyvin. Vaarojen hallinta on niin ikään toimintaa, jossa systeemin eri osat täytyy muistaa. Esimerkkinä erilaisten vaarojen hallinnan epäonnistumisesta voi pitää Chaudryn ja kumppaneiden (2006) tutkimusta. Chaudry ym. (2006) havaitsivat katsauksessaan, että tarttuvan sairauden vuoksi muusta osastosta eristetyillä potilailla oli kahdeksankertainen riski paine- haavaumiin, putoamisiin sekä häiriöihin neste- ja elektrolyyttitasapainossa verrattuna vastaavassa hoidossa oleviin, ei-eristettyihin potilaisiin. Näin ollen eristyspotilaan turvallinen hoitoprosessi ja osaston muiden potilaiden turvaaminen tartuntataudilta eivät itsestään selvästi onnistu samanaikaisesti.

Terveydenhuollossa on suhtauduttu toisinaan epäillen vaaratilanteiden ennakointiin riskianalyysien ja vaarojen toteutumisen estämiseen esimerkiksi ohjeistuksen avulla. Potilaita, sairauksia ja hoitotilanteita on niin monenlaisia, että terveydenhuollossa korostetaan yksilön kykyä tehdä päätelmiä ja oikeita toimenpiteitä organisaatiotasoisena varautumisen sijaan (ks. esim. Gawande, 1999). Toiminnan erityislaadun ja vaarojen ennakoimattomuuden korostaminen lienee kuitenkin lähes jokaisella toimialalla systeemisen turvallisuuskulttuurityön alkuvaiheessa esiintyvä ilmiö. Muun muassa Suomen Ilmavoimissa jokaisen vuosikurssin oppilaista tyypillisesti ainakin joku menehtyi uransa alussa vajaan kolmekymmentä vuotta sitten. Tätä pidettiin eräänlaisena väistämättömyytenä, sillä harjoituksissa tehtiin vaativia lentoja ja kaluston rajoja testattiin. Vähitellen ajattelumalli muuttui kuitenkin sellaiseksi, että kaluston hankinnassa ja harjoitusten suunnittelussa turvallisuus asetettiin etusijalle. Toiminnassa ryhdyttiin hyödyntämään palautetta kokemuksista systemaattisesti. Organisaation prosesseja, kuten lentäjien valintaa, koulutusta, yhteistoimintaa ja ohjeistusta, kehitettiin systemaattisesti. Organisaatiossa on systemaattiset suunnittelu- ja johtamiskäytännöt turvallisuuden kehittämistä varten. Turvallisuuden vastuuhenkilöiden status organisaatiossa on hyvä. Riskienarviointeja tehdään eri tasoilla organisaatiota pitkällä aikavälillä mutta myös tilannekohtaisesti ennen lentoharjoituksia. Turvallisuuskulttuuri on kehittynyt uudelle tasolle. (Ks. esim. Hietanen, 2008.)

5. Turvallisuuskulttuuri

5.1 Turvallisuuskulttuurikäsitteen taustaa

Turvallisuuskriittisten organisaatioiden arvioinnissa ja kehittämisessä on käytetty turvallisuuskulttuurin käsitettä. Käsite syntyi ydinvoimateollisuuden piirissä (IAEA, 1991). Sieltä se levisi monille muille turvallisuuskriittisille aloille, viime vuosina myös terveydenhuoltoon. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut turvallisuuskulttuurin vahvistamisen terveydenhuollon kaikilla tasoilla keskeiseksi tehtäväksi potilasturvallisuuden parantamisessa (Idänpään-Heikkilä, 2005).

Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuurin on katsottu olevan ”yksilöiden ja yhteisön yhteinen arvoihin perustuva tapa toimia siten, että kaikessa toiminnassa pyritään potilaalle koituvien haittojen poistamiseen. Turvallisuuskulttuurissa jokainen työntekijä asennoituu arvioimaan tilanteita ja työtään myös siihen potilaalle liittyvien riskien kannalta ja toimii riskien minimoimiseksi” (Idänpään-Heikkilä, 2005, s. 11). Turvallisuuskulttuurikäsitteen avulla on siis tarkasteltu sitä, miten henkilöstö asennoituu potilaiden turvallisuuteen ja miten se ymmärtää turvallisuuden ja työhön sisältyvät vaarat. Vähemmälle huomiolle jäävät organisaation toimintaan, johtamiseen ja prosesseihin liittyvät tekijät, jotka luovat puitteet yksilöiden toiminnalle. Vaarana on, että turvallisuuskulttuuri samaistuu yksilötason ilmiöksi, henkilökohtaiseksi asenteeksi turvallisuutta kohtaan. Kohdassa 5.2 määrittelemme turvallisuuskulttuurin hieman eri painotuksin.

Turvallisuuskulttuurin käsite on vakiintunut julkiseen keskusteluun, viranomaistoimintaan ja turvallisuusalan tutkimukseen. Eri aloilla onnettomuustutkinnoissa huono turvallisuuskulttuuri on jälkikäteen tunnistettu keskeiseksi onnettomuuksiin vaikuttaneeksi tekijäksi (ks. esim. Hopkins, 2005; Bento & Ödegård, 2005). Kline ym. (2008) ovat tutkimuksessaan saaneet viitteitä turvallisuuskulttuurin tason ja terveydenhuollon haittatapahtumien vakavuuden välisestä yhteydestä. Turvallisuuskulttuurin käsite on kuitenkin teoreettisesti ongelmallinen³. Yleisesti hyväksyttyä turvallisuuskulttuurin määritelmää ei ole pystytty löytämään ja teoreettisia malleja turvallisuuskulttuurin olemuksesta ja yhteydestä turvallisuuteen ja vaaroihin on esitetty hyvin vähän.

Tässä luvussa esittelemme oman teoreettisen turvallisuuskulttuurijäsennyksemme. Sen taustoja ja suhdetta muihin turvallisuuskulttuurimääritelmiin kuvataan yksityiskohtaisemmin VTT:n julkaisussa ”Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi” (Reiman ym., 2008b), jossa tarkastellaan turvallisuuskulttuuria eri turvallisuuskriittisillä toimialoilla.

³ Turvallisuuskulttuuria tarkastellaan kriittisesti muun muassa seuraavissa julkaisuissa: Hale (2000), Clarke (2000), Flin (2007), Reiman ja Oedewald (2008), Ruuhilehto ja Vilppola (2000) sekä Sorensen (2002).

Turvallisuuskulttuurin käsite, siten kuin me sen määrittelemme, perustuu osin erilaisille taustaoletuksille kuin niin sanottu moderni organisaatioajattelu, jonka näkemyksiin valtaosa terveydenhuollon kehittämishankkeista on perustunut. Modernissa organisaatioajattelussa tai niin sanotussa systeemisessä organisaatioteoriassa on usein taustalla oletus siitä, että todellisuutta voidaan havainnoida ja mitata objektiivisesti (ks. esim. Honkanen, 2006; Hatch & Cunliffe, 2006). Me puolestamme katsomme, että todellisuutta on mahdotonta havainnoida ja mitata täysin objektiivisesti. Tieto on aina jossain määrin tulkintojemme kautta väritettyä. Työyhteisöjen ”todellisuus” on sosiaalisesti rakennettu, ja yhteisön normit, käsitykset ja odotukset määrittävät sitä, mihin tietoon kiinnitetään huomiota ja mitä asioita pidetään merkityksettöminä – tai ei havaita ollenkaan (vrt. Weick, 1998).

Kuten aikaisemmin tässä julkaisussa todettiin, modernille organisaatioajattelulle on tyyppillistä myös se, että organisaatioiden johtaminen nähdään rationaalisena suunnitelmien laatimisena ja täytäntöönpanona (ks. esim. Honkanen, 2006; Hatch & Cunliffe, 2006) ja kehittämisessä korostetaan selkeiden tavoitteiden asettamista, tavoitteisiin pyrkimistä ja niiden saavuttamisen arviointia (Rhydderch ym., 2004). Myös me katsomme, että huolellinen ennakkovalmistelu ja suunnittelu on tärkeää niin jatkuvassa kehittämistoiminnassa kuin erillisissä kehittämishankkeissakin. Korostamme kuitenkin, ettei organisaation kehittäminen käytännössä yleensä etene suoraviivaisesti johdon ennalta käsin laatiman suunnitelman mukaisesti. Organisaatio on monimutkainen sosiaalinen kokonaisuus, jota ohjaavat monet erilaiset, usein tiedostamattomat olettamukset, normit ja tavat. Pidämme kehittämisen kannalta tärkeänä näiden taustaoletusten ja käsitysten ymmärtämistä. Turvallisuuskulttuuriajattelumme lähestyy siten ajatteluperinnettä, jota muun muassa Honkanen (2006) kutsuu konstruktivistis-symboliseksi.

5.2 Turvallisuuskulttuurin määritelmä

Määrittelemme turvallisuuskulttuurin

- a) organisaatiossa vallitsevaksi *kyvyksi ja tahdoksi ymmärtää*, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä
- b) *kyvyksi ja tahdoksi toimia* turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista (Reiman ym., 2008b).

Katsomme, että potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu vähitellen terveydenhuoltoorganisaation määrittellessä turvallisuuden varmistamisesta seuraavia vaatimuksia ja rajoituksia ja vastatessa näihin luomalla rakenteellisia ja psykologisia toimintaedellytyksiä sekä toimimalla näissä määrittelemissään raameissa. Turvallisuuskulttuuri on siis

dynaaminen ja adaptiivinen tila, jonka luominen ja ylläpitäminen on koko henkilöstön – ei ainoastaan johdon – tehtävä.

Aikaisemmassa julkaisussamme (Reiman ym., 2008b) kuvaamme myös sitä, mitä hyvä turvallisuuskulttuuri on.⁴ Näkemyksemme mukaan hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kyse siitä, että turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi. Tärkeää on myös se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan vastuuta ja että henkilöstö kokee voivansa vaikuttaa siihen. Olennaista hyvässä turvallisuuskulttuurissa on lisäksi se, että perustyötä ja työn kohdetta ymmärretään ja hallitaan.

Katsomme, että potilasturvallisuuskulttuuriin ei suoraan sisälly yksittäisten työntekijöiden toiminta tietyissä tilanteissa. Turvallisuuskulttuurilla tarkoitamme organisaation potentiaalista toimintaa, kyvykkyyttä ja tahtoa tai edellytyksiä, ei niinkään yksittäisiä suorituksia. Todellisissa tilanteissa hoidon lopputulokseen ja vaarojen aktualisoitumiseen vaikuttavat potilasturvallisuuskulttuurin lisäksi muutkin tekijät, kuten potilaan tila, vamman tai sairauden vakavuus, työntekijöiden persoonallisuuspiirteet sekä vireystilaan ja tarkkaavaisuuteen liittyvä vaihtelu. Potilasturvallisuuskulttuuri luo turvallisen työnteon edellytykset organisaatioon ja vaikuttaa työtilanteissa mahdollisiin toimenpiteisiin (esimerkiksi siihen, onko riittävästi työvoimaa, onko tarvittava tieto saatavilla tai miten hyvin hoitajien ja lääkärin yhteistyö sujuu). Se määrittelee myös sitä, otetaanko yksittäisistä tapahtumista tai tilanteiksi opiksi.

5.3 Turvallisuuskulttuurin kolme tarkastelutasoa

Katsomme, että turvallisuuskulttuuri on ilmiönä monitasoinen. Sitä jäsentäessä tulee erottaa kolme laadullisesti erilaista tasoa tai näkökulmaa (Reiman ym., 2007, 2008b). Nämä tasot ovat **organisatoristen ulottuvuuksien taso**, **psykologisten ulottuvuuksien taso** ja **sosiaalisten prosessien taso**. Seuraavassa kuvaamme tarkemmin, mitä tarkoitamme näillä tasoilla.

⁴ Tämä hyvän turvallisuuskulttuurin kuvaus tulee lähelle sitä, mitä Weick ja Sutcliffe (2001) tarkoittavat *tietoisella* (mindful) *organisaatiolla*. Samantapaisia asioita pidetään tärkeänä myös niin sanotussa resilienssi-ajattelussa (Hollnagel ym., 2006, 2008), jossa korostetaan organisaatioiden kykyä toimia joustavasti vaihtelevissa olosuhteissa. Resilienssi-ajattelun mukaan organisaation jokaisen tason täytyy kyetä vastaamaan sekä säännöllisiin että epäsäännöllisiin uhkiin, tarkkailemaan näitä uhkia ja tarvittaessa muuttamaan riskikäsitystään, ennakoimaan uhkia ja häiriötekijöitä sekä oppimaan tapahtuneesta totuudenmukaisesti.

5.3.1 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet

Suurin osa kansainvälisestä turvallisuuskulttuuritutkimuksesta keskittyy määrittelemään turvallisuuden kannalta keskeisiä organisatorisia rakenteita, toimintamalleja tai prosesseja. Vaikka turvallisuuskulttuuri ei pelkistykään organisaation näkyviin toimintaprosesseihin, niiden jäsentäminen on turvallisuuskulttuurin ymmärtämisen kannalta olennaista.

Organisatoriset ulottuvuudet voidaan nähdä eräänlaisina turvallisuuden rakentamisen ydintoimintoina, jotka muodostavat edellytykset turvallisuuskulttuurin vaikeammin havaittaville, psykologisille ulottuvuuksille ja sitä kautta turvallisuudelle (Reiman ym., 2008b). Koska organisatoriset ulottuvuudet ovat konkreettisia toimintaprosesseja, niitä voidaan myös arvioida ja kehittää.

Katsomme, että turvallisuuskulttuurin piiriin kuuluvia organisatorisia ulottuvuuksia on kolmesta⁵. Nimeämämme turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet ovat organisaation toimintaprosesseja, jotka turvallisuustutkimuksissa ja turvallisuuskulttuuritutkimuksissa ovat toistuvasti nousseet turvallisuuden varmistamisen kannalta keskeisiksi tekijöiksi monilla aloilla ja monenlaisissa organisaatioissa (Reiman ym., 2007, 2008a, 2008b). Nämä ulottuvuudet ovat

- 1) johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen
- 2) johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi
- 3) turvallisuudesta viestiminen
- 4) lähiesimiestoiminta
- 5) yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä
- 6) yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä
- 7) eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen
- 8) organisatorisen oppimisen käytännöt
- 9) osaamisen varmistaminen ja koulutus
- 10) resurssien hallinta
- 11) työn tukeminen ohjeilla
- 12) ulkopuolisten toimijoiden hallinta
- 13) muutosten hallinta (Reiman ym., 2007, 2008b).

⁵ Tarkastelemme turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksia konferenssijulkaisussa Reiman ym. (2008a) *Patient safety culture – a multilevel construct*. Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia ja niiden tarkoituksenmukaisuutta pohditaan myös julkaisussa Pietikäinen (2008) *Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa*. Julkaisussa Reiman ym. (2008b) *Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi* täsmennämme edelleen ja nimeämme uudelleen joitakin turvallisuuskulttuurin organisatorisista ulottuvuuksista. Tämän julkaisun jäsenys vastaa viimeksi mainitun julkaisun täsmennettyä turvallisuuskulttuurimallia.

Kunkin organisatorisen ulottuvuuden merkitys turvallisuudelle voi vaihdella esimerkiksi organisaation koon sekä henkilöstö- ja organisaatorakenteen mukaan.

Johtamisjärjestelmän määrittelyllä ja ylläpitämisellä turvallisuuskulttuurin ulottuvuutena tarkoitamme sitä, miten selkeästi kuvattuja ja ymmärrettyjä viralliset roolit ja vastuut ovat organisaatiossa, ja toisaalta, miten hyvin turvallisuuden kannalta keskeiset työprosessit on organisaatiossa määritelty. *Johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi* puolestaan viittaa siihen, miten turvallisuusasiat huomioidaan resursseja jaettaessa, päätöksiä tehtäessä ja toimintaa suunniteltaessa. On tärkeää, että johdolla on pitkän aikavälin suunnitelma turvallisuuden varmistamiseksi ja että johto toimii linjassa omien virallisten lausuntojensa kanssa (Reiman ym., 2008b).

Turvallisuudesta viestiminen tarkoittaa esimerkiksi sitä, että johto nostaa turvallisuuden keskustelunaiheeksi organisaatiossa ja pyrkii luomaan organisaatioon tunteen siitä, että se on kiinnostunut turvallisuudesta jo ennen kuin jotakin ikävää on tapahtunut (Reiman ym., 2008b). Viestinnän tarkoitus on antaa kuvaa siitä, miten johto suhtautuu turvallisuuteen ja miten johto arvioi ja seuraa organisaationsa turvallisuustilaa. Turvallisuusviestintään kuuluvat johdon turvallisuuden eteen tekemien asioiden kertominen henkilöstölle, tapaturmista ja muista vaaratilanteista informoiminen sekä turvallisuuteen liittyvien päätösten perusteluiden viestiminen.

Lähiesimiestoiminta turvallisuuskulttuurin ulottuvuutena puolestaan tarkoittaa sitä, miten lähiesimies nostaa turvallisuuden keskustelunaiheeksi tai tukee turvallisuutta koskevaa keskustelua ja kannustaa turvallisuutta edistävään toimintaan. Turvallisuuden priorisoinnin tulisi näkyä myös esimiestason päätöksenteossa, esimerkiksi resursseja jaettaessa. *Yhteistyöllä ja tiedonkululla lähityöyhteisössä* viittaamme siihen, että ryhmän ilmapiiriin tulisi mahdollistaa työn tehokas ja joustava tekeminen ja riittävä tiedonkulku. Tärkeää on myös se, että työprosessit ovat helposti hahmotettavissa ja päivittäiseen työn tekemiseen tarvittava tieto helposti saatavilla. *Yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä* on myös olennaista potilasturvallisuuden kannalta (Reiman ym., 2007; ks. myös Pasternack, 2006; Sorra & Nieva, 2004). Esimerkiksi potilaan siirtyminen sairaalan osastolta toiselle on tunnistettu tiedonkulun ja potilasturvallisuuden kannalta kriittiseksi tilanteeksi (Cook ym., 2000; Pasternack, 2006).

Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen on erityisen tärkeä turvallisuuskulttuurin organisatorinen ulottuvuus terveydenhuolto-organisaatioissa (Reiman ym., 2007), jotka koostuvat tyypillisesti vahvoista ja eriytyneistä ammattikulttuureista (ks. esim. Westbrook ym., 2007; Zohar ym., 2007). Erityisesti kahden terveydenhuollon perinteikkään ammattikunnan – sairaanhoitajien ja lääkäreiden – yhteistyötä on pidetty merkittävänä potilasturvallisuuden kannalta (ks. esim. Estabrooks ym., 2005; Sanchez McCut-

cheon ym., 2005). Hyvän hoitaja-lääkärisuhteen on todettu olevan yhteydessä potilaiden vähäisempään kuolleisuuteen (Estabrooks ym., 2005). Weick ja Sutcliffe (2001) ovat todenneet, että erittäin luotettavasti toimivissa organisaatioissa arvostetaan erilaisia asiantuntijoita, sillä erilaisen ammattitaidon omaavat ihmiset havaitsevat erilaisia asioita. Päätöksenteko siirtyy erityistilanteissa joustavasti niille, joilla on suurin asiantuntemus kyseessä olevista haasteista. Ammattiryhmien osaamisen yhteensovittamisen tulisi näkyä paitsi ammattiryhmien keskinäisenä kunnioituksena ja päätöksenteon joustavuutena erityistilanteissa, myös siinä että organisaation toiminnan ja potilaan hoidon suunnittelussa hyödynnetään kokonaisvaltaisesti erilaisten ammattien edustajien erikoisosaamista.

Organisatorisen oppimisen käytännöillä viittaamme esimerkiksi virheiden ja läheltä piti-tilanteiden raportointiin ja hyödyntämiseen oppimisen mahdollisuuksina sekä toiminnan ennakoivaan kehittämiseen. Weickin ja Sutcliffen (2001) mukaan kiinnostus epäonnistumisiin on yksi korkean luotettavuuden organisaatioiden (HRO) keskeisistä piirteistä. Useimmilla turvallisuuskriittisillä aloilla toteutetaankin vaaratilanteiden, poikkeamien, virheiden ja läheltä piti -tilanteiden systemaattista raportointia. Raportointi perustuu osittain säädettyyn velvollisuuteen. Esimerkiksi terveydenhuollon organisaatiot raportoivat viranomaisten ylläpitämiin rekistereihin hoitoon, laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvistä tapahtumista, vaaratilanteista ja haittavaikutuksista. Tämän raportoinnin rinnalle on viime vuosina eri maissa kehitetty vapaaehtoisia, organisaation potilasturvallisuuden kehittämiseen tarkoitettuja raportointijärjestelmiä. Vaaratilanteiden lisäksi organisaatioiden pitäisi pyrkiä ennakoimaan vaaroja ja oppimaan ennen kuin mitään tapahtuu. HRO-organisaatioissa vallitsee haluttomuus yksinkertaistaa asioita ja pyrkimys tarkastella toimenpiteiden erilaisia mahdollisia seurauksia niin lyhyellä kuin pitkällä aikavälillä (Reiman & Oedewald, 2008). Kaikki organisaation toimintaa koskeva informaatio otetaan vastaan ja sen käsittelemiseen käytetään resursseja. Etulinjassa työskentelevät henkilöt pyrkivät koko ajan säilyttämään tietoisuuden organisaation kokonaistilasta ja toiminnosta ja ymmärtämään nykytilanteen merkityksen tulevaisuuden toiminnalle. Myös johdon tulee olla herkkä etulinjan toimijoiden kokemuksille ja kannustaa heitä raportoimaan niitä. HRO-organisaatiot tarkastelevat Weickin ja Sutcliffen (2001) mukaan toimintaansa ennemminkin vallitsevan tilanteen kuin pitkäaikaisen strategian valossa. Tämä mahdollistaa nopeiden korjaustoimenpiteiden tekemisen.

Osaamisen varmistamisella ja koulutuksella tarkoitamme laajasti niitä organisaation toimia, joiden avulla huolehditaan siitä, että henkilöstö on pätevää ja suoriutuu hyvin tehtävistään. Organisaation kannalta tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että rekrytoidaan muodollisesti päteviä ja osaavia henkilöitä sekä huolehditaan osaamisen arvioinnista, ylläpitämisestä ja kehittämisestä työsuhteen eri vaiheissa. Työhön perehdyttäminen on ensinnäkin hoidettava siten, että tulokas voi asteittain osallistua yhä vaativampiin tehtäviin taitojen ja luottamuksen (mukaan lukien työtovereiden luottamus tulokasta kohtaan) kasvaessa. Riittävät työtä koskevat tiedot ja taidot tarvitsevat jatkuvaa tiedon hankintaa

ja päivitystä. Työntekijöille tulee tarjota esimerkiksi teknistä koulutusta, jotta he saavat alan viimeisimmän tiedon ja jotta he voisivat kehittää nykyisiä työmenetelmiään. Koulutuksen on tarjottava paitsi kompetensseja, myös turvallisuustietoisuuden lisäämistä (Mol, 2003). Tämä tapahtuu kouluttamalla toisaalta taitoja, toisaalta asenteita ja tietoa vaarojen luonteesta ja vakavuudesta.

Resurssien hallinta on turvallisuuden kannalta yksi keskeisimmistä rakenteellisista tekijöistä ja turvallisuuskulttuurin organisatorisista ulottuvuuksista. Sanchez McCutcheon ym. (2005) ovat vetäneet yhteen tutkimuksia, joissa tarkastellaan päivittäisten töiden miehityksen määrän vaikutusta hoidon lopputulokseen, esimerkiksi vaara- ja haittapahtumiin. Heidän synteesisä osoittaa, että hoitohenkilöstön määrä suhteessa potilasiin on selkeästi yhteydessä potilasturvallisuuteen. Samaan tulokseen ovat tulleet myös Hickam ym. (2003) omassa systemaattisessa katsauksessaan.

Resurssien hallinnassa ei ole kyse ainoastaan työntekijöiden riittävästä määrästä vaan myös työtehtävien sujuvan toteuttamisen varmistamisesta. Resursointiin liittyy myös työn rytmittäminen, joka on erityisen tärkeää vuorotöissä, joiden aiheuttamat väsymysvaikutukset lisäävät inhimillisten virheiden riskiä. Henkilöstöresurssien lisäksi myös riittävästä ja tarkoituksenmukaisista materiaalisista resursseista ja tiloista huolehtiminen on resurssien hallintaa. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että kriittistä potilastyötä voidaan suorittaa rauhallisissa olosuhteissa ilman keskeytyksiä (Hickam ym., 2003). Myös laitteiden kunnossapidosta huolehtiminen on tullut terveydenhuollossa yhä keskeisemmäksi turvallisuustekijäksi teknologian nopean lisääntymisen myötä.

Työn tukeminen ohjeilla on tärkeä turvallisuuskulttuurin ulottuvuus. Ohjeet ja säännöt antavat toiminnalle pohjan ja suuntaviivat. Ohjeiden ja sääntöjen turvallisuusvaikutus riippuu kuitenkin siitä, miten sääntöjä luodaan ja ylläpidetään ja miten niihin suhtaudutaan. Riskitietoisessa organisaatiossa sääntöjä ei pidetä pysyvinä ja kaiken kattavina ohjeina, joita sokeasti noudattamalla päästään turvallisuuden kannalta parhaaseen lopputulokseen (ks. esim. Hopkins, 2005; Reiman ym., 2008b). Sen sijaan sääntöihin suhtaudutaan siten, että niitä voidaan tarvittaessa muuttaa ja täydentää sen mukaan, millaisia riskejä organisaatiossa havaitaan.

Ulkopuolisten toimijoiden hallinnalla tarkoitamme sitä, miten hallittua ja sujuvaa yhteistyötä on ulkopuolisen työvoiman ja ostopalveluita tarjoavien tahojen kanssa. Vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu on lisännyt yksityisten ostopalveluiden käyttöä julkisessa terveydenhuollossa, ja ostopalveluiden arvioidaan lisääntyvän tulevaisuudessa entisestään (Lith, 2006). Ylipäätäänkin tämän päivän organisaatioissa työolosuhteet ovat yhä useammin lyhytaikaisia ja työyhteisöihin kuuluu omien ydintyöntekijöiden lisäksi usein erilaisissa määräaikaissä tai alihankintaperustaisissa työsuhteissa toimivia henkilöitä. Terveydenhuolto-organisaatioissa esimerkiksi kiinteistönhuollon ja vartiointin

tehtävät ovat usein ulkoistettuja. Yhä enemmän hyödynnetään myös niin sanottuja keikkalääkäripalveluita. Tilapäistyöntekijöiden käytön on osoitettu olevan yhteydessä potilasturvallisuuden ongelmiin (Estabrooks ym., 2005), mutta sitä on toisaalta pidetty myös tärkeänä tekijänä potilasturvallisuuden varmistamisessa (Page, 2008). Clarke (2003) kiinnittää huomiota siihen, että ryhmissä, joissa työskentelee sekä ydintyöntekijöitä että tilapäis- tai alihankintatyöntekijöitä, erilaiset työsuhtejärjestelyt voivat aiheuttaa sosiaalisia esteitä ja kommunikaatio-ongelmia, jotka puolestaan vaikuttavat turvallisuuteen.

Muutosten hallintaan sisältyy niin varsinaisen muutosprosessin (esimerkiksi uuden tietojärjestelmän käyttöönoton etenemisen) kuin muutosprosessin myötä muuttuvien toimintatapojen riskien arviointi ja kontrollointi. Myös tarkoittamattomien muutosten tunnistaminen ja muutosten mukanaan tuomiin uusiin uhkiin ja vaaroihin varautuminen kuuluvat muutosten hallintaan. Muutoksen hallinta on siis organisaation haavoittuvuuksien ennakkointia ja hallintaa (Reiman ym., 2008b). Organisatoristen muutosten systemaattinen hallinta on terveydenhuollossa suhteellisen uutta verrattuna teollisuuden organisaatioihin. Teollisuuden organisaatioihin verrattuna organisaatiolähtöinen, joustava muutosten hallinta on myös siinä mielessä haasteellisempaa, että julkisten organisaatioiden toiminta on sidottua poliittisen päätöksenteon ehtoihin ja aikatauluihin. Terveydenhuollossa on käynnissä laaja-alaisia muutoksia, kuten siirtyminen sähköiseen potilastietojen välittämiseen.

5.3.2 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet

Turvallisuuskulttuuri ilmenee organisaation toimintaprosessien lisäksi yksilöiden kokemuksissa ja käsityksissä. Turvallisuuskulttuurin **psykologisilla ulottuvuuksilla** viitataan henkilöstön subjektiivisiin kokemuksiin, tunteisiin ja käsityksiin (Reiman ym., 2007, 2008b). Katsomme, että henkilöstön subjektiivisia kokemuksia voidaan pitää organisatoristen ulottuvuuksien toimivuuden indikaattoreina, turvallisuuskulttuurin kaikkein tärkeimpänä ja syvimpänä tasona, eräänlaisina turvallisuuskulttuurin tulosulottuvuuksina. Yksilöt eivät pitkään toimi organisaation johdon viestien tai ohjeiden perusteella, elleivät ne vastaa heidän käsitystään hyvästä toiminnasta tai elleivät he koe mahdollisuutta toimia kuten edellytetään. Organisaation toimintaprosesseilla pyritään siis välittämään ihmisille tarkoituksenmukaista ymmärrystä, käsityksiä ja kokemuksia työstä ja sen toteuttamisen tavoista.

Turvallisuuskulttuuriin kuuluvia psykologisia ulottuvuuksia ovat näkemyksemme mukaan

- 1) turvallisuusmotivaatio
- 2) ymmärrys organisaation vaaroista, vaaramekanismeista ja onnettomuuksista
- 3) ymmärrys organisaation turvallisuudesta
- 4) vastuu organisaation turvallisuudesta
- 5) työn hallinta (Reiman ym., 2008b).

Turvallisuusmotivaatiolla tarkoitamme tilaa, jossa turvallinen toiminta on henkilölle aidosti tärkeä arvo, jonka tavoittelu motivoi häntä työssä. Turvallisuu­teen ei panosteta vain rangaistuksen välttämiseksi tai esimerkiksi taloudellisten menetysten välttämiseksi. Potilasturvallisuudella on henkilölle arvo sinänsä. Käytännössä jokainen ammattihenkilö painii päivittäisessä työssään tuottavuuden, tehokkuuden ja turvallisuuden ristipaineessa. Turvallisuuden asettaminen etusijalle edellyttää turvallisuusmotivaation lisäksi työhön liittyvien vaarojen hahmottamista.

Toinen psykologinen ulottuvuus on toimintaan liittyvien vaarojen ymmärtäminen. Organisaation turvallisen toiminnan kannalta on välttämätöntä, että henkilöstö on *tietoinen toimintaansa liittyvistä vaaroista ja niistä vaaramekanismeista, vaaraluokista tai yleisistä periaatteista, joiden kautta vaarat omassa organisaatioissa voivat aktualisoitua*. Tämä tieto voi auttaa henkilöstöä välttämään tyypillisimpiä, usein esiintyviä ongelmia ja myös kiinnittämään huomiota ennakoivasti erilaisiin mahdollisiin ongelmiin. Jokaisella työntekijällä on jonkinlainen enemmän tai vähemmän tiedostettu sisäinen malli siitä, miten onnettomuudet ja haittatapahtumat – paitsi omalla alalla, myös ylipäätään inhimillisessä toiminnassa – syntyvät. Kohtalolla ja huonolla tuurilla on edelleen vahva asema monen työntekijän arkisena ”onnettomuusmallina” (Hovden & Larsson, 1987). Toinen vahva oletus onnettomuuksien tai potilasvahinkojen synnystä on inhimillinen virhe tai muu yksilön ominaisuus, kuten välinpitämättömyys, huolimattomuus tai ”tyhmyys”. Organisaatiossa, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, virheet, vaaratilanteet ja jopa onnettomuudet ymmärretään organisaation toiminnan ilmentymiksi tai tuotoksiksi, samaan tapaan kuin turvallisuuskin. Tämä tekee niiden käsittelyn ja ehkäisemisen mahdolliseksi ilman syyllistämistä ja voimakkaita häpeän ja epäonnistumisen tunteita. (Reiman & Oedewald, 2008.)

Negatiivisten potilastapahtumien syntymisen lisäksi henkilöstö muodostaa enemmän tai vähemmän tiedostettuja mielensisäisiä malleja *turvallisuudesta*. Se, miten henkilöstö ymmärtää turvallisuuden, ohjaa sitä, mihin asioihin se kiinnittää huomiota, mitä asioita turvallisuuden suhteen mitataan ja mitä toimenpiteitä tehdään turvallisuuden parantamiseksi. On tärkeää, että potilasturvallisuus hahmotetaan laajemmaksi ilmiöksi kuin ainoastaan haittatapahtumien ”kääntöpuoleksi” tai yksilötason inhimillisten virheiden välttämiseksi.

Vaikka on tärkeää, että henkilöstö ymmärtää, miten monitahoinen ilmiö potilasturvallisuus on, tämä ei saisi kuitenkaan johtaa siihen, että henkilöstö kokee turvallisuustavoitteet mahdottomina saavuttaa ja suhtautuu onnettomuuksiin ja tapaturmiin työhön väistämättömästi kuuluvana ”välttämättömänä pahana” eikä yritäkään ponnistella turvallisuuden kehittämiseksi. Henkilökohtaisen vastuun kokemusta on pitkään pidetty työpsykologiassa yhtenä keskeisenä motivaatitekijänä (ks. esim. Hackman & Oldham, 1980). Se tarkoittaa tunnetta siitä, että henkilö on itse vastuussa tekemisistään, tuntee voivansa

vaikuttaa työnsä tuloksiin ja kokee olevansa velvollinen tekemään parhaansa tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällaista vastuun tunnetta voidaan pitää olennaisena myös turvallisuuden kannalta (ks. Reiman, 2007). Terveysturva-organisaatiossa, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, *henkilöstö kokee vastuuta potilasturvallisuudesta*. Tällä tarkoitamme siis sitä, että organisaation jäsenet kokevat voivansa vaikuttaa oman työnsä tuloksiin ja sitä kautta organisaation kokonaisturvallisuuteen ja kokevat myös olevansa osaltaan vastuussa organisaation turvallisuustasosta. Vastuuta organisaation turvallisuustasosta voidaan kutsua turvallisuuden kehittämisorientaatioksi tai turvallisuuden hallintapyrkimykseksi.

Organisaatio, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, on siis paradoksaalisesti sellainen, että sen jäsenet ymmärtävät potilasturvallisuuden moniulotteisuuden ja vaikean ennustettavuuden, mutta pyrkivät siitä huolimatta hallitsemaan sitä. Nämä molemmat puolet ovat tärkeitä turvallisuuskulttuurissa – sekä turvallisuuden vaikean hallittavuuden ymmärtäminen että pyrkiminen sen hallitsemiseen. Organisaatiossa, jossa on hyvä potilasturvallisuuskulttuuri, yksilöt kokevat myös henkilökohtaista vastuuta asiasta, jota ei voi yksin hallita – ilmiöstä, joka on luonteeltaan kollektiivinen. He pyrkivät omalla toiminnallaan edesauttamaan sitä, että muutkin kantavat henkilökohtaista vastuuta turvallisuudesta.

Yhtenä tärkeänä turvallisuuskulttuurin psykologisena ulottuvuutena pidämme myös *työn hallintaa*. Jotta työntekijä voisi ymmärtää työhön liittyviä vaaroja ja kokea voivansa vaikuttaa organisaation turvallisuuteen, tulee hänen ensin pystyä hallitsemaan omaa perustyötään. Työpsykologiassa työn hallittavuutta on lähestytty psykologisena ilmiönä työn hallinnan tunteen kautta (Hackman & Oldham, 1980; ks. myös Clarke & Cooper, 2004). Työn hallinnan tunteella tarkoitamme kokemusta siitä, että työntekijä pystyy suoriutumaan työtehtävistään ja tekemään ne niin hyvin ja niin huolellisesti kuin hänen arvionsa mukaan on tarve. Se tarkoittaa myös sitä, että työtehtävät eivät ole liian vaativia työntekijän taitoihin nähden ja että työ ei ole liian stressaavaa. Työn hallinnan tunne on yhteydessä työsuoritukseen ja siten turvallisuuteen kahdella tavalla: Ensinnäkin yhteys on suora – työntekijä, joka ei koe hallitsevansa työtään, suoriutuu työstään heikosti ja voi joutua vaaratilanteisiin. Toiseksi vähäinen hallinnan tunne on yhteydessä työstressiin ja työstressillä on todistetusti yhteys työpaikan turvallisuuteen (Clarke & Cooper, 2004). Työstressin yhteys turvallisuuteen on sekä suora (suorituksen heikkeneminen stressin johdosta) että epäsuora (suoritus voi säilyä hyvänä, mutta stressi voi ilmetä turvallisuuden vaikuttavina poissaoloina tai ilmapiiriongelmina).

5.3.3 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset prosessit

Turvallisuuskulttuurin sosiaalisten prosessien tasolla ilmenevät erilaiset sosiaaliset mekanismit, joiden kautta tulkitaan asioita, muodostetaan käytäntöjä sekä luodaan ja ylläpidetään merkityksiä (Reiman ym., 2008a, 2008b). Näihin prosesseihin liittyy ajallinen ulottuvuus, ja niiden tarkastelu edellyttää organisaation historian tuntemusta. Sosiaaliset prosessit ovat olemassa ihmisten kollektiivisina kokemuksina, vuorovaikutustapoina ja kommunikaatiokäytäntöinä. Niistä voidaan saada tietoa vain henkilöstön kokemusten ja tulkintojen kautta. Sosiaalisten prosessien voidaan ajatella selittävän sitä, miten organisatoriset prosessit muuntuvat tietynlaisiksi psykologisiksi tiloiksi eri tavoin eri konteksteissa ja miten nämä psykologiset tilat jälleen vaikuttavat toimintaan sekä organisatoristen prosessien tulkintaan.

Sosiaalisia prosesseja ei ole useinkaan tutkimuksissa tarkasteltu turvallisuuskulttuurikäsitteen yhteydessä. Niitä on kuitenkin tunnistettu turvallisuustutkimuksissa ja erityisesti onnettomuustutkinnoissa, joissa organisaation ajalehtimistä kohti onnettomuutta on tarkasteltu jälkikäteen (ks. esim. Starbuck & Milliken, 1988; Vaughan, 1996; Snook, 2000). Näissä tutkimuksissa lähtökohtana on yleensä ollut sosiologisen turvallisuustutkimuksen näkökulma eikä löydöksiä ei ole aina pystytty tai pyrittykään yleistämään. Toinen sosiaalisten prosessien ”lähde” on yleinen sosiaalipsykologinen tutkimus, joka on tunnistanut yleisiä sosiaalisia mekanismeja. Näitä löydöksiä ei ole kuitenkaan juuriakaan suhteutettu turvallisuuteen. Sosiaalisten prosessien tunnistamiseksi ja niiden turvallisuusvaikutusten arvioimiseksi tarvitaan vielä lisää tutkimusta. Esittelemme tässä kuitenkin joitakin sosiaalisia prosesseja, joita pidämme merkityksellisinä potilasturvallisuuden kannalta.

Yhtenä potilasturvallisuuden kannalta keskeisenä sosiaalisena prosessina voidaan pitää sitä, miten organisaation rakenteelliset ja teknologiset ratkaisut ohjaavat tietynlaisiin kulttuurisiin käsityksiin ja ylläpitävät niitä. Kutsumme tätä prosessia *työtä ja turvallisuutta koskevien käsityksen juurtumiseksi* (Reiman & Oedewald, 2008; Reiman ym., 2008b). Esimerkiksi potilastietojärjestelmiin sisältyy suunnittelijoiden käsityksiä siitä, miten työtä tulisi tehdä, miten potilasturvallisuus saavutetaan ja mikä on ihmisen rooli potilasturvallisuuden varmistamisessa. Näin potilastietojärjestelmät suuntaavat huomiota tietynlaisiin asioihin ja pois joistakin muista asioista. Sama pätee myös esimerkiksi vaaratilanneraportointijärjestelmiin. Niissä suunnittelijoiden käsitykset ovat juurtuneina muun muassa siinä, minkälaisia asioita on valittu raportoitaviksi ja miten eri syytekijöitä on luokiteltu. Käyttäessään järjestelmää henkilöstö juurruttaa siihen vähitellen omia käsityksiään siitä, mitä ovat vaaratilanteet ja miten ne liittyvät potilasturvallisuuteen.

Toinen turvallisuuskulttuuriin liittyvä sosiaalinen prosessi on toimintatapojen *optimointi ja ajalehtiminen*. Ajalehtiminen tarkoittaa prosessia, jossa organisaation osatoimintojen

– kuten sairaalan osastojen tai tulosalueiden – käytännöt muokkautuvat vähitellen paikallisten normien, tavoitteiden ja koettujen toimintamahdollisuuksien mukaan. Toisin sanoen käytäntöjä pyritään optimoimaan paikallisesti. Optimointi voi paikallisella tasolla tarkasteltuna olla eduksi potilasturvallisuudelle. Toisaalta organisaatioon voi paikallisen optimoinnin myötä kehittyä tapoja, jotka eivät ole koko organisaation näkökulmasta turvallisuutta edistäviä (Reiman & Oedewald, 2008). Sairaalan yksiköiden toiminta voi siis vähitellen lipua tilaan, joka ei vastaa koko järjestelmän tasolla virallisesti suunniteltua ja määriteltyä toimintatapaa ja joka voi vaikeuttaa yksiköiden välistä yhteistyötä esimerkiksi potilassiirroissa tai konsultaatioissa. Toimintatapojen ajelehtiminen on yhteydessä henkilöstön käsityksissä tapahtuvaan ajelehtimiseen eli siihen, että käsitykset siitä, mikä on riittävää, turvallista ja laadukasta, vähitellen muuttuvat (Reiman & Oedewald, 2008).

Poikkeamien normalisoiminen voidaan nähdä keskeisenä turvallisuuskulttuurin sosiaalisena prosessina. Poikkeamien normalisoiminen tarkoittaa sitä, että usein toistuvat häiriöt mielletään vähitellen osaksi organisaation normaalia arkea eikä niihin enää kiinnitetä erityistä huomiota (Reiman & Oedewald, 2008). Ne siis tulevat vähitellen osaksi normaalia työtä.

Ymmärryksen luomista päivittäisistä tapahtumista ja niiden merkityksestä voidaan pitää yhtenä keskeisenä turvallisuuskulttuurin sosiaalisena prosessina (Reiman ym., 2008b). Ymmärryksen luominen perustuu ihmisten pyrkimykselle rakentaa ymmärrettävää kuvaa siitä, mitä on tapahtumassa ja mikä on tapahtuneiden asioiden merkitys (Weick, 1995). Ihmiset pyrkivät toimimaan sen mukaan, miten he tilanteessa näkevät parhaaksi, ja jälkikäteen (uudelleen)tulkitsemaan tilanteen sellaiseksi, että heidän toimintansa sopi siihen. Ymmärryksen luominen asettaa raamit niin ammatilliselle ja sosiaaliselle identiteetille kuin toiminnallekin (Mills, 2003, s. 35; Weick ym., 2005; Reiman & Oedewald, 2008). Ymmärryksen luominen kohdistuu myös turvallisuuteen ja siihen, mitä organisaation toiminnan historia kertoo turvallisuudesta. Potilasturvallisuuden kannalta on keskeistä esimerkiksi se, tulkitaanko menneisyyden vähäiset vaaratilanteet takeeksi siitä, että toiminnan vaarat ovat hallinnassa, vai suhtaudutaanko vähäisiin vaaratilanteisiin epäilevästi, tunnistaen että epäonnistumisten välttämiseksi on tehtävä jatkuvasti työtä. Kaiken kaikkiaan ymmärryksen luominen on siis uskottavan tarinan muodostamista omasta toiminnasta, sosiaalisesta identiteetistä, työn merkityksellisyydestä ja organisaation turvallisuudesta (vrt. Rochlin, 1999a, s. 1555; Dekker, 2005, s. 62; Weick, 1995).

Myös *normien ja sosiaalisen identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen* voidaan nähdä turvallisuuskulttuurin sosiaalisena prosessina. Ryhmän normeilla tarkoitetaan – usein kirjoittamattomia – sääntöjä, jotka ryhmä on asettanut jäsenilleen ilmaisemaan sitä, minkälainen käyttäytyminen on suotavaa ja minkälainen ei. Normit koskevat esimerkiksi vuorovaikutuksen tapoja, kommunikointia, valtasuhteita sekä palkitsemisen ja rankai-

semisen kriteereitä. Normit auttavat yksilöä jäsentämään ja ennustamaan ympäristöään. Lisäksi ne auttavat ryhmän toiminnan koordinoimisessa ja sääntelemisessä sekä tavoitteiden saavuttamisessa (Reiman & Oedewald, 2008). Normit ovat ryhmäkohtaisia, ja eri ryhmät saattavat muodostaa saman organisaation sisällä hyvinkin erilaisia normeja. Normit ovat osa ryhmän sosiaalista identiteettiä, joka on tyypillisemmin ammattiryhmäkohtainen kuin organisaatiokohtainen ilmiö.

Yhtenäinen ja vahva sosiaalinen identiteetti edesauttaa ihmisten vuorovaikutusta ja kommunikointia, kollektiivista toimintaa sekä vastuun ottamista yhteisistä asioista (Haslam, 2004). Sosiaaliseen identiteettiin kuuluu oletusten ja stereotyyppien luominen muiden ryhmien jäsenten toiminnasta, asenteista ja motiiveista. Näin muodostuneet asenteet ohjaavat suhtautumista muihin ihmisiin ja vaikuttavat näin ollen muun muassa ryhmien väliseen yhteistyöhön. Vahvan sosiaalisen identiteetin omaava ryhmä voi toimia yksilölle sosiaalisena tukena ja näin suojata muun muassa stressiä vastaan sekä tarjota tärkeää palautetta oman työsuorituksen laadukkuudesta. Vahva ja yhtenäinen sosiaalinen identiteetti voi kuitenkin olla myös haitallinen turvallisuuden kannalta, jos vahva pyrkimys yhtenäisyyteen estää kriittistä suhtautumista ryhmän tekemisiin. Ryhmän yhtenäisyys edistää ryhmän vallitsevaan mielipiteeseen mukautumista (Brown, 2000, s. 134).

5.4 Turvallisuuskulttuurin arviointi

Turvallisuuskulttuurin arvioinnilla voi olla hyvinkin erilaisia tavoitteita tai lähtökohtia terveydenhuolto-organisaatioissa. Turvallisuuskulttuurin arviointi voi liittyä esimerkiksi esiin tulleiden läheltä piti -tilanteiden tai potilasvahinkojen syiden perusteellisempaan selvittelyyn. Turvallisuuskulttuuriarviointi voidaan toteuttaa myös lähtöarviona organisaation ja potilasturvallisuuden normaalille kehittämiselle tai sen avulla voidaan arvioida toteutettujen kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia. Lisäksi turvallisuuskulttuuria voidaan arvioida joukossa organisaatioita säännöllisesti ja joitakin sen piirteitä voidaan käyttää potilasturvallisuuden tason indikaattoreina, joiden avulla seurataan ”turvallisuustrendiä”. Käytävissä olevien resurssien lisäksi arvioinnin lähtökohdat ja tavoitteet vaikuttavat siihen, miten syvällisesti turvallisuuskulttuurin arviointi toteutetaan ja millaisia menetelmiä siinä käytetään.

Ulkopuolisen asiantuntijan tai niin sanotun muutosagentin näkemys on usein avuksi turvallisuuskulttuurin arvioinnissa. Ulkopuolinen asiantuntija voi auttaa nostamaan esiin asioita, joista on organisaatiossa tullut niin arkipäiväisiä, ettei niihin enää kiinnitetä huomiota (vertaa edellinen luku). Ulkopuolisen asiantuntijan voi myös olla helpompi tuoda käsittelyyn asioita, jotka ovat syystä tai toisesta niin arkaluontoisia, että niihin on vaikea tarttua organisaation sisältä käsin, mutta joista olisi tärkeää keskustella turvallisuuden kehittämiseksi.

Kuten edellä todettiin, valtaosa menetelmistä tarkastelee turvallisuuskulttuuria organisatoristen ulottuvuuksien tasolta käsin. Organisatorisia ulottuvuuksia on tutkimuksissa ja käytännön kehittämistyössä arvioitu pääasiassa kyselyiden avulla (ks. esim. Clarke, 2000; Glendon & Stanton, 2000; Guldenmund, 2007; Ruuhilehto & Vilppola, 2000). Turvallisuuskulttuurikyselyt koostuvat tyypillisesti turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia kuvaavista väittämistä, joiden paikkansapitävyyttä organisaation jäsenet arvioivat. Väittämien arviointi tapahtuu useimmiten Likert-tyyppisellä asteikolla, jonka ääripäitä ovat ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Kyselyn vastaukset pisteitettään ja niiden pohjalta lasketaan erilaisia turvallisuuskulttuuria kuvaavia tunnuslukuja, kuten keskiarvoja ja keskihajontoja.

Kyselyihin turvallisuuskulttuurin arviointimenetelmänä liittyy monia vahvuuksia. Tärkeää on esimerkiksi se, että edellä kuvatun kaltaiset strukturoidut kyselyt mahdollistavat aineiston kvantitatiivisen eli määrällisen tarkastelun. Määrällinen tieto turvallisuuskulttuurista on tärkeää esimerkiksi silloin kun halutaan seurata kulttuurin muutosta vaikkapa kehittämishankkeen yhteydessä. Määrällisistä tuloksista voi olla hyötyä myös tarkasteltaessa potilasturvallisuuden tasoa ennakoivasti säännöllisin väliajoin tehtävinä turvallisuuskulttuurin mittauksina.

Kyselytutkimuksen keskeisenä etuna voidaan pitää sitä, että se on suhteellisen helppo ja edullinen toteuttaa (ks. esim. Clarke, 2000; Lee, 1998; Madsen ym., 2007). Kyselytutkimus mahdollistaa myös työntekijöiden äänen kuulumisen laajasti (Lee, 1998). Oikein toteutetussa kyselytutkimuksessa työntekijät voivat tuoda esiin näkemyksensä organisaationsa kulttuurista pelkäämättä henkilöllisyytensä tulevan ilmi tai joutuvansa syytekyksi esimerkiksi virallisesta linjasta poikkeavista lausunnoistaan.

TUKU-projektissa kehitettiin kysely, joka on tarkoitettu erityisesti potilasturvallisuuskulttuurin **organisatoristen ulottuvuuksien** arviointiin (Pietikäinen, 2008). Kyselyn laadinnassa hyödynnettiin olemassa olevia ulkomaisia kyselyitä (Rollenhagen & Westerlund, 2007; Sorra & Nieva, 2004; Zohar, 2000). Ne katsottiin kuitenkin teoriapohjaltaan tai sisällön laajuudeltaan niin puutteellisiksi, että oli välttämätöntä kehittää Suomeen uusi menetelmä. Kansallisten kulttuurierojenkin vuoksi kysymykset ja niiden painotukset eivät todennäköisesti toimi suoraan suomalaisessa kontekstissa.

Kuten kohdassa 5.2.1 esitimme, katsomme, että turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia on kolmetoista: 1) johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen, 2) johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi, 3) turvallisuudesta viestiminen, 4) lähiesimiestoiminta, 5) yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä, 6) yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä, 7) eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen, 8) organisatorisen oppimisen käytännöt, 9) osaamisen varmistaminen ja koulutus, 10) resurssien hallinta, 11) työn tukeminen ohjeilla, 12) ulkopuolisten toimijoiden hallinta ja 13) muutosten

hallinta. TUKU-projektissa kehitetyssä turvallisuuskulttuurikyselyssä kutakin organisatorista ulottuvuutta vastaa 3–6 väittämää, joiden paikkansapitävyyttä vastaajat arvioivat asteikolla 1–6 (1 = ei pidä paikkaansa, 6 = pitää erittäin hyvin paikkaansa). Kuhunkin organisatoriseen ulottuvuuteen liittyvät kyselyn väittämät käyvät ilmi liitteestä A. Strukturoitujen kysymysten lisäksi TUKU-projektin kyselyssä oli avoin kysymys, jossa vastaajat saivat vapaasti kommentoida organisaationsa turvallisuuskulttuuria ja kyselyn toimivuutta.

Kyselyn kehittäminen tulee nähdä prosessina, jossa vähitellen kerätään tietoa kyselyn toimivuudesta (reliabiliteetista ja validiteetista) sekä kyselyyn liittyvistä rajoituksista. TUKU-projekti toimi tärkeänä ensimmäisenä askeleena tässä prosessissa. Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia mittaavien kyselyasteikkojen toimivuutta käsitellään tarkemmin julkaisussa Pietikäinen (2008). Pietikäisen mukaan kyselyasteikoista neljää – ulkopuolisten toimijoiden hallinta, johtamisjärjestelmä (jota kohdassa 5.2.1 kuvataan nimellä johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen), organisatorisen oppimisen käytännöt ja lähiesimiestoiminta – voidaan pitää nykymuodossaan suhteellisen toimivina. Muita asteikkojen on vielä tarpeen kehittää. Nykymuodossaan kysely voi kuitenkin Pietikäisen mukaan auttaa organisaatioita hahmottamaan turvallisuuskulttuuriansa, kunhan siihen liittyvät rajoitukset huomioidaan. Kysely tulisi nähdä ennen kaikkea keskustelun avaamisen ja toiminnan kehittämisen välineenä.

Myös turvallisuuskulttuurin **psykologisista ulottuvuuksista** voidaan saada tietoa kyselyiden avulla. Työ- ja organisaatiopsykologiassa henkilöstön subjektiivisten kokemusten arvioinnilla kyselytutkimuksen keinoin on jo varsin vakiintunut asema. Kuitenkaan juuri edellä kuvaamiamme viittä turvallisuuskulttuurin psykologista dimensiota (turvallisuusmotivaatio, ymmärrys vaaroista, ymmärrys turvallisuudesta, vastuu turvallisuudesta, työn hallinta) mittaavaa menetelmää ei ole saatavilla. Reiman (2007) on kehittänyt työn hallinnan tunteen arviointiin soveltuvan kyselymittarin, jota hyödynnettiin myös TUKU-projektissa. Muiden dimensioiden mittaaminen vaatii vielä menetelmkehitystyötä. Turvallisuuden ymmärtämistä mittaavaa kyselyä on hiljattain ryhdytty kehittämään mm. ilmailussa (Steele & Pariès, 2008). Ruotsalaiset tutkijat ovat pyrkineet mittaamaan turvallisuusmotivaatiota ja turvallisuustietoa, mutta suhteessa työturvallisuuteen (Larsson ym., 2008). Turvallisuuskulttuurin psykologisten ulottuvuuksien arviointi on haastavaa ja edellyttää todennäköisesti kyselymenettelyn lisäksi muitakin menetelmiä, kuten haastatteluja, ryhmäkeskusteluja tai toiminnan havainnointia.

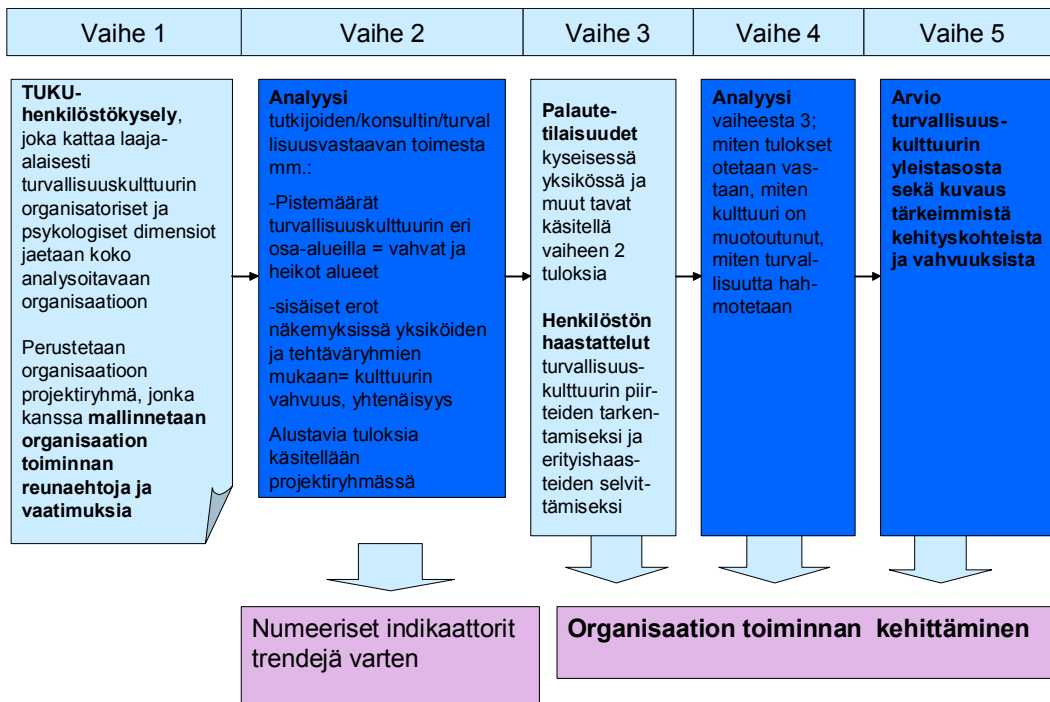
Turvallisuuskulttuurin sosiaalisten prosessien tason tavoittaminen kyselytutkimuksen keinoin on vaikeaa, ellei jopa mahdotonta, koska sosiaaliset prosessit ovat prosessimaisia ja moniulotteisia. Näiden ilmiöiden tarkastelussa on huomioitava organisaatioiden ajallinen ulottuvuus ja pyrittävä hahmottamaan, miten organisaation työ ja toiminta on muokautunut erilaisten tavoitteiden ja vaatimusten ristipaineessa ja mitkä mekanismit työtä

sillä hetkellä ohjaavat. Siten sosiaalisten prosessien arvioiminen edellyttää laadullisia menetelmiä, kuten haastattelua, ryhmäseminaareja tai osallistuvaa havainnointia.

Turvallisuuskulttuurin arviointiprosessiin yleensä kuuluva henkilöstöseminaari tai erilaiset palauteskustelut, joissa esitellään erilaisia vastauksia ja haasteita, tarjoavat laadullisen aineiston, jonka perusteella organisaation sosiaalisia prosesseja voidaan tarkastella. Muutosagentti tai muu turvallisuuskulttuurin asiantuntija voi analysoida turvallisuuskulttuurin sosiaalisia prosesseja, kuten poikkeamien normalisoimista ja paikallista optimointia ja ymmärryksen luomista, seuraamalla organisaatiossa käytäviä keskusteluja. Tällöin huomiota kannattaa kiinnittää muun muassa seuraavankaltaisiin asioihin:

- ketkä tilaisuuteen osallistuvat
- miten pätevänä tiedonlähteenä ihmisten raportoimia kokemuksia pidetään
- miten avoimesti tuodaan esiin vaikeus ymmärtää asioita
- miten avoimia ollaan useille eri tulkinnoille tuloksista
- pyritäänkö tuloksille löytämään yksi syy
- kuka voi kommentoida tuloksia, kenen kommentteja vahvistetaan
- puhutaanko havainnoista syytellen tai vähätellen
- korostetaanko positiivisia puolia vai ongelmia
- suhteutetaanko tuloksia menneeseen vai tulevaan
- mille asioille voidaan katsoa tehtävän jotain ja mistä asioista vaietaan.

Turvallisuuskulttuurin arviointiprosessi on siis pääpiirteissään seuraavanlainen (kuva 2).



Kuva 2. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointiprosessi.

5.5 Turvallisuuskulttuurin kehittäminen

Turvallisuuskulttuuriarvioinnin voidaan ajatella toimivan jo itsessään kyseisen toimintayksikön potilasturvallisuusinterventiona. Esimerkiksi turvallisuuskulttuurikyselyn avulla voidaan viestittää turvallisuusasioiden merkitystä henkilöstölle, ja henkilöstön näkemysten kerääminen kyselyn avulla voi toimia mallina avoimesta ja yhteistyöhön perustuvasta itsearvioinnista ja muutoksesta (Carroll, 1998). Kysely voi myös saada vastaajansa ajattelemaan organisaation potilasturvallisuutta uudelta näkökulmasta eli kiinnittämään aikaisempaa laajemmin huomiota turvallisuuteen liittyviin asioihin ja sitä kautta myös muuttamaan toimintaansa.

TUKU-projektin turvallisuuskulttuurikyselyn yhteydessä olleessa avoimessa kyselyssä saatiin kommentteja, jotka tukevat sitä näkemystä, että kyselyyn vastaamisen yhteydessä tapahtuu tällaista käsitteellistä oppimista. Tähän viittaa esimerkiksi seuraava kommentti: *”Hyvä kysely ja laittaa miettimään mitä meillä on ja mitä pitää lisätä ja oma tieto karttuu näin.”* Myös seuraavassa turvallisuuskulttuurikyselyn avoimeen kysymykseen kirjoitetussa kommentissa on havaittavissa, että kysely on saanut vastaajan pohtimaan, mitä turvallisuus tarkoittaa: *”Miksi sekaisin kysymyksiä turvallisuudesta ja koulutuksesta? Käsitteäkseni ei ollut kuitenkaan kyse turvallisuuskoulutuksesta? Tarkoittaako hyvä ilmapiiri työpaikalla hyvää turvallisuutta?”*

Turvallisuuskulttuuriarvioinnin kehittävä merkitys tuli esiin myös TUKU-projektissa toteutetuissa haastattelussa. Haastattelut eivät olleet vain olemassa olevien käsitysten keräämisen väline, vaan haastattelutilanteissa monet haastateltavista tekivät aktiivista käsitteellistä työtä pyrkiessään jäsentämään omaa työtään uudella tavalla, turvallisuuden näkökulmasta. Tämä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa haastateltavan puheenvuorossa:

”Kauhee, kun tuleekin paljon mieleen... Kaikkii, niinku esimerkiks ketä potilaita pannaan samaan huoneeseen, jos täytyy laittaa. [...] Monta asiaa on niinkun huomioitava kyllä. Ei niit ei oo varmaan koskaan oikeesti tullu [mietittyä], et tässä kun kyselet, tulee niinkun mieleenkin...”

Turvallisuuskulttuuriarvioinnin voidaan siis ajatella jo sinänsä toimivan turvallisuuskulttuuri-interventiona. Sen voidaan ajatella lisäävän organisaation ymmärtämis- ja uudistumiskykyä eli kykyä ymmärtää ja kehittää toimintansa turvallisuutta. Siksi turvallisuuskulttuuriarvioinnin sijaan onkin mielekäästä puhua turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettelystä.

Voidaanko sitten turvallisuuskulttuuria sinänsä muuttaa? Voidaanko turvallisuuskulttuuria suoraan kehittää? Tämä on haastava kysymys. Usein kulttuuri on nähty asiana, joka vaikuttaa muutosten läpiviemiseen – ei niinkään asiana, jota suoraan tulisi tai voi-

taisiin muuttaa. Potilasturvallisuustutkimuksissa terveydenhuollon kulttuuria on kuvattu tyypillisesti potilasturvallisuuden edistämistä vaikeuttavana tekijänä. On katsottu, että terveydenhuollon kulttuuri on yksilöitä korostava ja syyllistävä ja että se ehkäisee virheistä oppimista ja siten potilasturvallisuuden kehittymistä. Carroll ja Quijada (2004) huomauttavat kuitenkin, että terveydenhuollon kulttuurissa on myös piirteitä, jotka voidaan nähdä vahvuutena potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Tällaisiksi vahvuuksiksi Carroll ja Quijada nimeävät muun muassa välittämisen, työlle omistautumisen ja terveydenhuollossa työskentelevien yksilöiden henkilökohtaisen vastuullisuuden. Carrollin ja Quijadan (2004) mukaan potilasturvallisuuden kehittämisessä ei tulisi tuomita kulttuurin ongelmallisia piirteitä vaan ennemminkin vahvistaa kulttuurissa olevia vahvuuksia.

Pronovost ym. (2008) ovat käyttäneet potilasturvallisuuden kehittämisen perustana tiimilähtöistä mallia, jota he kutsuvat CUSP-malliksi (comprehensive unit-based safety program). Pronovostin ym. kehittämismallissa turvallisuuskulttuuria arvioidaan ensin kvantitatiivisesti turvallisuuskulttuurikyselyllä.⁶ Seuraava vaihe turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on se, että henkilöstö saa koulutusta turvallisuustieteellisestä ajattelusta. Kolmannessa vaiheessa tiimit identifioivat toiminnassaan ilmenevät turvallisuuteen liittyvät puutteet. Neljännessä vaiheessa olennaista on ylimmän johdon ja etulinjan työntekijöiden välisen kuilun ylittäminen, turvallisuushaasteiden ja turvallisuusinterventioiden priorisointi sekä turvallisuuden kehittämiseen vaadittavien resurssien varmistaminen. Viidennessä vaiheessa henkilöstöä pyydetään valitsemaan yksi turvallisuuspuute kuukaudessa ja käyttämään sitä oppimisen välineenä. Viidennessä vaiheessa hyödynnetään myös tiimityön kehittämiseen tarkoitettuja työkaluja ja muita kehittämisen apuvälineitä, kuten päivittäisten tavoitteiden asettamista, aamupalaverikäytäntöä sekä toisen ammattiryhmän toiminnan ”varjostamista” (shadowing). Kuudennessä vaiheessa toteutetaan uudelleen kvantitatiivinen turvallisuuskulttuurikysely, jolla arvioidaan tapahtunutta muutosta.

Pronovost ym. (2008) siis monitoroivat turvallisuuskulttuuria kehittämistyön aluksi ja lopuksi kyselyllä. Varsinainen kehittämistyö näyttää tässä mallissa kuitenkin kohdistuvan kysymyksiin, jotka eivät suoraan nouse turvallisuuskulttuurin arvioinnista. Näyttää siis siltä, että turvallisuuskulttuurin oletetaan kehittyvän tai muuttuvan tiimitasolla tapahtuvan tiedon lisäämisen, yhteisen asioiden käsittelyn ja käytännön kehittämistoimenpiteiden kautta ikään kuin kehittämisen sivutuotteena.

Se, että turvallisuuskulttuurin kehittämistä on tarkasteltu organisaation kehittämiseen vaikuttavana tekijänä tai organisaation kehittämisen sivutuotteena kehittyvänä asiana, johtuu osin siitä, että turvallisuuskulttuuri on toisinaan ymmärretty suppeasti vain hen-

⁶ Pronovost ym. ovat käyttäneet turvallisuuskulttuurin arviointiin SAQ-kyselyä (Safety Attitudes Questionnaire) (Sexton ym., 2006).

kilöstöön asenteina. Tällöin suora tarttuminen turvallisuuskulttuuriin on organisaation käytettävissä olevin kehittämistoimin ymmärrettävästi haastavaa. Luvussa 2 esittelemässämme turvallisuuskulttuurimallissa tarkastelemme kuitenkin turvallisuuskulttuuria laajempänä, usealla tasolla ilmenevänä ilmiönä. *Katsomme, että turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet ovat sellaisia turvallisuuskulttuurin puolia, joihin voidaan organisaation taholta tarttua ja jotka voidaan suoraan ottaa kehittämistoiminnan kohteiksi.* Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia kehittämällä voidaan vaikuttaa turvallisuuskulttuurin psykologiseen tasoon. Tätä ennen on kuitenkin tärkeää olla tietoinen turvallisuuskulttuurin nykyisestä tasosta.

Kuvassa 3 kiteytetään turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet ja tuodaan esiin esimerkkejä siitä, millä tavoin kuhunkin turvallisuuskulttuurin organisatoriseen ulottuvuuteen voidaan tarttua terveydenhuolto-organisaatioissa. Esimerkiksi muutosten hallintaa tai turvallisuudesta viestimistä kehittämällä voidaan vaikuttaa siihen, että potilasturvallisuus olisi henkilöstöä motivoiva tekijä, henkilöstö ymmärtäisi paremmin potilasturvallisuutta, sen syntymisen edellytyksiä sekä organisaation toimintaan liittyviä vaaroja, kokisi vas- tuuta turvallisuuden varmistamisesta ja pystyisi hallitsemaan työtään paremmin.



Kuva 3. Turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien kehittäminen.

6. Terveysthuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuuri TUKU-projektin tulosten perusteella

Vaikka keskityimme TUKU-projektissa ensisijaisesti arviointi- ja kehittämismenettelyyn luomiseen, saimme samalla myös suuntaa antavaa tietoa suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin sisällöstä. Tässä luvussa kuvaamme ensin lyhyesti sitä, miten turvallisuuskulttuuriarviointi toteutettiin TUKU-projektissa. Tämän jälkeen nostamme esiin asioita, joita kyselyn, henkilöstöseminaarien sekä haastatteluiden pohjalta pidämme suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuuksina ja haasteina.

Tulosten esittelyn yhteydessä haluamme painottaa sitä, että TUKU-projekti oli varsin tiivis pilottiprojekti, jonka turvallisuuskulttuurin tasoa koskeviin tapauskohtaisiin kyselytuloksiin on syytä suhtautua kriittisesti. On myös syytä muistaa, että turvallisuuskulttuuriajattelu oli tutkituissa organisaatioissa hyvin uutta. Henkilöstön kyky arvioida oman organisaationsa turvallisuuskulttuuria ja oman organisaationsa toimintaa ylipäättään voi kehittyä arvioinnista saatujen kokemusten myötä.

6.1 Turvallisuuskulttuuriarvioinnin toteutus TUKU-projektissa

TUKU-projektissa kehitetty turvallisuuskulttuurikysely toteutettiin kevään 2008 aikana hieman eri laajuudessa Vaasan sairaanhoitopiirissä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Jyväskylän terveyskeskussairaalassa. Tutkituista organisaatioista neljä edusti siis erikoissairaanhoitoa ja viides perusterveydenhuoltoa. Organisaatioita voidaan pitää siinä mielessä systemaattisen potilasturvallisuustyön edelläkävijöinä Suomessa, että kaikissa organisaatioissa oli erilaisena otettu käyttöön VTT:llä kehitetty HaiPro- vaaratapahtumien raportointimenettely (Knuutila ym., 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008). HaiPro-menettelyn implementoinnin ja raportoitujen tapahtumien käsittelyn myötä organisaatioissa oli jo käyty keskustelua potilasturvallisuuteen liittyen. TUKU-projektin kyselyn kokonaisvastausmääräksi saatiin 1515 ($N = 7131$, vastausprosentti 21 %). Kyselyyn vastanneiden taustatietoja kuvataan taulukossa 1. Kysely toteutettiin ensin internetkyselyinä, minkä jälkeen joissakin organisaatioissa annettiin henkilöstölle vastausprosentin kasvattamiseksi mahdollisuus vastata kyselyyn myös paperiversiona.

Taulukko 1. Turvallisuuskulttuurikyselyyn vastanneiden taustatiedot.

Taustamuuttuja	Vaasan sairaanhoitopiiri n = 454		Kymenlaakson sairaanhoitopiiri n = 396		Pirkanmaan sairaanhoitopiiri n = 448		Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n = 170		Jyväskylän terveyskeskus-sairaala n = 38		Kaikki organisaatiot n = 1515 ⁷	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sukupuoli												
mies	44	10	42	11	30	7	14	8	1	3	132	9
nainen	406	90	347	89	413	93	155	92	34	97	1361	91
yhteensä	450	100	389	100	443	100	169	100	35	100	1493	100
Ikäluokka												
< 25 vuotta	18	4	4	1	16	4	6	3	0	0	44	3
25–35	137	31	65	17	132	30	37	22	6	16	377	25
36–45	119	27	119	30	142	32	51	30	10	26	443	30
46–55	124	28	142	36	114	25	52	31	18	47	455	30
55 < vuotta	47	10	63	16	41	9	24	14	4	11	179	12
yhteensä	445	100	393	100	445	100	170	100	38	100	1498	100
Henkilöstöryhmä												
sairaanhoitajat	292	66	227	57	326	73	119	70	19	50	988	66
tutkimushenkilöstö	7	2	16	4	8	2	3	2	0	0	34	2
muu hoitohenkilöstö	90	20	59	15	20	5	21	12	6	16	196	13
tutkimusta ja hoitoa avustava henkilöstö	28	6	31	8	23	5	20	12	1	3	104	7
huoltohenkilöstö	6	1	15	4	1	0	1	1	6	16	28	2
lääkärit	16	4	20	5	58	13	2	1	2	5	99	7
hallinto- ja taloushenkilöstö	5	1	27	7	8	2	3	2	4	10	48	3
yhteensä	444	100	395	100	444	100	169	100	38	100	1497	100
Esimiesasema												
ei	395	88	315	81	362	84	149	88	31	82	1257	85
kyllä	54	12	76	19	70	16	20	12	7	18	229	15
yhteensä	449	100	391	100	432	100	169	100	38	100	1486	100
Työvuodet organisaatiossa	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh
	13,45	10,23	15,43	10,39	11,84	9,57	14,18	9,80	11,84	6,86	13,50	10,16
Työvuodet samankaltaisissa työtehtävissä	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh
	11,06	9,61	13,73	10,28	9,96	8,97	13,10	9,32	13,27	6,54	11,73	9,62

7 Kokonaisvastausmäärä on enemmän kuin organisaatioiden yhteenlaskettu n, koska kaikki vastaajat eivät ilmaisseet kyselyn yhteydessä organisaatiotaan.

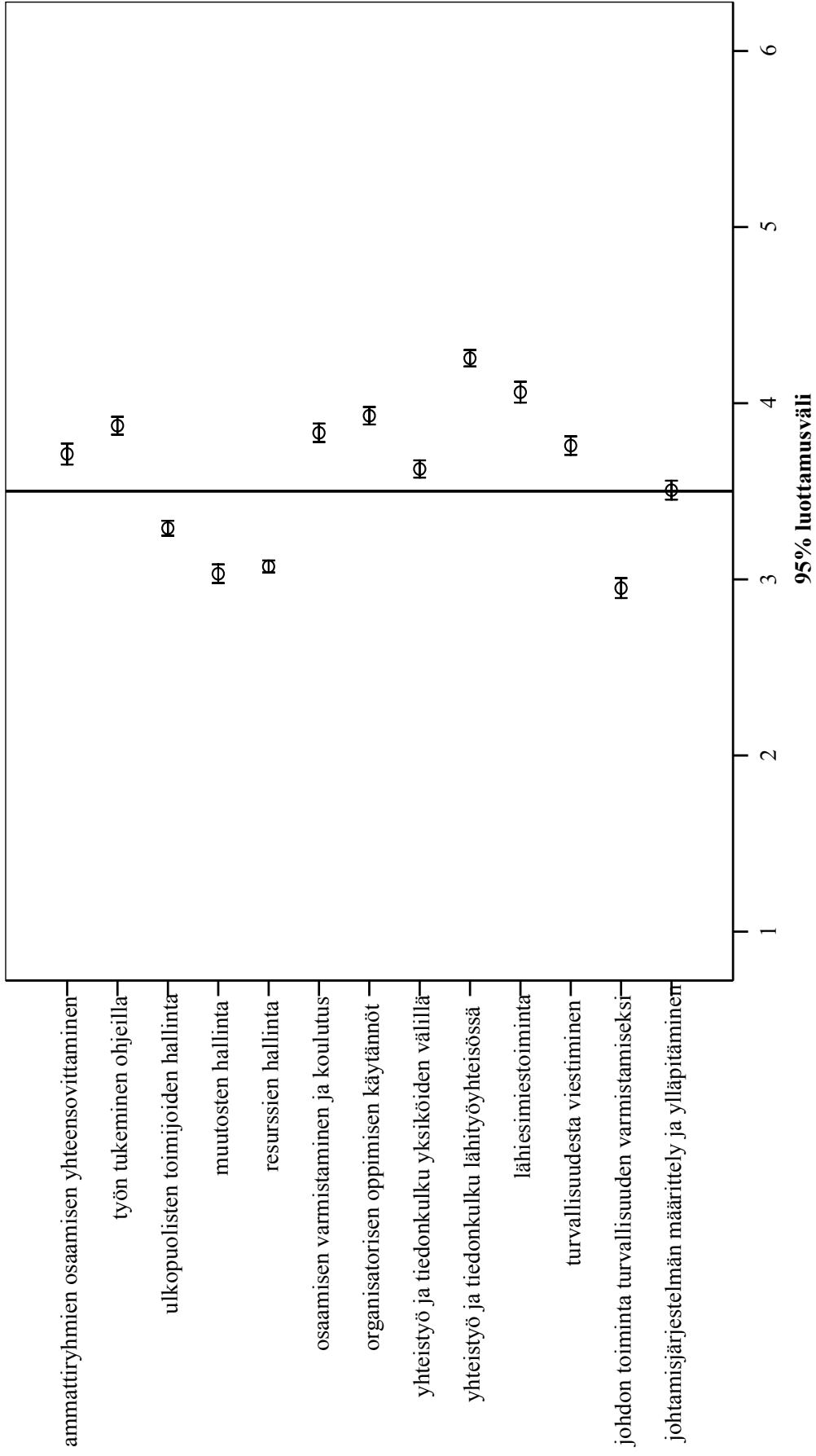
Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta kaikissa organisaatioissa järjestettiin projektiryhmille ja henkilöstölle suunnatut palauteseminaarit, joissa käsiteltiin kyselyn raakatuloksia ja niiden merkitystä organisaation kehittämiseksi. Näitä palauteseminaareja järjestettiin yhteensä seitsemän.

Kyselyn lisäksi projektissa kerättiin tietoa yksilohaastatteluiden avulla Vaasan sairaanhoitopiirissä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Nämä puolistrukturoidut haastattelut olivat noin 45 minuutin mittaisia. Niissä selvitettiin henkilöstön käsityksiä organisaationsa turvallisuuskulttuurista ja sen kehittamisestä sekä yleisemmin siitä, miten käsitteet potilasturvallisuus, laatu ja vaarat terveydenhuollossa ymmärretään. Haastatteluita ohjasi haastattelurunko (liite B), joka pohjautui aikaisemmin VTT:llä kehitetyn CAOC- organisaatiokulttuurin arviointimenettelyn haastattelurunkoon (Reiman, 2007). Yksilohaastattelut ($n = 29$) toteutettiin syksyllä 2008. Haastateltavat edustivat eri ammattiryhmiä (sairaanhoitajat, sairaalahuoltajat, lääkärit) ja eri organisaatioita. Haastateltavissa painottuivat kuitenkin esimies- ja johtotasoiset työntekijät.

6.2 Organisatoriset ulottuvuudet TUKU-projektin perusteella

Liitteessä A kuvataan tarkemmin turvallisuuskulttuurin organisatorisiin ulottuvuuksiin liittyvät kyselyväittämät kuvailutietoineen. Kyselyn väittämistä muodostettiin myös keskiarvosummamuuttujat. Näiden summamuuttujien saamia arvoja kuvataan kuvassa 4. Summamuuttujien tarkemmat kuvailutiedot ovat liitteessä C.

Yhtenä terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuutena voidaan kyselyaineiston perusteella pitää *lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja tiedonkulkua*. Päivittäisen yhteistyön koettiin sujuvan yksiköissä keskimäärin hyvin. Myös päivittäiseen työhön tarvittavan tiedon koettiin olevan helposti saatavilla siitä huolimatta, että palautekeskusteluissa ja haastatteluissa sekä kyselyn avoimessa kysymyksessä organisaatioiden jäsenet toivat esiin monia tietojärjestelmien käyttöön liittyviä haasteita, joiden nähtiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen.



Kuva 4. Turvallisuuskulttuurin organisatorisia ulottuvuuksia mittaavan kyselyn summamuuttujien keskiarvon koko aineistossa (viisi organisaatiota).

Myös lähiesimiestoiminta näyttäytyy kyselyn tulosten perusteella terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin vahvuutena. Esimerkiksi väittäjä ”Jos jokin asia työssäni huolestuttaa minua, voin helposti keskustella siitä esimieheni kanssa” sai varsin positiivisia arvioita. Esimiesten myös koettiin ottavan huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. Vaikka lähiesimiestoiminta sai keskimäärin positiivisia arvioita, arvioissa oli kuitenkin suurta vaihtelua.

Eritasoisten esimiesten toiminta ja suhtautuminen nousivat henkilöstöseminaareissa ja yksilöhaastatteluissa esiin keskeisenä potilasturvallisuustyön, esimerkiksi vaaratapah-tumaraportoinnin, etenemiseen vaikuttavana tekijänä. Toisaalta etenkin haastatteluissa tuli vahvasti esiin myös esimiesten tilanteen haastavuus. Monet esimiehistä kokivat olevansa potilasturvallisuuden varmistamisessa ”puun ja kuoren välissä”. Erityisesti resurs-sien hallinta sekä osaamisen varmistaminen ja koulutus olivat asioita, jotka esimiehet kokivat haasteiksi ja joiden suhteen he näkivät vaikutusmahdollisuutensa rajallisiksi. Esimiehet pitivät jatkuvana kuormittavana tekijänä työssään erityisesti ammattitaitoisten uusien työntekijöiden rekrytoinnin ja perehdyttämisen haasteellisuutta.

Tämä tulee esiin seuraavassa sairaanhoitajataustaisen esimiehen haastattelussa antamassa kommentissa:

”No raskainta on se, että kun henkilökunta vaihtuu. Että aina on uusia, aina pitää aloittaa joittenkin kanssa ja sitten se on vähän sellasta syklittäistä, että silloin kun joku lähtee pois tai noin, niin menee useampia, et se ei oo vaan yksi, että siinä voi mennä useampia, niin kun tällä hetkellä just meillä on sellanen tilanne, et mulla on viisi lähdössä. [...] Niin tiedätte, että ensinnäkin oon hankkinu ne sijaiset ja sitten se että nyt kun ne [...] alottaa kolme niistä, niin siis siinä on mulla ja sitten niillä muilla hoitajilla, vaki-naisilla, meillä on kauhee työ siinä, että saadaan perehdytettyä ne ihmiset ja kun pitäis sit kummiskin ehtiä potilaitakin hoitaa.”

Eräs esimiestehtävissä toimiva sairaanhoitajataustainen henkilö kuvasi osaamisen varmistamiseen liittyviä haasteita seuraavasti:

”Se on aika raskasta, jos sitä resurssia ei tahdo löytyä mistään ja sitä osaavaa resurs-sia. Ja sit kieltämättä se on rankkaa myöskin se, että kun tulee kritiikkiä semmosilta tahoilta, jotka ei tiedä niin kun asioitten todenperäisyyttä. Se on ollu aika rankkaa, val-lankin ihan viime aikoina, kun... Esimerkiks jos mä ajattelen ihan tätä henkilöstötilan-netta, niin 2006 oli siis nimenomaan meidän alueella niin syvä henkilöstöpula, että mä en oo vielä oman työhistoriani aikana ikinä joutunut vastaavaan tilanteeseen. [...] Esi-merkiksi 2001–2006 sillä välillä [paikallisesta koulusta] valmistu ainoastaan kerran vuodessa [...] noin 20 ja äitiyslomat oli luokkaa 15 plus kaikki muut lähtijät päälle. Eihän ne kaikki [...] valmistuneet tänne jää. Niin kun tää tämmönen ristiriita. Samaan

aikaan [...] tätä kilpailua on tullut ihan hirveesti lisää. Niin sen tyyppiset asiat on aika rankkoja. Ja kuitenkin se että me ollaan yliopistosairaala, pitäis saada kunnon vahvoja osajia. Esimerkiks tällä hetkellä meil on hurjan paljon sellasia henkilöitä joilla kokemus on alle kaks vuotta. Se on hienoa, että väki vaihtuu, mutta ymmärrät varmaan sieltä toisesta näkökulmasta, se että se tieto-taito ei oo vielä kauheen runsasta.”

Koska osaamisen varmistaminen ja koulutus saivat kyselyssä suhteellisen positiivisia arvioita, esimiesten kokemat haasteet näillä alueilla eivät todennäköisesti vielä näy koko laajuudessaan muulle henkilöstölle.

Turvallisuuskulttuurin organisatorisista ulottuvuuksista *johdon toimintaa turvallisuuden varmistamiseksi* arvioitiin yleisesti ottaen melko kriittisesti. Monet haastatteluihin osallistuneista terveydenhuollon ammattihenkilöistä myös korostivat organisaation ylimmän johdon roolia potilasturvallisuuden kehittämisessä. Potilasturvallisuustyötä kuvattiin ”johdon työnä”. Projektin aikana tuli myös esiin, että eri organisaatioissa potilasturvallisuuden systemaattisempi kehittämistyö oli käynnistynyt eri tavoin. Joissakin organisaatioissa potilasturvallisuuden kehittäminen koettiin johtajalähtöiseksi. Osassa taas koettiin, että aloite potilasturvallisuuden kehittämisestä oli noussut ruohonjuuritasolta ja työlle kaivattiin nyt myös muodollisempaa statusta ja ylimmän johdon sekä valtakunnan tason tunnustusta.

Myös *resurssien hallintaa* voidaan kyselyn tulosten perusteella pitää terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin haasteena. Esimerkiksi henkilökunnan määrää työtehtävistä suoriutumiseksi arvioitiin liian vähäiseksi. Useissa projektiin osallistuneiden organisaatioiden yksiköissä myös koettiin, että fyysiset tilat olivat potilasturvallisuuden näkökulmasta puutteelliset.

Eräs pitkän uran terveydenhuollon eri tehtävissä tehnyt sairaanhoitajataustainen henkilö pohti haastattelussa terveydenhuolto-organisaatioiden resurssitilannetta seuraavasti:

”Sanotaan, että jos meillä on potilaita vaikka kaksikymmentä, niin resurssit on ihan samat kuin oli kaksikymmentä vuotta sitten, tai viistoista vuotta sitten, mut niitten potilaitten hoito on monipuolistunut ja ne on vaikeutunut ne potilaat. Elikä sieltä on lähtenyt siitä kahdestakymmenestä ne helpoimmat potilaat pois, niitä hoidetaan poliklinikalla tai perusterveydenhuollossa ja tilalle on tullut vaikeampia potilaita tai vaikeampia hoitoja, monimutkaisempia hoitoja ja ne hoidetaan edelleen sillä samalla henkilöstömäärällä, jos mä ajattelen vuodeosastoja.[...] Mä oon nähnyt sen vuosien aikana, et niin kun tässä koko ajan yritetään ottaa siitä samasta resurssista irti se teho, niin sen pää on tullut vastaan jo aikapäiviä sitten. Toki on yksiköitä, joissa saa työnsä tehdä niin kun huolella ja hyvin ja... sanotaan, normaalisti. Ja varsinkin kun uusia perustetaan, niin niissä. Mut varjele kun on vanhat systeemit ja nää vanhat organisaatioyksiköt. Ei ne oo saanu mi-

tään resursseja lisää, mutta työ on tullut paljon, paljon vaativammaksi. Lääkkeitä on tullut paljon, paljon enemmän, laitteita on tullut enemmän. Siis... Sitä ei niin kun... Sitten kun pysähtyy itse ajattelemaan, niin sitten tajuaa kuinka suuri se muutos on ollut, mutta resurssit on ihan samat. [...] Ton kun sais viestittyä päättäjille, niin... huh, huh.”

Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin haasteena voidaan pitää myös *muutosten hallintaa*. Erityisesti siihen, miten muutoksia perustellaan ja miten johto arvioi organisaation muutostensietokykyä, suhtauduttiin kriittisesti TUKU-projektin kyselyssä. Niin projektissa saatujen kokemusten kuin alan kirjallisuuden valossa näyttää siltä, että organisatoristen ja teknologisten muutosten systemaattinen hallitseminen tai johtaminen on terveydenhuoltosektorilla vielä uutta verrattuna esimerkiksi teollisuuden organisaatioihin. Kyselyn osioiden faktorianalyyseissa muutoksen hallinta ei myöskään latautunut omaksi faktorikseen toisin kuin oletettiin (Pietikäinen, 2008). Tämän voi osaltaan tulkita kertovan siitä, että muutoksen hallintaa ei terveydenhuolto-organisaatioissa hahmoteta organisaation toiminnan ulottuvuudeksi.

Myös ulkopuolisten toimijoiden hallintaa arvioitiin TUKU-projektin kyselyssä keskimäärin melko kriittisesti. Palauteseminaareissa kävi ilmi, ettei ulkopuolisten toimijoiden hallinta suoraan koskettanut kaikkia kyselyyn osallistuneita organisaatioyksiköitä, ja tulokseen on siksi suhtauduttava kriittisesti. Toisaalta haastatteluissa tuli esiin joitakin kommentteja, jotka osoittavat toiminnan ulkoistamisen ja osatoimintojen liikelaitostamisen olevan terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnassa haaste, jonka potilasturvallisuusmerkitystä ei todennäköisesti ole vielä täysin hahmotettu.

Clarke (2003) on aikaisemmin kiinnittänyt huomiota siihen, että ryhmissä, joissa työskentelee sekä ydintyöntekijöitä että tilapäis- tai alihankintatyöntekijöitä, erilaiset työsuhdejärjestelyt voivat johtaa sosiaalisiin esteisiin ja kommunikaatio-ongelmiin, jotka vaikuttavat turvallisuuteen. Tällaisista esteistä ja ongelmista saatiin konkreettisia esimerkkejä myös TUKU-projektin haastatteluissa. Eräs haastattelemastamme terveydenhuollon ammattilaisista kertoi työskentelevänsä fyysisesti yhdellä ja samalla osastolla mutta kuuluvansa kuitenkin hallinnollisesti toiseen organisaatioon. Hän koki eri organisaatioihin kuulumisen hankaloittavan yhteistyötä osastolla. Hän kuvasi haasteita esimerkiksi osaamisen varmistamisessa ja koulutuksessa seuraavasti:

”HAASTATELTAVA: ...esimerkiks nää kaikki turvallisuuskoulutukset ynnä muut tapahuu niin, että näähän on nää, kun me ollaan eri firmaa niin näähän on kaikki erikseen. Mehän ei ikinä olla esimerkiks paloturvallisuuskoulutuksessa heidän kanssaan missä me työskennellään. Et sit jos meil on joku koulutus niin, se on sitten yleisesti, se ei koske sitä omaa työyksikköä.

HAASTATELIIJA: Eli se ei koske sit myöskään tätä osastoo, et miten tän osaston paloturvallisuus?

HAASTATELTAVA: Ei, ei. Me ei, meille ei oo periaatteessa osastolle, onhan tos ohjeet, joka seinällä on ohjeet paloturvallisuudesta, mutta henkilökohtaisesti minäkään en ole saanut minkään näköstä ohjausta, mikä taas kun uus hoitaja tulee niin se paloturvallisuusvastaava antaa sille hoitajalle paloturvallisuuskoulutuksen mut me ei saada sitä olleenaan. Johtuen todennäköisesti tästä, että ollaan eri yksikköä.

HAASTATELIIJA: Onks siitä ollu mitään keskustelua, että semmonen ois hyvä?

HAASTATELTAVA: Ei siitä varmaan oo koskaan ollukkaan. Mut todennäköisesti se on ihan yhtä paljon meidän vastuulla, jos jotakin käy, että autetaan ihmisiä.”

6.3 Psykologiset ulottuvuudet TUKU-projektin tulosten perusteella

Kuten aikaisemmin tässä julkaisussa esitimme, tarkastelemme turvallisuuskulttuurin psykologisinä ulottuvuuksina turvallisuusmotivaatiota, ymmärrystä organisaation vaaroista, vaaramekanismeista, onnettomuuksista ja organisaation turvallisuudesta, vastuuta organisaation turvallisuudesta sekä työn hallintaa. Näiden ulottuvuuksien arvioiminen on hyvin haastavaa, ja niiden tavoittamiseksi on tehtävä edelleen tutkimus- ja menetelmäkehitystyötä.

Erityisen haastavaa on arvioida henkilöstön **turvallisuusmotivaatiota** eli sitä, onko turvallisuus organisaatiossa aidosti toimintaa ohjaava ja motivoiva asia. Haastatteluissa ja henkilöstöseminaareissa saimme kuitenkin viitteitä siitä, että potilaiden turvallisuudesta huolehtiminen on asia, jota henkilöstö pitää työnsä keskeisenä sisältönä. Kun kysimme haastateltavilta, mitä potilasturvallisuus heille henkilökohtaisesti merkitsee, vastaukset olivat yleensä tyyppiä ”sitä vartenhan täällä ollaan”. Useat haastattelemissamme henkilöistä tarkastelivat potilasturvallisuuden merkitystä myös sen kautta, että he itse tai heidän läheisensä saattaisivat tulevaisuudessa tarvita organisaation tarjoamia palveluita. Tätä kautta potilasturvallisuuden varmistaminen kuvautui terveydenhuollon ammattilaisille hyvin merkityksellisenä ja henkilökohtaisena tehtävänä.

Tutkituissa organisaatioissa kohtaamamme ammattihenkilöt olivat pääsääntöisesti varsin motivoituneita potilasturvallisuuden systemaattiseen kehittämistyöhön. Monelle seminaareihin ja haastatteluihin osallistuneelle HaiPro-vaaratapahtumaraportointi ja potilasturvallisuusajattelu olivat tarjonneet tervetulleen ”herätyksen” ja uuden näkökulman omaan työhön. Tämä tulee esiin muun muassa seuraavassa lääkärin kanssa käydyssä keskustelukatkelmassa:

”HAASTATTELIJA: Olisko jotain muuta mitä haluaisit sanoa tähän päätteeks potilasturvallisuuteen liittyen?”

HAASTATELTAVA: Että älkää lopettako. Että tuokaa vaan vielä niitä ”punasia vaatteita”, että tulkaa käymään ja muistutetaan ni se säilyy että se ei häippäse pois. Että tästä tulis osa tätä arkipäivää.”

TUKU-projektissa toteutetuissa haastatteluissa saimme viitteitä myös organisaatioiden **ymmärryksestä toimintaansa liittyvistä vaaroista**. Haastatteluiden perusteella näyttää siltä, ettei henkilöstöllä ole kovin jäsentynyttä käsitystä siitä, minkä tyyppisiä vaaroja potilasturvallisuustyöllä pyritään vastustamaan. Tiedustelimme haastatteluissa, miten potilasturvallisuus voi haastateltavien näkemyksen mukaan vaarantua. Tyypillisimmin vaaroina tulivat esiin lääkityksen ongelmat ja potilaan fyysinen vahingoittuminen esimerkiksi kaatumisen vuoksi. Sen sijaan ”näkymättömämpiä” vaaroja, jotka liittyvät esimerkiksi hoitoketjun katkeamiseen tai väärään diagnoosiin, oli haastateltavien vaikeampi hahmottaa. Myöskään koko systeemin toimintaan liittyviä riskitekijöitä, kuten yhteistyön tai sosiaalisten normien vaikutusta hoitoprosessiin tai työtilanteisiin, ei juurikaan tuotu esiin.

TUKU-projektissa toteutetuissa seminaareissa ja haastatteluissa kävi ilmi, että organisaatioissa vallitsi samanaikaisesti erilaisia käsityksiä siitä, **mitä potilasturvallisuus on**. Henkilöstön kommentoissa heijastui vahvasti käsitys potilasturvallisuudesta yksilötason virheiden välttämisenä eli niin sanottu inhimillisten virheiden näkökulma. Osa haastateltavista tarkasteli turvallisuutta ensisijaisesti potilaan kokemuksen näkökulmasta ja katsoi hyvän potilasturvallisuuden olevan sitä, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi hoidossa ollessaan. Turvallisuuden käsite näytti siis sekoittuvan turvallisuuden tunteen käsitteeseen. Seuraavassa osastonhoitajan kanssa käydyssä keskustelukatkelmassa nämä kaksi turvallisuusnäkemystä tulevat havainnollisesti esiin:

”HAASTATTELIJA: No jos mennään siihen potilasturvallisuuteen, niin mitä potilasturvallisuus mielestäsi on?”

HAASTATELTAVA: No se on sitä ettei sille potilaalle mitään tapahdu sellasta ikävää kun se on meillä. Ei mitään semmosia fyysisiä juttuja eikä mitään, siis sillain että puutoomisia, kaatumisia ja tällasia, liukastumisia. Eikä sitten sitä että sais vääriä lääkkeitä tai väärää nestettä, ruokaa tai jotain tällasta. Ja sitten se että siis semmonen psyykinen turvallisuus myös, että se potilas kokee olevansa turvassa kun se on meillä, ettei tarvi pelätä mitään.”

Potilasturvallisuutta ei siis useinkaan tarkasteltu organisaatio- tai systeemilähtöisesti. Toisaalta samanaikaisesti organisaatioissa esiintyi laajempia, systeemisempiä käsityksiä

siitä, mitä potilasturvallisuus on. Erityisesti tällaisia käsityksiä heijastelivat sellaisten organisaation jäsenten kommentit, jotka toimivat esimies- tai hallintotehtävissä ja olivat työtehtävissään tottuneet tarkastelemaan asioita laajemman kokonaisuuden näkökulmasta. Tällaista käsitystä heijastaa esimerkiksi seuraava haastattelukatkelma, jossa hallinnollisissa tehtävissä toimiva lääkäritaustainen henkilö kuvaa ajatuksiaan potilasturvallisuudesta:

”HAASTATTELIJA: Mitä sä ajattelet, että potilasturvallisuus on?

HAASTATELTAVA: Mä lähen varmaan jonkunnäkösestä tämmösestä hyötyhaittasuhteesta, että ne ihmiset, jotka tarvii [...] hoitoo, sais mahdollisimman hyvää hoitoo ja mahdollisimman vähän haittoja, et jotenkin tämmönen vaakakuppiajattelu, et saatais sinne plussakuppiin mahdollisimman paljon ja miinuskuppiin mahdollisimman vähän.

HAASTATTELIJA: Niin sä ajattelet, että siitä hoidosta, mitä he täältä saa, niin siitä on heille mahdollisimman paljon hyötyä ja..?

HAASTATELTAVA: Mä en ajattelis pelkästään silleen, ei me nyt niin herooisia olla, että me saadaan täällä kaikki aikaseks, vaan siihen potilasturvallisuuteen liittyy esimerkiksi se, että potilas saa oikeeta hoitoo oikeeseen aikaan, joka liittyy siis meidän muihin organisaatioihin, esimerkiksi perusterveydenhuollon toimivuuteen ja muihin. Et sehän ei liity pelkästään meihin, vaan se liittyy sen henkilön terveydentilaan ja siihen, että mitä tapahtuu missäkin vaiheessa ja milläkin lailla, ja mehän ollaan siit vain yks pikkunen palikka.”

Vastuuntunne on ilmiö, johon terveydenhuolto-organisaatioissa ja muissa turvallisuus-kriittisissä organisaatioissa usein vedotaan (Oedewald & Reiman, 2006), mutta jonka olemusta on erittäin vaikea tavoittaa. Aihetta ei ole käsitelty riittävästi alan tutkimuksessa. TUKU-projektin haastatteluissa haastateltavat kertoivat virallisen ja laillisen vastuunjaon olevan organisaatioissa hyvin tiedossa. Henkilöstöseminaareissa, TUKU-kyselyn avoimessa kysymyksessä ja yksilöhaastatteluissa tuli kuitenkin esiin konkreettisia esimerkkejä tilanteista, joissa tehtävienjaossa oli jouduttu joustamaan eri toimijoiden välillä. Eri ammattihenkilöt olivat joutuneet ainakin moraalisisella tasolla ottamaan vastuuta asioista, jotka eivät virallisen näkemyksen mukaan kuuluneet heidän toimenkuvaansa. Esimerkiksi pula ammatti- ja kielitaitoisista lääkäreistä oli johtanut siihen, että kokeneet sairaanhoitajat toimivat toisinaan välikätenä lääkärin ja potilaan välillä. Myös uusien tietojärjestelmien käyttöönotto oli johtanut keskusteluihin ja hämmentyneisiin kysymyksiin siitä, kenen vastuulla tiettyjen asioiden kirjaaminen organisaatioissa todellisuudessa oli.

Työn hallintaa tarkastelimme TUKU-projektissa kyselymittarin avulla. Käytimme työn hallinnan indikaattorina koettua hallinnan tunnetta (Reiman, 2007). Hallinnan tunteen arviointiin käytettiin neljää väittämää, joiden paikkansapitävyyttä vastaajat arvioivat asteikolla 1–6. Näiden väittämien keskiarvot ja -hajonnat esitetään taulukossa 2. Työn hallintaa koskevista kyselyosioista muodostettiin myös keskiarvosummamuuttuja⁸ ($\alpha = .71$), jonka keskiarvoksi koko aineistossa asteikolla 1–6 tuli 3,33 (kh 0,78). Taulukosta käy ilmi, että työ koettiin terveydenhuolto-organisaatioissa melko stressaavaksi ja kiireiseksi ja työmäärää pidettiin melko suurena. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että työntekijät keskimäärin kokivat hallitsevansa työtään melko heikosti.

Taulukko 2. Työn hallinnan tunnetta kuvaavien kyselyosioiden keskiarvot ja -hajonnat koko aineistossa (asteikolla 1 = ei pidä paikkaansa, 6 = pitää erittäin hyvin paikkansa).

	Vastaajien määrä	Keskiarvo	Keskihajonta
1. Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa	1510	4,16	1,20
2. Minulla on usein kiire työssäni	1512	4,68	1,07
3. Pystyn hallitsemaan työtehtäväni	1502	4,79	0,89
4. Työmääräni on sopiva	1504	3,47	1,34
5. Ehdin aina tehdä työni huolellisesti	1511	3,23	1,21

TUKU-projektissa toteutetuissa haastatteluissa tuli esiin työntekijöiden erilaisia tapoja suhtautua työn haasteisiin ja lisätä hallinnan tunnetta. Tällaisia tapoja olivat 1) työn rajaaminen ja tehtävien delegoiminen, 2) omien toimintamahdollisuuksien rajaaminen ja 3) työn merkityksen vähättely. Työn rajaaminen ja tehtävien delegoiminen muille voi kuitenkin käytännössä olla vaikeaa tilanteessa, jossa ei ole onnistuttu rekrytoimaan riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja virkoja on täyttämättä. Eräs lääkäri, joka arvioi hallitsevansa työtään kokonaisuutena huonosti, kuvasi työn rajaamista ja delegointia työn hallinnan strategiana näin:

”...mul on hirveen hyvä työryhmä [...], että tosi pätevän tuntuista porukkaa, ja saa kylä apua, vaikka ne kaikki on kiireisiä ihmisiä, mutta niin, ei tunnu kyllä sillä lailla ihan että sinänsä ois yksin. Ehkä vaikee delegoida sillä tavalla [...], mä näen kuinka ne on niinku, tekee niin paljon työtä ja on itte niin kiireisiä potilastapausten ja omien vastualueittensa [...] kanssa, että semmonen [oman] työn delegoiminen niille, vielä niitten lisäksi, ni se tuntuu kans vaikeelta.”

⁸ Summamuuttujaa laadittaessa hallinnan tunteeseen liittyvät osiot 1 (Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa) ja 2 (Minulla on usein kiire työssäni) käännettiin.

Omien toimintamahdollisuuksien rajaaminen ilmeni haastatteluissa kuvauksina siitä, miten työkokemuksen myötä on oppinut erottamaan asiat, joihin voi vaikuttaa, ja asiat joihin ei voi vaikuttaa. Useiden haastateltavien puheessa työn hallinta määrittyi siis suhteessa vallitseviin olosuhteisiin. Useat vastaajat toivat esiin, etteivät hallitse työtään sillä tavalla kuin toivoisivat tai siten, kuin sitä tulisi hallita potilaiden hoidon näkökulmasta ajateltuna. He kokivat hallitsevansa kuitenkin ne asiat, jotka olemassa olevien olosuhteiden vallitessa olivat hallittavissa, ja pitivät siten työn hallintaansa hyvänä.

Työn merkityksen vähättely tai vähentäminen tuli myös esiin hallinnan tunnetta lisäävänä strategiana. Haastateltavat kuvasivat helpottavansa työn raskauden tunnetta pyrkimällä suhtautumaan potilaiden hoitoon ”vain työnä”.

”Vähän on helpotusta suoraan sanoen pikkusen siitä että mies on [...] tottunu tämmöseen kaikkeen et pikkusen niinku, et hän on nytte sillä lailla hirveen hyvä tämmöseen hommaan, et ’kuule se on vaan työtä, ettei tää oo mitään’, niinku et kukaan ei siihen nyt, et tää ei oo hirvittävän vakavaa tää homma.”

6.4 Sosiaaliset prosessit TUKU-projektin kokemusten perusteella

TUKU-projekti oli tiivis ja lyhytkestoinen pilottiprojekti, eikä sen puitteissa ollut mahdollista paneutua systemaattisesti monisyisten sosiaalisten prosessien arviointiin. Haluamme kuitenkin nostaa esimerkinomaisesti esiin joitakin haastatteluissa ja henkilöstöseminaarissa esiin nousseita konkreettisia esimerkkejä sosiaalisista prosesseista, joilla voi olla vaikutusta potilasturvallisuuteen.

Kuten kohdassa 5.2.3 totesimme, tarkoitamme *työtä ja turvallisuutta koskevien käsitysten juurtumisella* sitä, miten organisaation rakenteelliset ja teknologiset ratkaisut ohjaavat henkilöstöä tietynlaisiin kulttuurisiin käsityksiin ja ylläpitävät niitä (Reiman & Oedewald, 2008; Reiman ym., 2008b). TUKU-projektin seminaarien ja haastatteluiden aikana alkoi näyttää siltä, että käsitys potilasturvallisuudesta oli tutkituissa organisaatioissa juurtunut vahvasti HaiPro- vaaratapahtumien raportointimenettelyyn ja muihin tutkituissa organisaatioissa käytössä oleviin raportointityökaluihin. Koska potilasturvallisuustyö oli tutkituissa organisaatioissa aloitettu vaaratapahtumien raportointijärjestelmiä implementoimalla, turvallisuutta tarkasteltiin luonnollisesti vaaran ja virheiden näkökulmasta. Kun esimerkiksi kysyimme haastatteluissa henkilöstön käsitystä siitä, mikälainen on organisaatio, jossa potilasturvallisuus on hyvä, he aloittivat arvionsa usein pohtimalla vaaratapahtumien raportointia. Koska lääkitystapahtumat olivat lukumääräisesti suurin raportoitujen tapahtumien ryhmä, potilasturvallisuudesta ja vaaroista puhuttiin helposti nimenomaan lääkitysvirheiden näkökulmasta. Vaaratapahtumaraportointimenettely todennäköisesti ohjasi sitä, miten henkilöstö ymmärsi potilasturvallisuuden.

Kohdassa 5.2.3 kuvasimme yhdeksi turvallisuuskulttuurin sosiaalisiksi prosessiksi *poikkeamien normalisoimista*. Sillä tarkoitamme sitä, että usein toistuvat häiriöt aletaan vähitellen mieltää osaksi organisaation normaalia arkea eikä niihin enää kiinnitetä erityistä huomiota (Reiman & Oedewald, 2008). Kuvasimme aikaisemmin turvallisuuskulttuurin sosiaalisiksi prosessiksi myös *ymmärryksen luomista* (sense making), jossa henkilöstö pyrkii aktiivisesti rakentamaan ymmärrettävää kuvaa siitä, mitä on tapahtumassa ja mikä on tapahtuneiden asioiden merkitys (Weick, 1995). Nämä kaksi prosessia tulivat esille TUKU-projektissa vahvasti toisiinsa kietoutuneina. Haastatteluissa ja seminaareissa tuli esiin, että HaiPro- vaaratapahtumien raportointimenettelyn avulla oli saatu nostettua esiin useita turvallisuuspuutteita tai poikkeamia, joista oli jo ehtinyt tulla osa normaalia työtä eli jotka oli normalisoitu. Kun kysyimme haastateltavilta, millaisena he näkivät HaiPro-menettelyn merkityksen turvallisuuden varmistamisessa, he eivät useinkaan nähneet HaiPro-menettelyn antaneen heille mitään kovin uutta tietoa organisaation toiminnasta. Sen sijaan HaiPro oli havahduttavalla tavalla auttanut heitä kiinnittämään huomiota usein toistuviin ja eräällä tavalla ”normaaleihin” ongelmiin ja niiden laajuuteen. Ongelmien laajuus ja toistuvuus olivat yllättäviä. HaiPro-menettelyn myötä tapahtui siis ymmärryksen luomista. HaiPro-raportoinnin avulla aikaisemmin normalisoidut poikkeamat saivat uuden merkityksen turvallisuutta vaarantavina tapahtumina. HaiPro-menettelyn myötä vastaavantyyppisiin tilanteisiin ja tapahtumiin alettiin kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Myös resurssien hallinnan suhteen terveydenhuolto-organisaatioissa on saattanut jo jonkin aikaa tapahtua poikkeamien normalisointia, johon nyt on herätty tai ollaan heräämässä. Kuten useat haastateltavista kuvasivat, lääketieteen ja teknologian kehityksen myötä potilaat ovat käyneet yhä huonokuntoisemmiksi ja hoidot monimutkaisemmiksi. Tätä työn vaativuuden ja määrän kasvua ei kuitenkaan ole kompensoitu tai pystytty kompensoimaan riittävästi henkilöstöresursseja lisäämällä. Puutteellisin resurssein toimimisesta on terveydenhuolto-organisaatioissa saattanut tulla osittain ”normaalitila”, johon on vain sopeuduttava.

6.5 Terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuudet ja haasteet ja turvallisuuskulttuurin kehittäminen niiden pohjalta

Tutkitut organisaatiot erosivat kyselytutkimuksessa toisistaan monen turvallisuuskulttuurin organisatorisen ulottuvuuden suhteen tilastollisesti merkitsevästi (ks. liite A ja liite C). Organisaatiot olivat kuitenkin varsin yhtenäisiä sen suhteen, mitä asioita niissä arvioitiin kriittisimmin ja mitä puolestaan myönteisimmin. Toisin sanoen vaikka tietyt organisatoriset ulottuvuudet saivat heikompia arvioita toisissa organisaatioissa, ne ulottuvuudet, jotka saivat parhaat ja toisaalta myös kriittisimmät arviot eri organisaatioissa,

olivat samat. Lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja lähiesimiestoimintaa voidaan turvallisuuskulttuurikyselyn perusteella pitää terveydenhuolto-organisaatioiden vahvuutena kaikissa tutkituissa organisaatioissa. Vastaavasti johdon toimintaan turvallisuuden varmistamiseksi, resurssien hallintaan ja muutosten hallintaan suhtauduttiin kaikissa tutkituissa organisaatioissa turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksista kriittisimmin. Tämä viittaisi siihen, että terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuuri on perusrakenteeltaan, haasteiltaan ja vahvuuksiltaan melko yhtenäinen. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että projektiin osallistuneet organisaatiot olivat yhtä lukuun ottamatta keskenään samantyyppisiä erikoissairaanhoidon organisaatioita.

TUKU-projektissa tehdyt terveydenhuollon turvallisuuskulttuuria koskevat havainnot ovat joiltakin osin samansuuntaisia ulkomaisten terveydenhuollon turvallisuuskulttuuria arvioivien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi sairaalan johdon antamaa tukea potilasturvallisuudelle on arvioitu kriittisesti myös belgialaisissa sairaaloissa (Hellings ym., 2007) ja norjalaisessa sairaalassa (Aase ym., 2008). Vastaavasti yhteistyö yksikön sisällä on saanut tyypillisesti melko positiivisia arvioita (Aase ym., 2008; Hellings ym., 2007; Sorra ym., 2007). Toisaalta potilasturvallisuustyö on Suomessa edennyt hyvin eri tahtiin esimerkiksi yhdysvaltalaisen tai ruotsalaisen potilasturvallisuustoiminnan kanssa. Meillä esimerkiksi vaaratapahtumaraportointi on alkanut myöhäisemmässä vaiheessa. Koko potilasturvallisuusajattelu ja turvallisuuskulttuurijattelu ovat Suomessa vielä uutta verrattuna esimerkiksi USA:laiseen terveydenhuoltoon, mikä todennäköisesti näkyy etenkin turvallisuuskulttuurin psykologisissa ulottuvuuksissa. Ulkomaisissa potilasturvallisuuskulttuurimittareissa näitä ulottuvuuksia ei kuitenkaan yleensä ole huomioitu, joten esimerkiksi työn hallinnan tai potilasturvallisuuskäsitysten vertaaminen ulkomaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin ei ole mahdollista tässä yhteydessä.

Vaikka systemaattinen potilasturvallisuustyö on Suomessa vielä uutta, on Suomessakin jo havaittavissa käsitteellistä kehitystä tällä alueella. Kaksi vuotta ennen TUKU-projektin aloitusta haastattelimme terveydenhuollon ammattilaisia toiseen VTT:llä toteutettuun tutkimusprojektiin (SafeChange) liittyen. Tuolloin huomasimme, että potilasturvallisuus ja siihen liittyvät termit olivat terveydenhuollossa vielä varsin vieraita. Potilasturvallisuuden käsite oli tuolloin monelle haastattelemallemme terveydenhuollon ammattilaiselle hämmentävä, tai se saatettiin liittää väkivaltaisten potilaiden henkilöstölle aiheuttamaan uhkaan, joka tuohon aikaan oli julkisessa keskustelussa vahvasti esillä. TUKU-projektin aikana kävi ilmeiseksi, että potilasturvallisuusajattelu ja siihen liittyvät käsitteet ovat viime vuosina hyvin nopeasti tulleet osaksi terveydenhuolto-organisaatioiden arkipäivän puhetta. Toisaalta nämä käsitteet, vaikka niitä jo sujuvasti käytetään arkipäivän keskusteluissa, ovat edelleen melko jäsentymättömiä ja saavat erilaisia sisältöjä eri ihmisten puheessa.

TUKU-projektin haastatteluiden ja seminaarien pohjalta näyttää siltä, että potilasturvallisuutta ajatellaan usein yksilötasolla, yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen toimintana tai se voidaan sekoittaa potilaiden turvallisuudentunteeseen. Potilasturvallisuus ymmärretään myös hyvin virhelähtöisesti eli turvallisuutta lähestytään negatiivisen kautta. Tulevaisuuden haasteina voidaan pitää turvallisuusajattelun laajentumista systeemiseksi, organisaation kokonaisuutta tarkastelevaksi ajatteluksi ja positiivisemmän sävyn saamista potilasturvallisuuskeskusteluun. Se, miten terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät potilasturvallisuuden, ohjaa sitä, miten he toimivat ja miten he pyrkivät kehittämään potilasturvallisuutta. Niin sanottuun ”aukkojen paikkaamiseen” perustuvan potilasturvallisuustyön rinnalle on syytä rakentaa kehitysotetta, joka pyrkii edistämään ihmisten ja organisaation toiminnan vahvuuksia. Esimerkiksi vaaratapahtumien raportointi on hyödyllistä ja johtanut tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa havahduttaviin oppimiskokemuksiin. Sen lisäksi olisi kuitenkin tärkeää pyrkiä systemaattisesti oppimaan myös potilasturvallisuuden kannalta positiivisista tapahtumista. Systeemiseen turvallisuuskäsitykseen nojaavan turvallisuusviestinnän, koulutuksen ja johdon toiminnan avulla organisaatioissa vallitsevaa turvallisuuskäsitystä voidaan tulevaisuudessa pyrkiä laajentamaan siten, että henkilöstö alkaisi tarkastella omaa työtään entistä enemmän osana laajempaa organisaation toiminnan kokonaisuutta.

Vaikka käsitys potilasturvallisuudesta on terveydenhuolto-organisaatioissa osin varsin jäsentymätön, potilaiden paras näyttäisi olevan yleisesti ottaen keskeinen motivoiva tekijä työssä. Terveydenhuoltohenkilöstö on pääsääntöisesti varsin motivoitunutta systemaattiseen potilasturvallisuustyöhön. Yhdymme Carrollin ja Quijadan (2004) näkemykseen, jonka mukaan terveydenhuoltokulttuurin vahvuutena voidaan pitää välittämistä ja työlle omistautumista.

Kuten aikaisemmin totesimme, hallinnan tunnetta ei aikaisemmin ole tarkasteltu turvallisuuskulttuurin osana terveydenhuollossa. Terveydenhuollon työntekijöiden kokema työn hallinnan tunne näyttäisi kuitenkin olevan hieman alhaisempi kuin toisella turvallisuuskriittisellä toimialalla, ydinvoimateollisuudessa, jossa myös olemme tutkineet henkilöstön kokemaa hallinnan tunnetta (Reiman, 2007; Reiman ym., 2005; Reiman & Oedewald, 2006). Heikko hallinnan tunne voi tulevaisuudessa uhata henkilöstön vahvaa turvallisuusmotivaatiota, ja siksi sen syiden ymmärtäminen ja niihin tarttuminen on tärkeää terveydenhuolto-organisaatioissa.

TUKU-projektin tulosten perusteella terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin haasteina voidaan turvallisuuskäsityksen laajentumisen ja työn hallinnan lisäksi pitää johdon toimintaa turvallisuuden varmistamiseksi, resurssien hallintaa sekä muutosten hallintaa. Nämä kolme organisatorista ulottuvuutta ovat myös todennäköisesti vahvasti sidoksissa toisiinsa ja voivat osin vaikuttaa siihen, että henkilöstö kokee hallitsevansa työtään melko heikosti.

Johdon toimintaa turvallisuuden varmistamiseksi voi olla tarpeen tehdä näkyvämmäksi suomalaisissa terveydenhuolto-organisaatioissa. Tämä voi olla erityisen tärkeää etenkin isoissa ja toiminnoiltaan eriytyneissä organisaatioissa, joissa johdon toiminta jo lähtökohtaisesti voi tuntua etäiseltä henkilöstön näkökulmasta käsin. Suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden johdon voi olla jatkossa tarpeen laatia systemaattinen strategia, suositus tai ohje potilasturvallisuuden varmistamiseksi omassa organisaatiossaan. On todennäköistä, että tämä tulee tulevaisuudessa myös säädetyksi velvollisuudeksi, sillä hallituksen esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi esitetään, että kunnan, yhteistointialueen tai kuntayhtymän tulee laatia suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Tässä julkaisussa kuvattu turvallisuuskulttuurijäsennys voi auttaa hahmotamaan alustavasti, minkälaisiin tekijöihin potilasturvallisuussuunnitelmassa on syytä ottaa kantaa.

Turvallisuuden kehittämiseksi on erilaisissa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa käytetty myös niin sanottuja johdon kiertokäyntejä (executive walk rounds). Muun muassa Thomas, Sexton, Neilands, Frankel ja Helmreich (2005) ovat todenneet johdon kiertokäyntien olevan hyödyllinen tapa kehittää potilasturvallisuuskulttuuria ja potilasturvallisuutta. He katsovat, että johdon kiertokäyntejä voidaan toteuttaa hyvin eri tavoin, mutta yleensä ne tarkoittavat sairaalan ylimmän johdon vierailuja sairaalan osastoilla. Kiertokäyntien aikana ylimmän johdon edustajat keskustelevat henkilöstön kanssa potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Tarkoituksena on madaltaa kynnystä puhua inhimillisistä virheistä ja vaaroista. Johtaja voi pyytää henkilöstöä kertomaan konkreettisista potilasturvallisuuteen liittyvistä tapauksista tai yleisesti niistä organisaation käytännöistä, jotka voivat vaarantaa potilaiden turvallisuuden. Kiertokäynneillä johdon on mahdollista ilmaista sitoutumisensa potilasturvallisuuteen ja saada etulinjan työntekijöiltä autenttista tietoa organisaation turvallisuudesta.

Resurssien hallinnan kysymykset eivät ole helposti ratkaistavissa julkisissa organisaatioissa, jotka toimivat poliittisen päätöksenteon ohjauksessa ja jotka eivät juurikaan pysty säätelemään tai valitsemaan omaa asiakaskuntaansa. Olennainen askel tämän turvallisuuskulttuurin ulottuvuuden kehittämiseksi on kuitenkin se, että ilmiö otetaan puheeksi ja tunnustetaan potilasturvallisuuden kannalta keskeiseksi asiaksi. Henkilöstön on tarpeen pysyä tietoisena ja valppaana tilanteeseen liittyvistä haasteista, jotta se voi mahdollisimman hyvin ennakoida toimintaan liittyviä vaaroja. Saarni ja Vuorenkoski (2003) ovat myös esittäneet, että terveydenhuollon tehostamis- ja sääntelypäätöksissä oltaisiin jatkossa avoimempia. Heidän mukaansa poliitikkojen ja lääkäreiden tulisi sopia yhteisesti säännöstelyn ja priorisoinnin periaatteista, jotta lääkärit voisivat paremmin pitää kiinni ammattieettisistä periaatteistaan, joiden keskiössä on yksittäisen potilaan paras. Tähän asti terveydenhuollon tehostamiseksi tehty säännöstely on Saarnin ja Vuorenkosken mukaan jäänyt valitettavan piilotetuksi ja vastuu siitä on pudonnut yksittäisten lääkäreiden harteille.

TUKU-projektin kyselyn perusteella suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurin vahvuuksina voidaan pitää lähityöyhteisöjen yhteistyötä ja lähiesiemiestoimintaa. Toisaalta seminaarit ja haastattelut paljastivat lähiesimiesten aseman olevan hyvin haastava ja potilasturvallisuuden kannalta kriittinen. Osa esimiehistä oli tyytymättömiä työnkuvansa byrokratisoitumisesta ja etääntymisestä varsinaisesta hoitavasta työstä. Vaikka lähiesiemiestyöhön oltiin tällä hetkellä keskimäärin varsin tyytyväisiä, voi esimiesten tilanteeseen olla tarpeellista kiinnittää jatkossa ennaltaehkäisevästi erityishuomiota. Esimiesten työn suunnittelu ja organisointi kaipaa lisätyötä ja kehittämistä.

7. Loppusanat

Turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien kehittämistä voidaan pitää tärkeänä myös organisaation muiden tavoitteiden, kuten tuloksellisuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin, kannalta. Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet ovat hyvin samantapaisia ulottuvuuksia kuin esimerkiksi ne ulottuvuudet, jotka niin sanotuissa magneettisairaalatutkimuksissa ovat osoittautuneet keskeisiksi hoitajien työhyvinvoinnin ja tehokkaan toiminnan kannalta (ks. esim. Armstrong & Laschinger, 2006; Lake, 2002). Myös turvallisuuskulttuurin psykologisia ulottuvuuksia, esimerkiksi työn hallintaa, voidaan pitää erittäin tärkeänä tekijänä paitsi potilasturvallisuuden myös henkilöstön hyvinvoinnin ja toiminnan tuloksellisuuden tai taloudellisuuden kannalta. Siten turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on itse asiassa kysymys *organisaation* kehittämisestä.

Turvallisuuskulttuuri on kuitenkin käsite, joka voi olla hyödyllistä pitää esillä ja kehittämisen kohteena. Käsitteenä se voi auttaa kiinnittämään huomiota potilasturvallisuuden organisaation kokonaistoiminnan ominaisuutena, ei vain yksilöiden toiminnan tuloksena. Turvallisuuskulttuurin käsitteen avulla voidaan myös korostaa sitä, että pelkkä tekniikan tai rakenteiden kehittäminen ei riitä vaan muutos on aina monimutkainen kokonaisuus, jossa rakenteet, psykologiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa erottamattomasti. Samalla käsite muistuttaa, että kehittämistyön huomion tulee olla turvallisuudessa ja turvallisen työnteon edellytysten luomisessa koko organisaation tasolla, ei ainoastaan yksilötason virheiden ehkäisemisessä ja haittatapahtumien tutkimisessa.

Ovatko terveydenhuolto-organisaatiot sitten valmiita arvioimaan ja kehittämään *turvallisuuskulttuuriaan*? TUKU-projektin haastatteluissa tuli esiin, että osa terveydenhuollon ammattilaisista suhtautuu kulttuurin käsitteeseen kriittisesti ja kokee sen jollakin tapaa keinotekoiseksi. Tällaista suhtautumistapaa kuvaa esimerkiksi seuraava haastattelukatkelma, jossa osastonhoitaja kuvaa näkemystään potilasturvallisuuskulttuurista:

”HAASTATTELIJA: Mitä itse aattelet sellasesta käsitteestä kuin ’potilasturvallisuuskulttuuri’, niin minkälaisia ajatuksia se herättää?”

HAASTATELTAVA: No sillain, se on vähän niinku semmonen, [naurahtaa] että en mä tiedä, se on vähän niinku, mulle tulee pikkusen semmonen mieleen et se on vähän semmonen tehty asia se kulttuuri-sanan käyttö, mut se on tullu nyt tänne meille hoitopuolelle tai tänne sairaanhoitopuolellekin toi ’kulttuuri’, että kyllä kai se on se, mä koen että mikä se on se tilanne täällä, mä ajattelen sitä kulttuuria, että kuinka me käyttäydymme ja kuinka me suhtaudumme siihen potilasturvallisuuteen, niin mä ajattelen että se sisältää sen, mitkä on ne meidän tavat, käytännöt.”

Vaikka osastonhoitajan suhtautuminen turvallisuuskulttuurin käsitteeseen on epäilevä, katkelmasta käy ilmi myös se, että kulttuuri on jotakin sellaista, jonka olemassaolo on organisaatioissa koettavissa ja tunnistettavissa, kun sitä pysähdytään lähemmin tarkastelemaan. Haastateltava kuvaa turvallisuuskulttuurin olevan ”se tilanne täällä” ja näkee turvallisuuskulttuurin ilmenevän tavoissa ja käytännöissä.

Turvallisuuskulttuurin käsitettä kohtaan terveydenhuolto-organisaatioissa tunnettu varautuneisuus saattaa johtua osaksi siitä, että käsite perustuu osin erilaisille taustaoletuksille kuin perinteinen lääketiede tai niin sanottu moderni organisaatioajattelu, jonka näkemyksiin valtaosa terveydenhuolto-organisaatioiden kehittämishankkeista on perustunut. Kuten aikaisemmin tässä julkaisussa olemme todenneet, modernissa organisaatioajattelussa tai niin sanotussa systeemissä organisaatioteoriassa on usein taustalla oletus siitä, että todellisuutta voidaan havainnoida ja mitata objektiivisesti (ks. esim. Honkanen, 2006; Hatch & Cunliffe, 2006). Kulttuurin arvioinnista ja kehittämisestä puhuttaessa lähtökohta on usein toinen. Kulttuurista puhuessamme korostamme sitä, että ymmärrämme maailman ja reagoimme siihen aina omien tulkintojemme mukaisesti. Todellisuus on aina sosiaalisesti rakentunut. Objektiivisinakin pidetyt asiat paljastuvat tarkemmassa käsittelyssä ”objektiivisiksi” vain koska ne on sellaiseksi yhteisesti ”sovittu”.

Organisaation kulttuurin ottaminen kehittämisen lähtökohdaksi on haastavaa verrattuna siihen, että kehittäminen kohdennettaisiin kapeammin esimerkiksi teknologiaan tai hoitomenetelmiin. Organisaation toiminnan tarkastelu pelkäänsen sen teknisten tai rakenteellisten osatekijöiden tai pelkäänsen sen kokemuksellisen puolen valossa voi kuitenkin johtaa liian yksioikoisiin tai keskenään ristiriitaisiin kehittämistoimenpiteisiin. Turvallisuuskulttuuri voidaan nähdä käsitteenä, jonka kautta pyritään hahmottamaan organisaation toimintaa turvallisuuden näkökulmasta kokonaisvaltaisesti, eräänlaisena kokonaiskyvykkyytinä, jossa konkreettiset rakenteelliset edellytykset kietoutuvat erottamattomasti kokemuksellisiin ja vuorovaikutuksellisiin toiminnan edellytyksiin.

Kulttuurin hallitseminen on haastavaa. Tämä ei kuitenkaan saisi johtaa siihen, ettei kulttuuria lainkaan pyrittäisi ymmärtämään ja sitä kautta myös hallitsemaan. Tässä julkaisussa kuvaamamme turvallisuuskulttuurijäsennys voi auttaa terveydenhuolto-organisaatioita sanoittamaan turvallisuuskulttuurin moniulotteista ilmiötä. Se voi auttaa organisaatioita erittelemään tarkemmin sitä, minkä haastattelemamme osastonhoitaja edellä olevassa haastattelukatkelmassa kuvasi olevan ”se tilanne täällä”.

Lähdeluettelo

- Aase, K., Høyland, S., Olsen, E., Wiig, S. & Nilsen, S.T. (2008). Patient safety challenges in a case study hospital – of relevance for transfusion processes? *Transfusion and Apheresis Science*, 39, 167–172.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Annals of Internal Medicine*, 142, 756–764.
- Amstrong, K.J. & Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, magnet hospital characteristics and patient safety culture. *Journal of Nursing Care Quality*, 21, 124–132.
- Bento, J.P. & Ödegård, S. (2005). *Varför dog Anna? Analys av vården på sjukhuset. Dom i mål nr B 3262-03*. Jönköping: Göta Hovrätt.
- Brown, R. (2000). *Group processes*. Second edition. Malden: Blackwell.
- Cardiff, K., Sheps, S., Nyce, J. & Dekker, S. (2008). Is safety quality? Is quality safety? Teoksessa: Hollnagel, E., Pieri, F. & Rigaud, E. (toim.) *Proceedings of the third Resilience Engineering Symposium*. October 28–30, 2008, Antibes-Juan-Les-Pins, France. S. 45–46.
- Carroll, J.S. (1998). Safety culture as an ongoing process: culture surveys as opportunities for enquiry and change. *Work & Stress*, 12, 272–284.
- Carroll, J.S. & Quijada, M.A. (2004). Redirecting traditional professional values to support safety: changing organisational culture in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 16–21.
- Chaudry, B. ym. (2006). Systematic review: Impact of health care information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*, 144, 742–752.
- Clarke, S. (2000). Safety culture: underspecified and overrated? *International Journal of Management Reviews*, 2, 65–90.
- Clarke, S.G. (2003). The contemporary workforce: Its implications for organizational safety culture. *Personnel Review*, 32, 40–57.
- Clarke, S. & Cooper, C.L. (2004). *Managing the risk of workplace stress*. London: Routledge.

- Cook, R., Render, M. & Woods, D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*, 320, 791–794.
- Cooper, R. & Foster, R. (1971). Sociotechnical systems. *American Psychologist*, 26, 467–474.
- Cooper, C.L., Dewe, P.J. & O’Driscoll, M. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Dekker, S. (2005). *Ten questions about human error. A new view of human factors and system safety*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L. & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74–84.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45, 653–667.
- Gawande, A. (1999). *When doctors make mistakes*. *New Yorker*, 74(41), 40–55.
- Glendon, A. & Stanton, N. (2000). Perspectives on safety culture. *Safety Science*, 34, 193–214.
- Guldenmund, F. (2007). The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. *Safety Science*, 45, 723–743.
- Hackman, J.R. & Lawler, E.E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology Monograph*, 55, 259–286.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Hale, A.R. (2000). Culture’s confusions. *Safety Science*, 34, 1–14.
- Haslam, S.A. (2004). *Psychology in organizations. The social identity approach*. Second edition. London: Sage.
- Hatch, M.J. & Cunliffe, A.L. (2006). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. 2. painos. Oxford: Oxford University Press.

Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. & Vleugels, A. (2007). Challenging patient safety culture survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 620–632.

Hickam, D.H., Severance, S., Feldstein, A. ym. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety*. Evidence report/Technology assessment number 74. AHRQ Publication No. 03-E031. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research and Quality.

Hietanen, M. (2008). Ilmavoimien turvallisuuskulttuuri. Esitelmä Human factors & safety III -seminaarissa. Espoo, 15.–16.5.2008.

Hollnagel, E. (2004). *Barriers and accident prevention*. Aldershot: Ashgate.

Hollnagel, E., Woods, D. & Leveson, N. (2006). *Resilience Engineering. Concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate.

Hollnagel, E., Nemeth, C. & Dekker, S. (2008). *Resilience engineering perspectives. Volume 1: Remaining sensitive to the possibility of failure*. Aldershot: Ashgate.

Honkanen, H. (2006). *Muutoksen agentit. Muutoksen ohjaaminen ja johtaminen*. Helsinki: Edita.

Hopkins, A. (2005). *Safety, culture and risk. The organisational causes of disasters*. Sydney: CCH Australia Limited.

Hovden, J. & Larsson, T.J. (1987). Risk: culture and concepts. Teoksessa: Singleton, W.T. & Hovden, J. (toim.) *Risk and decisions*. New York: Wiley.

Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 7–12.

IAEA (1991). *Safety culture*. Safety Series 75-INSAG-4. Vienna: IAEA.

Idänpään-Heikkilä, U. (2005). *Turvallinen hoito on yhteinen asia. Ehdotus potilasturvallisuuden valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimenpiteiksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Järvinen, P. (2000). *Esimies ja työyhteisön kehittäminen*. Helsinki: WSOY.

Kinman, G. & Jones, F. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed?, *Work & Stress*, 19, 101–120.

Kline, T., Willness, C. & Ghali, W. (2008). Determinants of adverse events in hospitals – the potential role of patient safety culture. *Journal for Health Care Quality* [verkkojulkaisu, viitattu 25.3.2008]. Saatavissa: <http://www.nahq.org/journal/online/08janfebtoc.html>.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. (2007). *Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi*. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007 Terveysthuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos.

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press.

Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25, 176–188.

Larsson, S., Pousette, A. & Törner, M. (2008). Psychological climate and safety in the construction industry – mediated influence on safety behaviour. *Safety Science*, 46, 405–412.

Lee, T. (1998). Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant. *Work & Stress*, 12, 217–237.

Lepistö, A. (2003). Tietojärjestelmien sosiaalisten ja organisatoristen vaikutusten arviointi. Teoksessa: Nykänen, P. (toim.) *Terveysthuollon tietojärjestelmät*. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Levä, K. (2003). *Turvallisuusjohtamisjärjestelmien toimivuus: Vahvuudet ja heikkoudet suuronnettomuusvaarallisissa laitoksissa*. TUKES-julkaisu 1/2003. Helsinki: Turvatekniikan keskus.

Lith, P. (2006). *Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveysthuollossa*. KTM Julkaisuja 25/2006. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Lääkäriliitto (2004). *Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely ja virheistä oppiminen terveysthuollossa*. Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio [verkkojulkaisu, viitattu 9.8.2007]. Saatavissa: <http://www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf>.

Madsen, M., Andersen, H. & Itoh, K. (2007). Assessing Safety Culture and Climate in Health care. Teoksessa: Carayon, P. (toim.) *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Healthcare and patient safety*. Mahwah, NJ: Erlbaum. S. 693–713.

Mills, J.H. (2003). *Making sense of organizational change*. London: Routledge.

- Mol, T. (2003). *Productive safety management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Morgan, P. & Obgonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61, 39–65.
- Mäki, T. (2004). *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus*. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- NHS (2007). *MaPSaF* [verkkopublication, viitattu 12.6.2008]. Saatavissa: <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/humanfactors/mapsaf/>.
- Niemi, A. (2006). *Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurinen näkökulma*. Akateeminen väitöskirja. Acta Univ. Oul. D 905. Oulu: Oulu University Press.
- Nuikka, M.-L. (2002). *Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa*. Acta Universitatis Tamperensis 849. Tampere: Tampere University Press.
- Oedewald, P. & Reiman, T. (2006). *Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toiminnan erityispiirteet*. VTT Publications 593. Espoo: VTT.
- Paasio, P. (2006). Yleinen ja erityinen viitekehys arvioinnista. *Hallinnon tutkimus*, 25, 92–107.
- Page, A. (2008). Temporary, agency, and other contingent workers. Teoksessa: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043.
- Pasternack, A. (2006). Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*, 122, 2459–2470.
- Pietikäinen, E. (2008). *Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03402.pdf>.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto* (2006). Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki: Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto.

Pronovost, P., Berenholtz, S., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S., Holzmueller, C., Lyön, J., Lubomski, L., Thompson, D., Needham, D., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Morlock, L. & Sexton, J. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care*, 23, 207–221.

Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety Science*, 27, 183–213.

Reiman, T. (2007). *Assessing organizational culture in complex sociotechnical systems – methodological evidence from studies in nuclear power plant maintenance organizations*. VTT Publications 627. Espoo: VTT. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2007/P627.pdf>.

Reiman, T. & Oedewald, P. (2006). Assessing the maintenance unit of a nuclear power plant – identifying the cultural conceptions concerning the maintenance work and the maintenance organization. *Safety Science*, 44, 821–850.

Reiman, T. & Oedewald, P. (2008). *Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen*. Helsinki: Edita.

Reiman, T., Oedewald, P. & Rollenhagen, C. (2005). Characteristics of organizational culture at the maintenance units of two Nordic nuclear power plants. *Reliability Engineering and System Safety*, 89, 331–345.

Reiman, T., Oedewald, P. & Pietikäinen, E. (2007). Turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet ydinvoima-alalla ja terveydenhuollossa. *Työ ja ihminen*, 21, 325–344.

Reiman, T., Oedewald, P. & Pietikäinen, E. (2008a). Patient safety culture – a multilevel construct. Teoksessa: *Proceedings of the international conference on healthcare systems ergonomics and patient safety (HEPS)*. 25–27 June 2008, Strasbourg, France.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2008b). *Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi*. VTT Publications 700. Espoo: VTT. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>.

Rhydderch, M., Elwyn, G., Marshall, M. & Grol, R. (2004). Organisational change theory and the use of indicators in general practice. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 213–217.

Rochlin, G.I. (1999a). Safe operation as a social construct. *Ergonomics*, 42, 1549–1560.

- Rochlin, G.I. (1999b). The social construction of safety. Teoksessa: Misumi, J., Wilpert, B. & Miller, R. (toim.) *Nuclear safety: A human factors perspective*. London: Taylor & Francis.
- Rollenhagen, C. & Westerlund, J. (2007). Development of a safety climate questionnaire for nuclear power plants. Teoksessa: *Proceedings of Joint 8th IEEE HFPP / 13th HPRCT*.
- Ruuhilehto, K. & Vilppola, K. (2000). *Turvallisuuskulttuuri ja turvallisuuden edistäminen yrityksessä*. TUKES-julkaisu 1/2000. Helsinki: Turvatekniikan keskus.
- Saarni, S. & Vuorenkoski, L. (2003). Terveysthuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim*, 119, 993–1000.
- Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., Mason, S. & Winslow, W. (2005). Evaluation of patient safety and nurse staffing. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.
- Scott, J.G., Sochalski, J. & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29, 9–19.
- Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. & Thomas, E. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6 [verkkojulkaisu, viitattu 23.8.2008]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>.
- Snook, S.A. (2000). *Friendly fire. The accidental shutdown of U.S. Black Hawks over Northern Iraq*. New Jersey: Princeton University Press.
- Sorensen, J. (2002). Safety culture: a survey of the state-of-the-art. *Reliability Engineering & System Safety*, 76, 189–204.
- Sorra, J. & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T. & Dyer, N. (2007). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report*. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). *Potilasturvallisuutta yhdessä edistämään*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). *Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Starbuck, W.H. & Milliken, F.J. (1988). Challenger: Fine-tuning the odds until something breaks. *Journal of Management Studies*, 25, 319–340.

Steele, K. & Pariès, J. (2008). Characterisation of the variation in safety beliefs across the aviation industry. Teoksessa: Hollnagel, E., Pieri, F. & Rigaud, E. (toim.) *Proceedings of the third Resilience Engineering Symposium*. October 28–30, 2008, Antibes-Juan-Les-Pins, France. S. 239–245.

Thomas, E.J., Sexton, J.B., Neilands, T.B., Frankel, A. & Helmreich, R.L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*, 5 [verkkojulkaisu, viitattu 31.10.2008]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/28>.

Vaughan, D. (1996). *The Challenger launch decision*. Chicago: University of Chicago Press.

Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage.

Weick, K.E. (1998). Foresights of failure: an appreciation of Barry Turner. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 6, 72–75.

Weick, K. & Sutcliffe, K. (2001). *Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey-Bass.

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16, 409–421.

Westbrook, M., Braithwaite, J., Travaglia, J., Long, D., Jorm, C. & Iedema, R. (2007). Promoting safety. Longer-term responses of three health professional groups to a safety improvement programme. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 555–571.

WHO (2007a). *Call for more research on patient safety* [verkkojulkaisu, viitattu 14.10.2007]. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/index.html>.

WHO (2007b). *Patient safety* [verkkojulkaisu, viitattu 20.7.2007]. Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/en>.

Vicente, K. (1999). *Cognitive work analysis. Toward safe, productive and healthy computer-based work*. London: Lawrence Erlbaum.

Vincent, C. (2006). *Patient safety*. London: Elsevier.

Zohar, D. (2000). A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *Journal of Applied Psychology*, 85, 587–596.

Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H. & Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*, 35, 1312–1317.

Liite A: Turvallisuuskulttuurin organisatorisiin ulottuvuuksiin liittyvät kyselyväittämät kuvailutietoineen

Väittämä	n	keski-arvo ¹	keskihajonta	erojen tilastollinen merkitsevyys ²
<i>Johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen</i>				
Potilasturvallisuuteen liittyvät viralliset roolit ja vastuut ovat selkeitä sairaalassamme	1476	3.30	1.08	***
Potilasturvallisuuteen liittyvät viralliset roolit ja vastuut on kuvattu sairaalassamme	1467	3.55	1.13	***
Potilaan hoitoon liittyvät prosessit tai hoitopolut on määritelty sairaalassamme	1458	3.66	1.10	-
<i>Johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi</i>				
Sairaalan johdon toiminta osoittaa, että potilasturvallisuus on aina etusijalla	1492	3.12	1.24	*
Sairaalan johdolla on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	1454	3.12	1.09	-
Potilasturvallisuus on ensisijainen tekijä, kun sairaalan johto päättää resurssien jakamisesta	1462	2.65	1.20	***
<i>Turvallisuudesta viestiminen</i>				
Sairaalassamme on työilmapiiri, joka tukee potilasturvallisuutta	1483	3.81	1.08	*
Sairaalassamme ollaan kiinnostuneita potilasturvallisuudesta vasta kun jotain ikävää tapahtuu (käänteinen)	1466	3.39	1.32	***
Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista keskustellaan sairaalassamme	1475	3.90	1.11	-
<i>Lähiesimiestoiminta</i>				
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, jos hän näkee, että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	1478	3.44	1.45	**
Esimieheni ottaa huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	1472	4.22	1.20	-

¹ Kunkin väittämän paikkansapitävyyttä arvioitiin kyselylomakkeessa asteikolla 1–6 (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 6 = pitää erittäin hyvin paikkansa).

² Erojen merkitsevyyttä tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri jätettiin analyysin ulkopuolelle, sillä organisaation vastausprosentti jäi hyvin alhaiseksi (8 %). Myös Jyväskylän terveystieteiden sairaala jätettiin tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle, koska sen otoskoko oli muihin organisaatioihin verrattuna hyvin pieni ($n = 38$). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Jos yksikössä on paineita, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se tarkoittaisikin, että joudumme työssämme käyttämään oikopolkuja	1480	2,93	1.35	-
Jos jokin asia työssäni huolestuttaa minua, voin helposti keskustella siitä esimieheni kanssa	1506	4.51	1.40	-
<i>Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä</i>				
Potilaan hoidon prosessi tai hoitopolku on helposti hahmotettavissa	1475	3.91	1.03	*
Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	1486	4.24	1.05	***
Päivittäinen yhteistyö yksikössämme toimii hyvin	1496	4.53	1.00	*
<i>Yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä</i>				
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvin yhdessä tarjotakseen parasta hoitoa potilaalle	1458	3.64	1.11	*
Kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen, on joitakin asioita, joista kumpikaan yksikkö ei oikein huolehdi (käänteinen)	1446	3.13	1.26	***
Sairaalan yksiköiden välisessä tiedonvaihdossa tulee usein esiin ongelmia (käänteinen)	1484	3.63	1.15	-
<i>Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen</i>				
Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja tiedonkulku on sujuvaa	1480	3.49	1.11	-
Kaikkien ammattiryhmien näkemykset huomioidaan potilaittemme hoidon suunnittelussa	1466	3.87	1.25	*
Kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvostetaan sairaalassamme	1493	3.76	1.36	-
<i>Organisatorisen oppimisen käytännöt</i>				
Yksikössämme huolehditaan siitä, että haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet raportoidaan viranomaisten edellyttämällä tavalla	1469	4.54	1.00	***
Yksikössämme on käytössä toimiva vapaaehtoinen vaaratilanteiden raportointijärjestelmä	1442	3.97	1.57	***
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta yksikössämme	1489	3.78	1.16	***
Kun olemme tehneet muutoksia potilaiden turvallisuuden parantamiseksi, arvioimme niiden vaikuttavuutta	1448	3.49	1.13	***
Tässä yksikössä me keskustelemme siitä, miten virheitä voidaan ehkäistä tapahtumasta uudelleen	1481	4.22	1.13	*
Yksikössämme virheistä ei syyllistetä	1489	3.88	1.35	-
<i>Osaamisen varmistaminen ja koulutus</i>				
Yksikössämme työntekijöillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	1495	4.30	1.06	***

Kun uusia työmenetelmiä otetaan käyttöön, saamme aina riittävän koulutuksen	1500	3.04	1.32	***
Harjoittelijoita ja/tai uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi yksikössämme	1491	3.76	1.30	***
Yksikössämme työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	1501	4.27	1.22	*
<i>Resurssien hallinta</i>				
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	1506	2.54	1.39	***
Työvuorot yksikössämme ovat liian pitkiä potilasturvallisuuden kannalta (käännettävä)	1472	2.60	1.35	***
Työskentelemme ”kriisitilassa”, yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti (käännettävä)	1473	3.29	1.38	***
Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	1469	4.14	1.16	***
Potilasturvallisuus on huomioitu työtilojen suunnittelussa	1467	2.81	1.33	***
<i>Työn tukeminen ohjeilla</i>				
Yksikössämme on hyvät ohjeet työprosessien suorittamisesta	1490	3.12	1.24	***
Toimintaohjeita arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti yksikössämme	1476	3.68	1.18	***
Turvallisuuteen liittyviä sääntöjä ja ohjeita noudatetaan huolellisesti yksikössämme	1482	4.20	1.01	***
<i>Ulkopuolisten toimijoiden hallinta</i>				
Käytämme enemmän ulkopuolista/tilapäistä työvoimaa kuin olisi potilaiden hoidon kannalta hyväksi (käännettävä)	1462	2.79	1.45	***
Ulkopuolisen työvoiman/ostopalveluiden käyttö on hallittua yksikössämme	1413	3.57	1.25	***
Ulkopuolinen työvoima/ostopalvelut, joita yksikössämme käytetään, on pätevää	1420	3.64	1.18	***
Yhteistyö ja tiedonkulku ulkopuolisen työvoiman/ostopalvelutyöntekijöiden kanssa on sujuvaa	1413	3.17	1.03	***
<i>Muutosten hallinta</i>				
Sairaalan johto perustelee tekemänsä muutokset	1465	2.64	1.14	-
Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa	1486	3.48	1.36	***
Sairaalan johto on realistinen sen suhteen, miten paljon muutoksia organisaatio kestää	1486	2.50	1.12	**
Sairaalan johdolla on kyky ryhtyä päätöksistä toimenpiteisiin	1459	3.15	1.18	**
Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti	1457	3.40	1.18	***

Liite B: Haastattelurunko

1. Ammattinimike ja/tai koulutus.
2. Mikä on se organisaatio, jossa työskentelet? Mikä on se yksikkö, jossa työskentelet?
3. Kerro työstäsi. Mikä on työsi keskeinen sisältö? Mitä kuuluu päivittäisiin tehtäviisi ja vastuualueisiisi?
4. Kuinka pitkään olet työskennellyt täällä / tässä tehtävässä?
5. Mikä / mitkä asiat motivoivat sinua työssäsi?
6. Mitkä asiat työssäsi ovat raskaita / haastavia?
7. Miten hyvin koet hallitsevasi työtäsi? (esim. työmäärä, työn vaatimukset, ajankäyttö)
8. Mitä potilasturvallisuus mielestäsi on? Miten määrittelisit käsitteen potilasturvallisuus?
9. Millainen on sellainen organisaatio, jossa potilasturvallisuus on hyvä?
10. Mitä potilasturvallisuus sinulle henkilökohtaisesti merkitsee?
11. Onko potilasturvallisuus asia, joka on aktiivisesti työpäivän aikana mielessä vai ennemminkin jotakin taka-alalla olevaa?
12. Minkälaiset tekijät voivat aiheuttaa potilaiden turvallisuuden vaarantumisen?
13. Millä tavalla nämä tekijät vaarantavat potilaiden turvallisuuden? Missä tilanteessa tällaiset tekijät voivat tulla esiin?
14. Mitkä näistä edellä kuvatuista tekijöistä ovat tällä hetkellä ajankohtaisia haasteita tässä organisaatiossa? (joita ei ole pystytty ratkaisemaan tai jotka ovat viime aikoina tulleet esiin)
15. Mitä niiden hallitsemiseksi tehdään?
16. Mikä on sinun vastuusi potilasturvallisuuden varmistamisessa? (Miltä osin olet itse vastuussa potilaiden turvallisuudesta? Minkälaisia asioita teet potilasturvallisuuden varmistamiseksi?)

17. Mikä on koko oman yksikkösi/hallinnon/sairaanhoitopiirin johdon vastuu potilasturvallisuuden varmistamisessa tässä organisaatiossa? Miltä osin johtotaso on vastuussa potilasturvallisuudesta tässä organisaatiossa?
18. Täytyykö potilasturvallisuuden varmistamiseksi tehdä tässä organisaatiossa jotain muuta kuin sellaista, mikä on virallisesti määritelty kunkin tehtäviin kuuluvaksi? Eli ovatko viralliset vastuut ja se miten potilasturvallisuudesta käytännössä huolehditaan yhtenevät / samansuuntaiset?
19. Millainen oman organisaatiosi potilasturvallisuuden taso mielestäsi on? Miten hyvä potilasturvallisuus tässä organisaatiossa mielestäsi on?
20. Mitä asioita organisaation toiminnassa on huomioitava potilasturvallisuuden varmistamiseksi?
21. Minkä pitäisi muuttua, että potilasturvallisuus olisi organisaatiossasi parempi? Mitä pitäisi kehittää? Miten?
22. Mitä esteitä tai haasteita potilasturvallisuuden kehittämiseksi / edellä kuvattujen asioiden kehittämiseksi on?
23. Mikä on vaaratapahtumien raportoinnin (esim. HaiPro) merkitys potilasturvallisuuden kehittämisessä? Onko HaiPron myötä tullut esiin jotain yllättävää?
24. Miten laatu ja potilasturvallisuus tai laadun kehittäminen ja potilasturvallisuuden kehittäminen eroavat toisistaan?
25. Mitä ajattelet sellaisesta käsitteestä kuin potilasturvallisuuskulttuuri? (Mitä ymmärrät sen tarkoittavan ja miten kiteyttäisit hyvän potilasturvallisuuskulttuurin keskeiset piirteet?)
26. Toteutuvatko hyvän potilasturvallisuuskulttuurin piirteet organisaatiossasi?
27. Haluaisitko vielä lisätä jotakin?

Liite C: Turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien kuvailutiedot

	summamuuttu- jaan liittyvien osioiden määrä	α	vas- taajien määrä	vastausten keskiarvo	vastausten keskiha- jonta	erojen tilastol- linen merkit- sevyys ¹
johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen	3	0.79	1437	3.51	0.93	***
johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi	3	0.79	1433	2.96	0.98	-
turvallisuudesta viestiminen	3	0.67	1446	3.77	0.91	*
lähiesimiestoiminta	4	0.76	1448	4.06	1.03	-
yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä	3	0.69	1461	4.26	0.81	***
yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä	3	0.54	1417	3.62	0.85	***
ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen	3	0.76	1449	3.71	1.02	-
organisatorisen oppimisen käytännöt	6	0.77	1380	3.91	0.86	***
osaamisen varmistaminen ja koulutus	4	0.72	1471	3.84	0.91	***
resurssien hallinta	5	0.64	1432	3.08	0.59	*
työn tukeminen ohjeilla	3	0.72	1446	3.88	0.88	***
ulkopuolisten toimijoiden hallinta	4	0.60	1346	3.29	0.73	**
muutosten hallinta	5	0.82	1401	3.03	0.91	**

¹ Erojen merkitsevyyttä tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri jätettiin analyysin ulkopuolelle, sillä organisaation vastausprosentti jäi hyvin alhaiseksi (8 %). Myös Jyväskylän terveystieteiden keskus sairaala jätettiin tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle, koska sen otoskoko oli muihin organisaatioihin verrattuna hyvin pieni ($n = 38$). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.



Julkaisun sarja, numero ja
raporttikoodi

VTT Tiedotteita 2456
VTT-TIED-2456

Tekijä(t) Pietikäinen, Elina, Reiman, Teemu & Oedewald, Pia		
Nimeke Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa		
Tiivistelmä VTT:n toteuttamassa TUKU-projektissa luotiin suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely. Tätä menettelyä pilotoitiin viidessä organisaatiossa. Samalla saatiin suuntaa antavaa tietoa suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurista. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että korkeatasoisen potilasturvallisuuskulttuurin saavuttamisessa on merkittäviä yhteisiä haasteita. Terveydenhuolto-organisaatioissa potilasturvallisuus liitetään usein yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen toiminnan onnistumiseen tai se sekoittuu potilaiden turvallisuudentunteeseen. Potilasturvallisuus liitetään myös voimakkaasti haittatapahtumiin eli turvallisuus määritellään negatiivisen kautta. Keskeisenä tulevaisuuden haasteena voidaan pitää turvallisuusajattelun laajentamista organisaation kokonaistoimintaa systeemisesti, ennakoivasti ja positiivissävytteisesti tarkastelevaksi. Julkaisussa esitetään, että turvallisuuskulttuurin kehittäminen terveydenhuollossa edellyttää organisaation toiminnan kehittämistä. Kehittämistyön tueksi julkaisussa esitetään malli turvallisuuskulttuurista, sen arviointimenetelmästä ja kehittamisestä. Turvallisuuskulttuuriajattelua voi hyödyntää niin potilasturvallisuuden kuin henkilöstön turvallisuudenkin arvioinnissa ja kehittämisessä. Tässä julkaisussa paino on potilasturvallisuudella. Turvallisuuskulttuuria tarkastellaan organisaatiossa vallitsevana kyknä ja tahtona ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kyknä ja tahtona toimia turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuudesta välitetään aidosti, vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi. Tärkeää on vaikutusmahdollisuuden ja vastuun kokeminen turvallisuuden kehittämisessä ja perustyön hallinta. Turvallisuuskulttuuri ei ole yksilöiden ominaisuus, vaan se on ilmiö, joka koostuu organisatorisista prosesseista, sosiaalisista prosesseista ja niistä juontavista henkilöstön psykologisista kokemuksista. Näistä kolmesta elementistä muodostuu organisaation tila – turvallisuuskulttuuri. Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä avainasemassa on organisaatioiden toimintaprosessien kehittäminen.		
ISBN 978-951-38-7252-6 (nid.) 978-951-38-7253-3 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		
Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1235-0605 (nid.) 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)	Projektinumero 27260	
Julkaisu-aika Joulukuu 2008	Kieli suomi	Sivu-ja 70 s. + liitt. 6 s.
Projektin nimi TUKU	Toimeksiantaja(t) Työsuojelurahasto, VTT	
Avainsanat organizational culture, safety culture, organizational development, models, evaluation, patient safety, health care, safety-critical organizations, hospitals, hospital districts	Julkaisija VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4520 Faksi 020 722 4374	

VTT Tiedotteita – Research Notes

- 2440 Kivisaari, Sirkku, Saari, Eveliina & Lehto, Juhani. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ration tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensi askeleet. 2008. 88 s. + liitt. 13 s.
- 2441 Bioenergy in Europe. Implementation of EU Directives and Policies relating to Bioenergy in Europe and RD&D Priorities for the Future. Ed. by Crystal Luxmore. 2008. 59 p.
- 2442 Operational decision making in the process industry. Multidisciplinary approach. Ed. by Teemu Mätäsniemi. 2008. 133 p. + app. 5 p.
- 2443 Hänninen, Markku & Ylijoki, Jukka. The one-dimensional separate two-phase flow model of APROS. 2008. 61 s.
- 2444 Paiho, Satu, Ahlqvist, Toni, Piira, Kalevi, Porkka, Janne, Siltanen, Pekka, Tuomaala, Pekka & Kiviniemi, Arto. Roadmap for ICT-based Opportunities in the Development of the Built Environment. 2008. 58 s. + app. 33 p.
- 2445 Lahdenperä, Pertti. Financial analysis of project delivery systems. Road projects' operational performance data revisited. 2008. 58 p.
- 2447 Mahlberg, Riitta, Hellstedt, Maarit, Jauhiainen, Pekka, Kuisma, Risto, Kymäläinen, Hanna-Riitta, Määttä, Jenni, Salparanta, Liisa, Sjöberg, Anna-Maija & Ritschkoff, Anne-Christine. Helposti puhdistettavat lattiamateriaalit lypsykarjatiljoissa. 2008. 66 s. + liitt. 2 s.
- 2448 Koljonen, Tiina, Lehtilä, Antti, Savolainen, Ilkka, Flyktman, Martti, Peltola, Esa, Pohjola, Johanna, Haavio, Markus, Liski, Matti, Haaparanta, Pertti, Ahonen, Hanna-Mari, Laine, Anna & Estlander, Alec. Suomalaisen energiateknologian globaali kysyntä ilmastopoliittikan muuttuessa. 2008. 63 s. + liitt. 8 s.
- 2449 Bäck, Asta, Melin, Magnus, Näkki, Pirjo, Vainikainen, Sari, Sarvas, Risto, Seppälä, Lassi & Vihavainen, Sami. Tags and tagging: Creating meanings, organizing, and socializing with metadata. Report on the Täky project. 2008. 86 p. + app. 4 p.
- 2450 Viljakainen, Anna, Bäck, Asta & Lindqvist, Ulf. Media ja mainonta vuoteen 2013. 2008. 95 s. + liitt. 46 s.
- 2451 Ruotsalainen, Laura. Data Mining Tools for Technology and Competitive Intelligence. 2008. 63 p.
- 2452 Paappanen, Teuvo, Lindh, Tuulikki, Kärki, Janne, Impola, Risto, Rinne, Samuli, Lötjönen, Timo, Kirkkari, Anna-Maija, Taipale, Raili & Leino, Timo. Ruokohelven polttoaineketjun kehittäminen liiketoimintamahdollisuuksien parantamiseksi. 2008. 158 s. + liitt. 9 s.
- 2453 Ekholm, Tommi, Soimakallio, Sampo, Höhne, Niklas, Moltmann, Sara & Syri, Sanna. Assessing the effort sharing for greenhouse gas emission reductions in ambitious global climate scenarios. 2008. 75 p. + app. 3 p.
- 2454 Ahlqvist, Toni, Bäck, Asta, Halonen, Minna & Heinonen, Sirkka. Social media roadmaps. Exploring the futures triggered by social media. 2008. 78 p. + app. 1 p.
- 2455 Nykänen, Esa, Porkka, Janne, Aittala, Miika, Kotilainen, Helinä, Räikkönen, Outi, Wahlström, Mikael, Karesto, Jarmo, Yli-Karhu, Tiina & Larkas-Ipatti, Eija. HospiTool. Käyttäjälähtöinen sairaalatala. 2008. 66 s.
- 2456 Pietikäinen, Elina, Reiman, Teemu & Oedewald, Pia. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. 2008. 70 s. + liitt. 6 s.
- 2457 Rinne, Tuomo, Hykkyrä, Hanna, Tillander, Kati, Jäntti, Jarkko, Väisänen, Timo, Yli-Pirilä, Pasi, Nuutinen, Ilpo & Ruuskanen, Juhani. Jätekeskusten paloturvallisuus. Riskit ympäristölle tulipalotilanteissa. 2008. 125 s. + liitt. 39 s.

Julkaisu on saatavana	Publikationen distribueras av	This publication is available from
VTT PL 1000 02044 VTT Puh. 020 722 4520 http://www.vtt.fi	VTT PB 1000 02044 VTT Tel. 020 722 4520 http://www.vtt.fi	VTT P.O. Box 1000 FI-02044 VTT, Finland Phone internat. + 358 20 722 4520 http://www.vtt.fi