



Tilannetietoisuus erikoissairaanhoidon potilasturvallisuudessa: hoitaja- ja lääkäritaustaisten esihenkilöiden näkemyksissä on eroa

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata esihenkilöiden näkemyksiä tilannetietoisuudesta potilasturvallisuusjohtamisessa. Erityisesti tavoitteena oli selvittää, kuinka potilasturvallisuuteen vaikuttavien tilanteiden ja olosuhteiden tunnistaminen ja havaitseminen ilmenee esihenkilöiden päivittäisessä johtamisessa sekä päätöksenteossa.

Aineisto koottiin Webropol-kyselynä vuonna 2017. Kysely osoitettiin neljän eri sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon kaikille esihenkilöinä toimiville osastonhoitajille ja osastolääkäreille sekä sairaanhoitopiiriin johdolle (sairaanhoitopiiriin johtajat, ylilääkärit ja ylihoitajat) (N=124).

Ammattiryhmien välillä oli eroa ($p=0,003$) sen suhteen, kuinka henkilöstöä kannustetaan tekemään vaaratilanneilmoituksia. Tuloksista myös ilmeni, että hoitajataustaiset esihenkilöt esittelivät erilaisissa palavereissa potilasturvallisuuteen liittyviä asioita ($p=0,006$), kun taas lääkäritaustaiset esihenkilöt tunnistivat riskien arvioinnin merkityksen useammin ($p=0,010$). Lääkäritaustaiset esihenkilöt käyttivät johtamisessaan hoitajataustaisia esihenkilöitä harvemmin vaaratilanneilmoituksista saatavaa tietoa ($p=0,013$).

ASIASANAT: tilannetietoisuus, potilasturvallisuus, tiedolla johtaminen, esihenkilö

TUULA SAARIKOSKI, KAISA HAATAINEN, RISTO P. ROINE, HANNELE TURUNEN

YDINASIAAT

- Tilannetietoisuutta on aikaisemmin tutkittu muun muassa akuutti- ja ensihoitoon liittyvissä tilanteissa.
- Tilannetietoisuuden periaatteita voidaan hyödyntää myös potilasturvallisuuden johtamisessa.
- Hoitaja- ja lääkäritaustaisilla esihenkilöillä on osittain erilaiset näkemykset tilannetietoisuus potilasturvallisuudesta.
- Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan henkilöstön ja esihenkilöiden näkemysten vertailua tilannetietoisuudesta potilasturvallisuudessa.

JOHDANTO

Uusilla hyvinvointialueilla korostuvat johtamistaidot ja kansallisten säädösten, määräysten ja ohjeiden mukainen toiminta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (40 §) määrittelee, että hyvinvointialueiden pitää omavalvonnan avulla huolehtia muun muassa palvelujen saatavuudesta, jatkuvuudesta, turvallisuudesta ja laadusta (1).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpano-ohjelma 2022–2026 (2) ohjaavat asiakas- ja potilasturvallisuuden johtamista kansallisella

tasolla. Strategiassa yhtenä painopisteenä on jokaisen esihenkilön työhön liittyen asiakas- ja potilasturvallisuuden tilannetietoisuus, jonka tulee näkyä myös osana johdon raportointia (2). Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi sisältyy johtamistyöhön ja mittareina voidaan käyttää potilasturvallisuuskulttuurikyselyiden kysymyksiä (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC, SOPS ja turvallisuuskulttuurikysely TUKU) (3–5).

Potilasturvallisuusjohtamisen perustaksi esihenkilöiden on tunnettava organisaation strategia. Lisäksi heillä tulee olla ajantasainen tieto mahdollisista riskeistä ja suunnitelmat niiden toteutumisen ehkäisemiseksi (5–6). Potilasturvallisuuden johtaminen edellyttää tilannetietoisuutta ja tietoa havaituista riskeistä sekä strategisia taitoja (3). Tilannetietoisuudella tarkoitetaan *”päättäjien ja heidän avustajiensa päätöksiään varten tarvitsemaa ymmärrystä tapahtuneista asioista, niihin vaikuttaneista olosuhteista, eri osapuolien tavoitteista ja tapahtumien mahdollisista kehitysvaihtoehtoista”* (6). Tilannetietoisuuden puuttuminen voi vaarantaa potilasturvallisuuden tai se voi johtaa inhimillisiin virheisiin (7). Endsleyn tilannetietoisuuden mallissa (1995) tilannetietoisuus on jaettu kolmeen eri tasoon. Ensimmäisellä tasolla on käsitys nykytilanteesta, toisella tasolla nykytilanteen ymmärtäminen ja kolmannella tasolla tulee tietää mihin ollaan pyrkimässä, mitä toimenpiteitä on tehtävä ja mitä tavoitteita asettaa päätöksenteon tueksi (8). Endsleyn tilannetietoisuuden mallin on aiemmin havaittu olevan tarkoituksenmukainen tutkittaessa muun muassa potilaan tilan heikkenemisen tunnistamiseen käytettyjä tilannetietoisuusmalleja (8,9).

Sovellettaessa Endsleyn tilannetietoisuuden mallia potilasturvallisuusjohtamiseen ensimmäisellä tasolla havainnoidaan mitä terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu, toisella tasolla tulkitaan tiedolla johtamisen tueksi esimerkiksi vaaratapahtumailmoitusten kautta tullutta tietoa vaaratapahtumista ja kolmannella tasolla hyödynnetään aiempien tasojen perusteella saatuja tietoja ja ennaltaehkäistään vaaratapahtumia ja mahdollisia haittoja tulevaisuudessa (10). Erilaisista tietojärjestelmistä saatuja tietoja voidaan hyödyntää tilannetietoisuuden parantamiseen ja toiminnan tueksi (11).

Esihenkilöiden johtamistyössä tämä tarkoittaa, että johtamisen taustalla on oltava tietoisuus turvallisuuskäytännöistä, eettisistä periaatteista, lainsäädännöstä (12) sekä ymmärrys siitä, kuinka tilannetietoa käytetään päätöksenteossa (13). Potilasturvallisuusjohtamisen edellytyksenä on esihenkilöiden sitoutuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen ja edistämiseen. Tiedolla johtaminen sisältää tiedon keräämisen, tietojen analysoinnin ja niiden hyödyntämisen korjaavissa toimenpiteissä (8,14). Vaaratapahtumista raportointiin ja ilmoittamiseen tarvitaan myönteinen ilmapiiri ja raportoinnin tulee johtaa jatkuvaan riskien arviointeihin ja vaaratapahtumista oppimiseen henkilöstön kanssa (15). Johtamisen prioriteetteihin kuuluu laatu ja turvallisuus, henkilöstön arvon ymmärtäminen sekä virheistä ja onnistumisista oppiminen (16). Potilasturvallisuusjohtamisessa on huomioitava myös henkilöstön työolosuhteet, riittävä välineistö sekä henkilöstön riittävyys ja osaaminen (17).

Laatu- ja potilasturvallisuustietojen kerääminen ja tietojen käyttäminen muutosten pohjana on osa tiedolla johtamista (14,17). Terveydenhuollossa laadun ja turvallisuuden parantamisen edellytyksiin kuuluu laadun ja turvallisuuden priorisointi johtamisessa, esihenkilöiden tukeminen laatuun ja turvallisuuteen sitoutumisessa sekä tietojärjestelmien tuki laatu- ja turvallisuustietojen analyyseihin (16). Laatu- ja potilasturvallisuustietoja kerätään eri järjestelmistä, mutta tiedot tulee myös saattaa sellaiseen muotoon, että niistä opitaan ja ne edesauttavat potilaiden turvallista hoitoa (3). Tilannetietoisuus tuottaa käytännön tietoa sekä ymmärrystä tiedolla johtamiseen ja päätöksentekoon ja helpottaa tavoitteiden asettelua ja strategioiden toimeenpanoa (8).

Tiedolla johtamista on aiemmin tutkittu esimerkiksi sen suhteen, mistä lääkärit saavat johtamisessa käytettävää tietoa (18) ja mitä tietokulttuurin ulottuvuuksia terveydenhuollon organisaatioissa esiintyy (19). Tutkimuksissa on havaittu, että avoin tietokulttuuri parantaa organisaation kykyä oppia ja kehittää toimintaansa sekä edistää tiedon laatua, saatavuutta ja ajantasaisuutta (7,19), mutta esimerkiksi johtavina esihenkilöinä toimivat lääkärit joutuvat keräämään johtamisessa tarvittavat tiedot monesta eri tietojärjestelmästä (6, 7). Potilasturvallisuusjoh-

tamiseen kuuluu kustannus- ja laatu-tietoisuus (20,21) ja sääntöjä noudattavaan tietokulttuuriin vastuullisuus ja ohjeiden noudattaminen (7). Ojanperän (2022) tutkimuksen mukaan esihenkilöiden rooliin sisältyy muun muassa käsihygienian toteutumisen ja raporttien seuraamista (22).

Tilannetietoisuutta terveydenhuollon organisaatioissa on tutkittu muun muassa akuutti- ja ensihoidossa (13). Akuutti-hoidossa päivittäisen johtamisen tilannetietoisuuteen kuuluu tietoisuus henkilöstön osaamisesta ja tutkimus- ja hoitolaitteiden riittävytydestä (23,24). Eri järjestelmien tuottamaa tietoa tulee hyödyntää päivittäisjohtamisessa (11).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata esihenkilöiden näkemyksiä siitä, kuinka tilannetietoisuus ilmenee potilasturvallisuusjohtamisessa. Tähän haettiin vastausta seuraavilla tutkimuskysymyksillä:

1. Mitkä ovat esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuusjohtamisen nykytilanteesta?
2. Kuinka esihenkilöt seuraavat potilasturvallisuuskäytäntöjen toteutumista?
3. Kuinka potilasturvallisuusmittareiden tuottamaa tietoa käytetään osana tilannetietoisuutta ja päätöksentekoa?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Kysymyslomakkeessa oli 18 strukturoitua sekä neljä avointa kysymystä. Kysymysten sisältö muotoiltiin Suomessa käytössä olevien potilasturvallisuusmittareiden ja raportointijärjestelmien perusteella (25–28). Strukturoituihin kysymyksiin vastattiin dikotomisella kyllä – ei -asteikolla ja viisiportaisilla useutta koskevalla ”päivittäin”, ”kerran viikossa”, ”kaksi kertaa kuukaudessa”, ”kerran kuukaudessa” tai ”harvemmin” -asteikolla ja neliportaisella ”säännöllisesti”, ””, ”harvoin” ja ”en koskaan” -asteikolla, sekä neliportaisella ”kerran kuukaudessa”, ”osavuositarkastusten yhteydessä”, ”yksi”-”kaksi kertaa vuodessa” ja ”harvemmin” -asteikolla.(29). Tuloksia analysoidessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttimuuttujia sekä ristiintaulukointia. Aineistoa analysoidiin ja tuloksia kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla sekä ristiintaulukoinnilla. Ryhmien välistä eroa testattiin khiin-neliö-riippumattomuustestillä. Tilastollisesti merkitseväenä erona oli $p < 0.05$. (30.)

Kysely pilotoitiin lähettämällä se ensin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusasiantunti-

joille ($n = 13$), joista neljä vastasi. Tämän perusteella muutettiin muutamien kysymysten järjestystä sekä sanamuotoja.

Aineisto koottiin sähköisellä Webropol-lomakkeella alkuvuodesta 2017 lähettämällä kysely neljän eri sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon kaikille esihenkilöinä toimiville osastonhoitajille ja osastonlääkäreille sekä sairaanhoitopiirien johdolle (sairaanhoitopiirin johtajat, yllä-lääkärit ja ylihoitajat). Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitopiirien nimetyt yhdyshenkilöt lähettivät kohderyhmälle linkin kyselyyn oman organisaationsa sähköpostin välityksellä. Kyselyn linkkiä välitettiin 492 kappaletta, mutta kyselyn ammattiryhmäkohtaista kohdentumisesta ei ole tietoa. Kaikkiaan vastauksia saatiin yhden muistutusviestin jälkeen 124 kappaletta (25 %).

Aineisto analysoidiin IBM SPSS 26 -tilasto-ohjelmalla. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällön mukaan ja määristettiin (31). Tulokset analysoidiin ammattiryhmittäin, lääkäritaustaiset ja hoitohenkilötaustaiset esihenkilöt erikseen. Vastanneiden osalta muun johtamistauhan ilmoittaneiden vastaukset jätettiin pois pienen vastaajamäärän vuoksi ($n = 15$) ja koska vastauksia ei voitu yksilöidä jonkun ammattiryhmän vastauksiksi eikä myöskään liittää osaksi lääkäritaustaisia tai hoitajataustaisia esihenkilöryhmiä. Lopullisen aineiston määrä oli 109 vastaajaa.

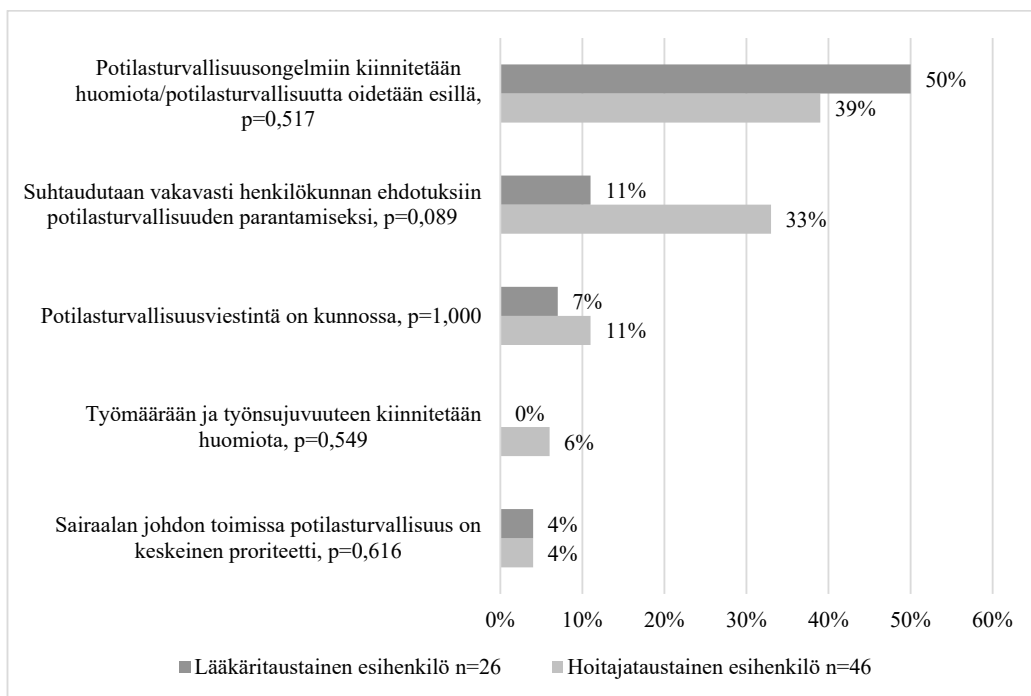
Tulokset raportoidaan Endsleyn (1995) tilannetietoisuusteorian kolmen tason mukaisesti: potilasturvallisuusjohtamisen nykytilanne, potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta, ja potilasturvallisuustiedon käyttö päätöksenteossa.

Tutkimuksella on sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja tutkimuslupa jokaisesta kohdeorganisaatiosta. Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimustulokset raportoidaan kokonaisuutena siten, ettei taustalla oleva organisaatio tai yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa.

Tutkimusaineisto tässä tutkimuksessa on vuodelta 2017 sillä aineisto kerättiin samalla kuin muut kokonaistutkimukseen liittyvät aineistot.

TULOKSET

Vastaajien lukumäärän pienuuden vuoksi aineistoa ei analysoitu kohdeorganisaatioittain, vaan päädyttiin ammattiryhmäkohtaiseen vertailuun.



Kuvio 1. Hoitajataustaisten (n= 46) ja lääkirिताustaisten (n=26) esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuusjohtamisesta prosenttisuuksina vastaajien määrän suhteen ja vertailu p-arvoina.

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN TAUSTATIEDOT

Suurin osa (74 %) vastaajista oli naisia ja 56 % hoitajataustaisia. Vajaa puolet (46 %) tutkittavista kuului ikäryhmään 55 vuotta tai vanhempi, 38 % oli 45–54-vuotiaita, 13 % 35–44-vuotiaita ja loput 3 % kuului ikäryhmään 20–34 vuotta. Työkokemusta nykyisessä johtamistehtävässä oli lääkirिताustaisilla vastaajilla yleisimmin 6–10 vuotta (38 %), kun taas hoitajataustaisilla yleisin työkokemuksen pituus johtamistehtävissä oli alle vuodesta viiteen vuoteen (28 %). Terveystuhoon työkokemusta valtaosalla tutkittavista (43 %) oli 30 vuotta tai enemmän. Hoitajataustaisilla esihenkilöillä työskentelyn toimialue oli useimmiten somaattinen sairaanhoito (40 %) ja lääkirिताustaisilla operatiivinen sairaanhoito (27 %). Vähiten (2 %) oli ensihoidossa työskenteleviä.

ESIHENKILÖIDEN NÄKEMYKSET POTILASTURVALLISJOHTAMISEN NYKYTILANTEESTA

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, milaista heidän mielestään on hyvä potilasturvallisuusjohtaminen. Kysymykseen vastasi 72 esihenkilöä (66 %). Sekä lääkiritä että hoitajataustaisten

esihenkilöiden vastauksissa eniten mainintoja oli potilasturvallisuuden esillä pitämisestä osana päivittäistä potilasturvallisuusjohtamista (Kuvio 1). Suhtautumisen vakavasti henkilökunnan ehdotuksiin potilasturvallisuuden parantamisesta mainitsi hoitajataustaisista esihenkilöistä 33 % ja lääkiritätaustaisista esihenkilöistä 11 %.

”Ymmärrys siitä, että potilasturvallisuus ylipäänsä on tärkeä asia ja otetaan esille poikkeamia, kannustetaan myös HaiPro-ilmoitusten tekemiseen, jotta poikkeamat tulee asianmukaisesti käsiteltyä. Hyväksytään, että potilasturvallisuudesta kannattaa ja pitää puhua, ei ole syyllistämistä kyse.” (Lääkiritätaustainen esihenkilö =LE)

Lisäksi esihenkilöt kuvasivat vastauksissa yksittäisiä potilasturvallisuusjohtamiseen liittyviä asioita kuten henkilöstön osaamista.

”Huolehditaan henkilökunnan potilasturvallisuusosaamisesta. Käydään läpi HaiPro ilmoitukset seuraavassa osastokokouksessa, mietitään miten voimme ehkäistä tapahtuman tai

Taulukko 1 Potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta osana johtamista prosenttiosuuksina hoitaja- (HE) ja lääkäritaustaisten (LE) esihenkilöiden vastauksista.

Seuraan henkilöstöni käsihygienian käyttäytymistä		
	LE	HE
Usein	33 %	51 %
Satunnaisesti	50 %	44 %
En koskaan	17 %	5 %
Valvon potilasasiakirjojen kirjaamisen laatua		
	LE	HE
Usein	56 %	49 %
Satunnaisesti	38 %	48 %
En koskaan	6 %	3 %
Puutun kirjaamisen virheisiin		
	LE	HE
Usein	29 %	38 %
Satunnaisesti	69 %	61 %
En koskaan	2 %	2 %

läheltä piti tilanteen jatkossa. Hoitoympäristön turvallisuudesta huolehtiminen.” (Hoitajataustainen esihenkilö =HE)

”Potilaiden oikeuksien ajamista, niin että saavat turvallisissa puitteissa parhaan mahdollisen hoidon.” (HE)

Tutkittavat toivat esille henkilöstöresursseihin ja muihin resursseihin liittyviä asioita.

Huolehditaan tarvittavista resursseista (henkilöstö, laitteet, välineet, tilat)” (HE)

Esihenkilöt mainitsivat myös potilasturvallisuusjohtamisen esteitä, kuten tietoisuuden puuttumisen organisaation strategiasta ja ylemmän johdon kiinnostuksen puute.

”Jos korkein johto ei ole kiinnostunut, niin asia ei etene paperitöitä pidemmälle organisaatiossa. Paljon puhetta vähemmän tekoja, näyttäviä julistuksia yms., mutta konkreettia lähinnä papereiden ja julisteiden tasolla”. (LE)

”Läpi koko organisaation mahdollisesti tapahtuvia asioita ei käsitellä tai niistä ei aina-kaan tiedoteta.” (HE)

”Tulisi näkyä vahvasti jo strategiassa. Strategia ohjaa työmme ja toimintamme tavoitteita. Nykyisestä strategiasta tai sen sisällöstä ei tietoa.” (HE)

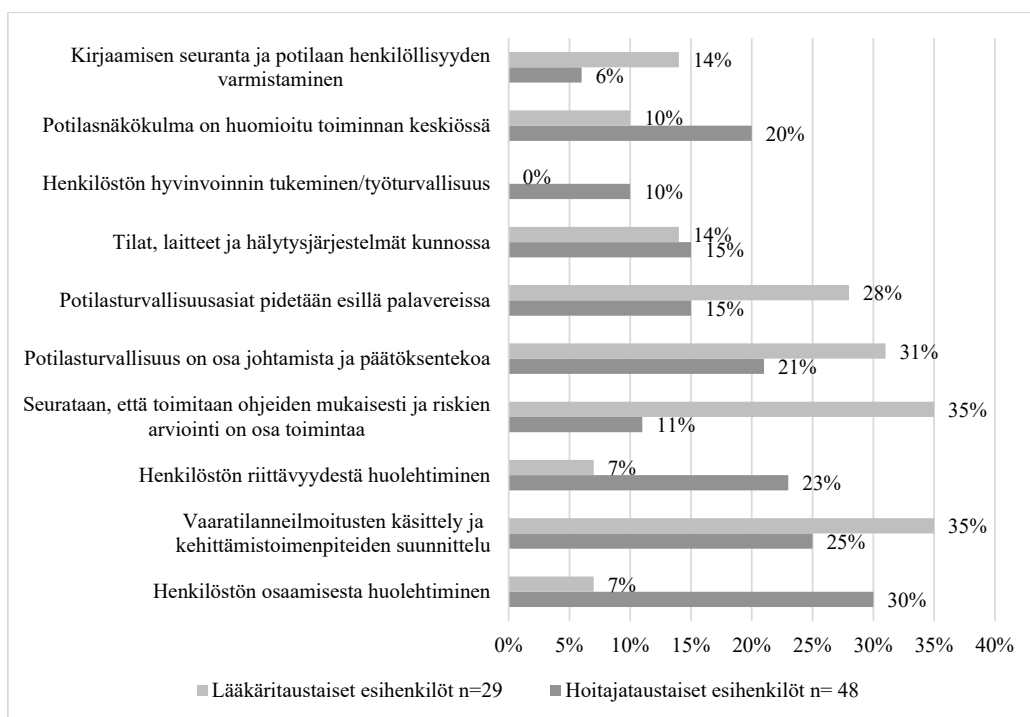
Vastauksissa huomioitiin myös potilaan oikeuksista huolehtiminen osana johtamista:

Potilasturvallisuuskäytäntöjen seuraaminen

Tutkittavilta kysyttiin, miten usein he seuraavat päivittäisessä työssään henkilöstönsä potilasturvallisuuskäyttäytymistä. Iällä tai johtamiskokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kysytyihin asioihin. Lääkäritaustaiset esihenkilöt seurasivat useimmin potilasasiakirjojen kirjaamisen laatua, kun taas hoitajataustaiset esihenkilöt seurasivat useimmin henkilöstön käsihygienian toteutumista. Ero esihenkilöiden ammatillisen taustan välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tarkemmat tulokset ovat taulukossa 1.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, kuinka potilasturvallisuus näkyy esihenkilöiden päivittäisessä työssä. Kysymykseen vastasi 77 esihenkilöä (62 %). Potilasturvallisuuden näkyminen esihenkilön päivittäisessä johtamisessa esitetään kuviossa 2.

Lääkäritaustaisten esihenkilöiden vastauksissa painottuivat vaaratilanneilmoitusten käsittely ja kehittämistoimenpiteiden suunnittelu (35 %), ohjeiden noudattamisen ja riskien arvioinnin seuranta (35 %) sekä potilasturvallisuuden pitäminen osana johtamista ja päätöksentekoa (31 %). Merkitsevä ero oli henkilöstön osaamisesta huolehtimisen kohdalla ($p=0,020$), lääkäritaustaisista esihenkilöistä tämän toi esille seitsemän prosenttia vastaajista, ja hoitajataustaisista



Kuvio 2. Potilasturvallisuuden näkyminen päivittäisessä johtamisessa ilmaistuna prosenttisuuksina kaikista vastauksista ammattiryhmittäin ja merkitsevät p-arvot merkitty.

30 %. Ero oli merkitsevä myös siinä, miten potilasturvallisuusasiat pidetään esillä henkilöstön palavereissa ($p=0,003$). Lääkärिताustaisista esihenkilöistä tämän toivat ilmi 28 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 15 %. Ohjeiden mukaisen toiminnan seurannan ja riskien arvioinnin osana toimintaa toivat esille lääkärिताustaisista esihenkilöistä 35 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 11 %, ero oli merkitsevä ($p=0,010$). Hoitajataustaiset esihenkilöt (25 %) mainitsivat vaaratilanneilmoitusten käsittelyn ja kehittämistoimenpiteiden suunnittelun osana päivittäistä johtamista ja lääkärिताustaiset 35 %.

Yksittäisinä asioina mainittiin vakavien vaaratapahtumien arviointi sekä tarkistuslistojen käyttö osana päivittäistä toimintaa.

Potilasturvallisuuden näkyminen päivittäisessä esihenkilöiden johtamistyössä ilmeni muun muassa seuraavasti:

”Lääkärinä pohdin potilasturvallisuuteen liittyviä asioita päivittäin, työtä tehdessä. potilasturvallisuus on lääkärin työssä läsnä joka päivä.” (LE)

”Suurin osa potilasturvallisuuteen liittyvästä työstäni on toiminnassa olevien riskien tunnistaminen ja pienten poikkeavuuksien tunnistaminen. Yritän selvittää heti mikä on riskien taustalla.” (LE)

”Keskustelen päivittäin henkilöstön kanssa potilasturvallisuuteen liittyvistä / sillä hetkellä mieleen nousevista asioista. Teen erilaisia havaintoja liikkeessani osastolla. Käyn noin kerran kuukaudessa läpi osastolla olevien asiakkaiden hoitosuunnitelmat ja valvon kirjaamista/kirjaamisen laatua.” (HE)

Esihenkilöt ilmoittivat seuraavansa oman vastuualueensa vaaratapahtumailmoitusten raportteja vaihtelevasti. Hoitajataustaisista esihenkilöistä oman alueensa vaaratapahtumien raportteja tarkasteli päivittäin 3 %, kerran viikossa 23 %, kaksi kertaa kuukaudessa 23 %, kerran kuukaudessa 25 % ja harvemmin 26 %. Lääkärिताustaisista esihenkilöistä vain kuusi prosenttia ilmoitti katsovansa raportteja päivittäin tai kerran viikossa, kolme prosenttia kaksi kertaa kuukaudessa, 23 % kerran kuukaudessa ja 58 % harvemmin.

Vaaratilanneilmoitusten tuottamaa tietoa ilmoitti käyttävänsä päätöksenteossa hoitajataustaisista esihenkilöistä päivittäin tai kerran viikossa 27 %, kaksi kertaa kuukaudessa 18 %, kerran kuukaudessa 39 % ja harvemmin 16 %. Lääkärिताustaisista esihenkilöistä vaaratapahtumailmoitusten tuottamaa raportointitietoa ilmoitti käyttävänsä päivittäin tai kerran viikossa 11 %, kaksi kertaa kuukaudessa kaksi prosenttia, kerran kuukaudessa 30 % ja harvemmin 57 %.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, mitä hyvä vaaratapahtumailmoitus sisältää. Vastauksissa (n=75) hyvän ilmoituksen piirteitä kuvattiin seuraavasti:

*”Tapahtuman kuvaus, mikä meni tai meina-
si mennä vikaan. Miten voidaan ehkäistä ja
mitä opittiin. Ehdotus asian korjaamiseksi.”*
(HE)

*”Jos ilmoitus vaatii jatkoselvittelyä, jokin tie-
to mistä voi ns tarttua kiinni, jotta selvitys on
ylipäättensä mahdollinen.”* (LE)

Hyvän vaaratapahtumailmoituksen kriteereistä esihenkilöt (n=75) mainitsivat kuvaukset siitä, mitä oltiin tekemässä ja keitä oli paikalla sekä tarkka kuvaus siitä mitä tapahtui ja miten. Vastauksissa mainittiin myös, että ilmoittajan tulisi mainita riskiluokka ja ilmoitukset olisi tehty syyllistämättä ja asiallisesti. Vaaratilanteen hoitamisen yhteydessä mainittiin tärkeäksi se, kuinka vaaratilanteessa reagoitiin ja mitä haittaa potilaalle aiheutui.

Tapahtuman olosuhteista mainittiin, että olisi tärkeä raportoida minkälainen tilanne oli vaaratapahtuman syntyessä ja tiesikö potilas tai omainen asiasta. Vaaratapahtumaan taustalla olevista tekijöistä tärkeänä pidettiin, että olisi hyvä olla arvio, onko tapahtuma ainulaatuinen vai onko samankaltaista tapahtunut jo aikaisemmin. Vaaratapahtuman toistumisen estämiseksi ilmoittajan toivottiin tekävän oman ehdotuksensa siitä, kuinka tapahtuman toistuminen estettäisiin eli perusteltu toimenpide.

Vaaratapahtumailmoituksen täyttämisen suhteen esitettiin myös kritiikkiä.

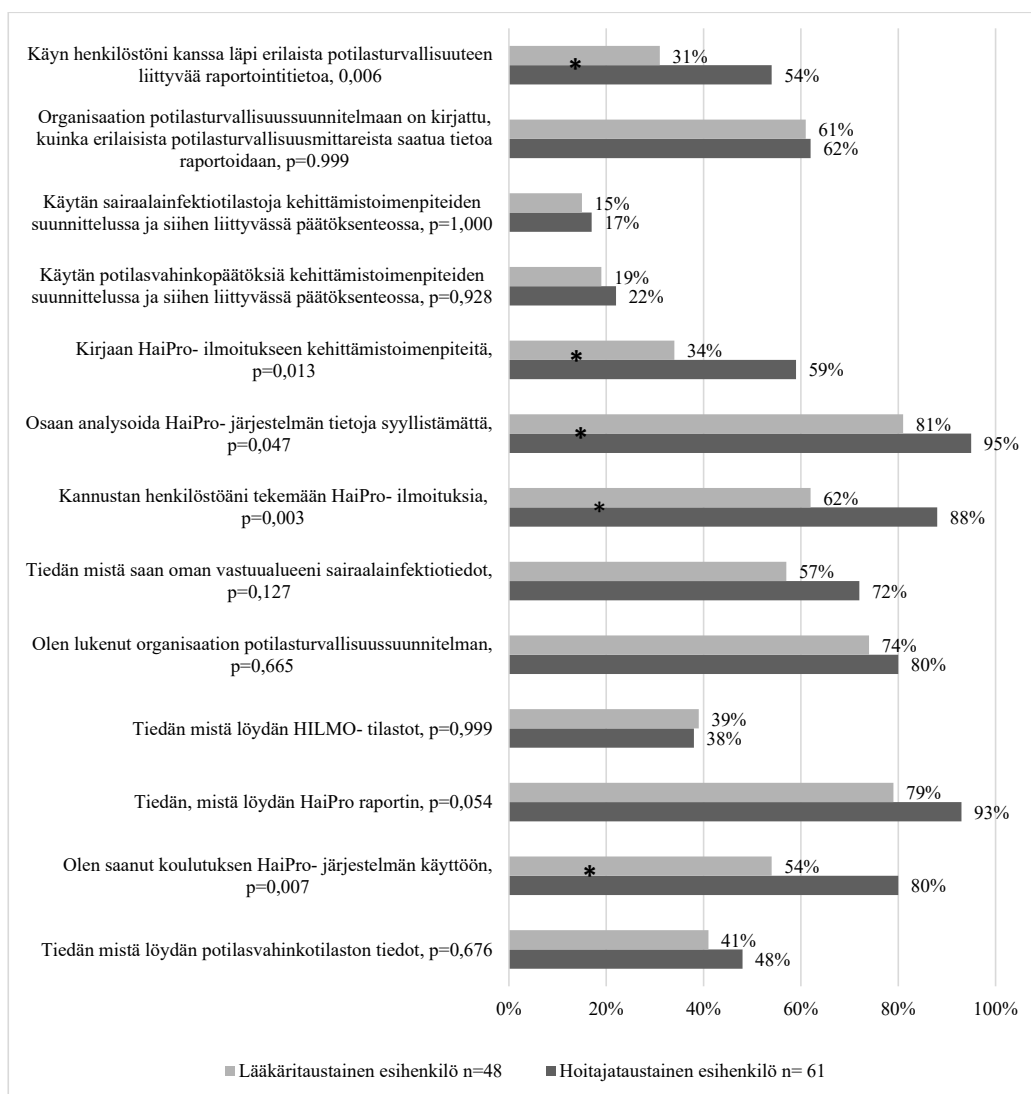
*”Meillä puutteita niissä tarkennuksissa, että
mikä tapahtumassa oli vaarana ja mitkä oli-
vat ilmoittajan mielestä myötävaikuttaneita
tekijöitä tilanteeseen”*(HE)

*”Hyvällä HaiPro-ilmoituksella ei ole mitään
merkitystä, jos mitään ei tehdä ilmoitusten
perusteella. Usein käydään ilmoitukset läpi
kokouksessa, mutta mitään ei yleensä tehdä,
paitsi opiskelijoille teroitetaan pistotapatur-
mien välttämistä.”*(LE)

POTILASTURVALLISUUSMITTAREIDEN TUOTTAMAN TIEDON KÄYTTÖ OSANA TILANNETIETOISUUTTA JA PÄÄTÖKSENTEKO

Esihenkilöiltä kysyttiin, kuinka he käyttävät potilasturvallisuuden mittareiden tuottamaa tietoa osana johtamista sekä tietävätkö he mistä tieto löytyy. Ammattiryhmien välillä oli merkitsevä ero ($p=0,003$) sen suhteen, kuinka henkilöstöä kannustetaan tekemään vaaratilanneilmoituksia (lääkärिताustaiset esihenkilöt 30 % ja hoitajataustaiset esihenkilöt 54 %). Hoitajataustaiset esihenkilöt kannustivat tekemään ilmoituksia enemmän kuin lääkärिताustaiset. Eroja oli myös siinä, kuinka vaaratilanneilmoituksiin kirjataan kehittämistoimenpiteitä ja tiedetäänkö mistä vaaratilanneilmoitusten raportit löytyvät. Merkitsevä ero oli kehittämistoimenpiteiden kirjaamisessa. Lääkärिताustaisista esihenkilöistä 34 % ilmoitti kirjaavansa kehittämistoimenpiteitä säännöllisesti, 30 % joskus ja 36 % ilmoitti, ettei kirjaa kehittämistoimenpiteitä ollenkaan, kun hoitajataustaisista esihenkilöistä 59 % ($p = 0,013$) raportoi kirjaavansa kehittämistoimenpiteitä säännöllisesti, 39 % joskus ja kaksi % ei kirjaa ollenkaan. Tietoa siitä, mistä vaaratilanneilmoitusten raportit löytyvät puuttui 21 % lääkärिताustaiselta ja seisemältä % hoitajataustaiselta esihenkilöltä. Henkilöstön kanssa potilasturvallisuuteen liittyvää raportointitietoa käsitteli lääkärिताustaisista esihenkilöistä 34 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 59 % ($p=0,006$). Ammattiryhmittäin oli merkitsevä ero siinä, osataanko analysoida vaaratilanneilmoituksia syyllistämättä ($p=0,047$). Hoitajataustaisista esihenkilöistä 95 % ilmaisi osaa-
vansa käsitellä ilmoituksia syyllistämättä ja lää-
käreistä 81 %. Merkitsevää eroa oli myös siinä, että oliko saanut vaaratilanneilmoitusjärjestelmän käyttöön koulutuksen ($p=0,007$). Koulutuksen oli saanut 80 % hoitajataustaisista esihenkilöistä ja 54 % lääkärिताustaisista esihenkilöistä.

Hoitajataustaisista esihenkilöistä lähes puolet (47 %) käsitteli henkilöstönsä kanssa erilaista potilasturvallisuuteen liittyvää raportointitietoa yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa tai harvemmin, kun taas lääkärिताustaiset esihenkilöt pääsääntöisesti harvemmin (63 %).



Kuvio 3. Raportoitujen potilasturvallisuustietojen saatavuus ja niiden käyttäminen jaoteltuina eri johtamistaustan mukaisesti, ”Kyllä” vastausten osuudet ilmaistuna prosenttiosuuksina ja merkitsevät p-arvot merkitty.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa kuvattiin lääkäri- ja hoitajataustaisten esihenkilöiden potilasturvallisuusjohtamista tilannetietoisuuden näkökulmasta. Tutkimuksen päätulokset olivat seuraavat: esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuuden nykytilasta erosivat ammattiryhmien välillä, esihenkilöt seurasivat vaaratilanteista saatavaa tietoa vaihtelevasti, ja esihenkilöt käyttivät eri potilasturvallisuusmittareiden tuottamaa tietoa päivittäisessä johtamisessa vaihtelevasti.

Päivittäiseen johtamiseen kuuluu, että sen hetkisestä vallitsevasta tilanteesta on tilannekuva, johon päätöksenteko perustuu (11). Tilannetietoisuuden kulmakivenä potilasturvallisuuden näkökulmasta on, että henkilökunta tuo esille omia ehdotuksiaan potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajataustaiset esihenkilöt kiinnittivät tähän enemmän huomiota kuin lääkäritäustaiset esihenkilöt. Hoitajataustaiset esihenkilöt kiinnittivät myös enemmän huomiota henkilöstön osaamisen varmistamiseen kuin lääkäritäustaiset esihenkilöt.

Nykytilan käytäntöjen ymmärtämisen taustana on potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta osana tilannetietoisuutta. Siiralan ym. (2020) aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitajataustaiset esihenkilöt ovat tietoisempia henkilöstönsä käsihygienian toteutumisesta, kun taas lääkäritaustaiset esihenkilöt kiinnittävät enemmän huomiota potilasasiakirjojen kirjaamisen laatuun (23). Tämän tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia kuin Siiralan ja kumppaneiden tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen mukaan lääkäritaustaiset esihenkilöt käyttävät johtamisessaan hoitajataustaisia esihenkilöitä harvemmin vaaratilanneilmoituksista saatavaa tietoa. Tämän taustalla voi olla se, että lääkärit tekevät harvemmin ilmoituksia havaitsemistaan vaaratapahtumista eivätkä ehkä pidä niitä niin tärkeinä (32). Vaaratapahtuman ilmoitusten laadulla on tärkeä merkitys siihen, että esihenkilöt saavat riittävät tiedot ilmoitusten käsittelyä ja mahdollisia jatko-toimenpiteitä varten (33).

Potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä tulee käydä läpi yhdessä henkilöstön kanssa ja tämän tutkimuksen mukaan esihenkilöt nostavat esille erilaisissa palavereissa potilasturvallisuuteen liittyviä asioita (34) ja seuraavat, toimiiko henkilöstö ohjeiden mukaisesti. Riskien arvioinnin merkityksen tunnistivat useammin lääkäritaustaiset esihenkilöt.

Vaaratilanneilmoituksen (HaiPro) ohjeen mukaisesti vaaratapahtuman yhteydessä arvioidaan mahdolliset seuraukset potilaille, henkilöstölle tai yksikölle. Esihenkilöt eivät maininneet näitä tässä tutkimuksessa hyvän ilmoituksen kriteereinä (33).

Potilasturvallisuuskulttuurikyselyissä (4,5,35) olevat mittarit, kuten myönteisen palautteen antaminen, työpaineiden hallinta, sairaalan johdon mahdollistama potilasturvallisuutta edistävä työilmapiiri, riittävien taloudellisten resurssien varmistaminen, henkilökunnan hyvä työvuorosuunnittelu ja tilapäistyövoiman käyttö eivät myöskään nousseet esihenkilöiden vastauksista esiin. Näitten asioiden tunnistaminen ja tietoisuus kuitenkin kuuluu tärkeänä osana potilasturvallisuusjohtamiseen (12,36).

Esihenkilöt tarvitsisivat ylemmän johdon tukea potilasturvallisuuden johtamiseen (20) ja johtamisen työkalujen käyttöön tarvitaan koulutusta sekä perehdytystä eri ammattitauksaisille

esihenkilöille (6). Tutkimuksen taustateorianä käytettiin Endsleyn (8,10) tilannetietoisuuden teoriaa. Teorian kolmevaiheinen jaottelu sopii potilasturvallisuuden johtamiseen ja teoriaa voidaan hyödyntää suunniteltaessa (9).

Nykyiset hyvinvointialueet ovat kohdanneet uudenlaisia haasteita potilasturvallisuusjohtamisessa henkilöstömäärien kasvun ja toimintojen laajenemisten suhteen. Monilla alueilla on esihenkilöitä mahdollisesti vaihtunut, ja tämä on tuonut haasteita potilas- ja asiakasturvallisuuden kenttään osaamisen liittyen sekä siihen kuinka eri raportointijärjestelmien tuottamaa tietoa hyödynnetään päivittäisessä johtamisessa sekä omavalvonnassa (37). Asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tilannetietoisuuden näkökulmaa on laajennettava koko hyvinvointialuetta koskevaksi huomioiden myös pelastustoimi (11).

Esihenkilöiden ymmärrys potilasturvallisuudesta ja sen näkymisestä on erilaista lääkäritaustaisilla esihenkilöillä kuin hoitajataustaisilla esihenkilöillä. Työ muokkaa sitä mitkä asiat korostuvat lääkärin työssä ja mitkä taas hoitotyössä. Osan näkemyksistä pitää olla yhteneväisiä ja tämä vaatii moniammatillista yhteistyötä. Hoitotyön esihenkilötyössä korostuu henkilöstöjohtaminen, kun taas lääkäritaustaiselle esihenkilölle työ näyttäytyy päivittäisen lääkärityön kautta. Eri ammattiryhmäiset esihenkilöt tarvitsevat johtamiseen eri järjestelmien tuottamaa tietoa päätöksenteon tueksi kehittääkseen toimintaa turvallisemmaksi (38). On myös tunnustettava muiden ammattiryhmien merkitys ja se ettei olla vain pienissä piireissä, jolloin tiedonkulku ja sen myötä potilasturvallisuus vaarantuvat (39). Potilasturvallisuuteen suhtautuminen voi olla erilaista myös niin ammattiryhmien sisällä kuin niiden välillä ja se voi olla joko myönteistä tai kielteistä (40). Asenteet potilasturvallisuutta kohtaan kehittyvät jo ammatillisen koulutuksen aikana. Lääkäriopiskelijoiden potilasturvallisuusasenteeseen on vaikuttamassa muun muassa syyllistämisen pelko (41). Sairaanhoidajaopiskelijoiden asennetta voitaisiin parantaa muun muassa lisäämällä turvallisuuteen vaikuttavia toimintamalleja kuten haittatapahtumien ilmoittamista (42). Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet kehittyvät koko työuran ajan ja voivat vaikuttaa myös esihenkilöiden toimintaan käytännön johtamistyössä.

Lainsäädäntö ja kansalliset suositukset ohjaavat ylhäältä päin potilasturvallisuusjohtamista, mutta varsinainen tilannetietoinen potilasturvallisuusjohtaminen toteutuu, ja on tehtävä näkyväksi, hyvinvointialueiden johtamisen eri tasoilla. Valtiokonttorin tekemässä uusimassa raportissa selvitettiin tiedolla johtamisen tilaa kunnissa ja siinä todettiin kehittämiskohteiksi muun muassa tiedolla johtamisen kulttuurin, arvojen ja avoimen keskustelun tarkempi määrittely ja nostaminen esille (43).

Tämän tutkimuksen heikkoutena oli pieni otos koko, vaikka kysely lähetettiin neljään sairaanhoitopiiriin. Toisena heikkoutena voidaan mainita, että aineisto on kerätty vuonna 2017. Tämän kaltainen tutkimus voitaisiin toteuttaa uudelleen Suomen erikoissairaanhoidossa tämän tutkimuksen tulosten toimiessa vertailupohjana. Vahvuutena voidaan pitää sitä, että aineisto on analysoitu sekä kvalitatiivisesti että kvantitatiivisesti.

Jatkotutkimusaiheeksi esitetään sitä eroavatko esihenkilöiden näkemykset potilaan/asiakkaan kanssa työtä tekevän henkilöstön näkemyksistä siitä miten potilasturvallisuus- sekä asiakasturvallisuustilannetietoisuus näkyvät päivittäisessä työssä ja johtamisessa. Toinen tutkimusaihe voisi liittyä siihen, miten asiakas- ja potilasturvallisuuden tilannetietoisuus näkyy hyvinvointialueiden toiminnassa. Saman kyselyn toistaminen uudella aineistolla hyvinvointialue-tasoisesti toisi ajankohtaista tietoa tilannetietoisuuden näkymisestä asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulmasta.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Sekä lääkäri- että hoitajataustaiset esihenkilöt pitivät potilasturvallisuutta tärkeänä osana päivittäistä johtamista. Esille nostettiin myös vaaratilanneilmoitusten käsittely ja niiden perusteella suunnitellut kehittämistoimenpiteet. Ammattiryhmien välillä oli eroavaisuuksia siinä, minkä raportointijärjestelmien tietoja käytetään osana johtamista ja ollaanko tietoisia eri järjestelmien tuottamasta tiedosta.

Hoitajataustaiset esihenkilöt käsitelivät lääkärिताustaisia useammin vaaratapahtumien tuottamaa tietoa henkilöstönsä kanssa ja kannustivat henkilöstöään useammin tekemään vaaratilanneilmoituksia.

Sairaalan johdon toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi ei tuotu esille kummankaan esihenkilöryhmän vastauksissa. Myöskään organisaation potilasturvallisuusviestintää ei nostettu esille avoimissa vastauksissa.

Tilannetietoisuus, päätöksenteko ja asiakas- ja potilasturvallisuusjohtaminen on otettava osaksi turvallisuusjohtamista ja -koulutusta sekä hyvinvointialueiden eri tasoilla tapahtuvaa johtamista.

RAHOITTAJAT:

Valtion tutkimusrahoitus (VTR)

KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIT:

Saarikoski toteutti osatutkimuksen suunnittelun, toteutuksen, aineiston keräämisen ja analysoinnin. Saarikoski kirjoitti käsikirjoituksen. Haatainen, Roine ja Turunen ohjasivat ja kommentoivat tutkimussuunnitelmaa sekä osallistuivat kommentilla käsikirjoitusta sekä hyväksymällä käsikirjoituksen.

Saarikoski, T., Haatainen, K., Roine R.P., Turunen, H. *Situational awareness in patient safety in specialized healthcare – there is a difference in the views of supervisors with nursing and physician backgrounds. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2025: 62: 166–177.

The purpose of the study was to describe supervisors' views on situational awareness in patient safety management. In particular, the aim was to identify and detect situations and circumstances affecting patient safety in their day-to-day management and decision-making.

The data were collected as Webropol survey in 2017. The questionnaire was addressed to all head nurses and senior ward physicians in the four different medical districts, as well as to the heads of the hospital district (the heads of the

medical district, chief medical officers, and directors of nursing (N=124).

There was a difference between occupational groups ($p=0,003$) in how personnel are encouraged to report incidents. The results also showed that in various meetings, supervisors with a nursing background raised issues related to patient safety ($p=0,006$), while those from a medical background recognized the importance of risk assessment more frequently ($p=0,010$). Chief medical officers used information obtained from

emergency reports less frequently than directors of nursing in their management (p =0,013).

Keywords: situational awareness, patient safety, knowledge-based management, supervisor

Saapunut 25.09.2023

Hyväksytty 04.09.2024

LÄHTEET

- (1) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä [Internet]. Finlex, 612/2021 2021; Saatavissa: <https://finlex.fi/laki/ajantasa/2021/20210612>
- (2) Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto. Suomi: julkaisut.valtioneuvosto.fi; 2022. 1–81 s.
- (3) World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.
- (4) Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health C* 2018;30(9):660–77. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- (5) Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Turvallisuuskulttuuri, Teoria ja arviointi. Vsk. VTT Publications 700. Espoo: VTT; 2008.
- (6) Sanastokeskus TSK ry. Kokonaisturvallisuuden sanasto. Helsinki; 2017.
- (7) Salminen-Tuomaala M. Tilannetietoisuuden kehittäminen kliinisessä hoitotyössä. 2021. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja -luovuus/tilannetietoisuuden-kehittaminen-kliinisessa-hoitotyossa/>.
- (8) Endsley MR. Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Hum Factors* 1995;37(1):32–64.
- (9) Walshe N, Ryng S, Drennan J, ym. Situation awareness and the mitigation of risk associated with patient deterioration: A meta-narrative review of theories and models and their relevance to nursing practice. *Int J Nurs Stud* 2021;1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104086>
- (10) Gluyas H, Harris SJ. Understanding situation awareness and its importance in patient safety. *Nurs Stand* 2016;30(34). <https://doi.org/10.7748/ns.30.34.50.s47>
- (11) Mykkänen M, Miettinen M, Siponen T, ym. Sairaalan reaaliaikainen tilannekuva päivittäisessä johtamisessa. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2021;13(4):425–41. <https://doi.org/10.23996/fjhw.109940>
- (12) Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M, ym. Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management. *Nurs Ethics* 2013;20(8). <https://doi.org/10.1177/0969733013484488>
- (13) Putko L, Koskela J, Nyström P. Tilannetietoisuus – kiitelty ja kiistelty turvallisuustekijä. *Finnanest* 2020;53(5):427–30.
- (14) Parand A, Dopson S, Renz A, ym. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
- (15) WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. 2020. Report No.: ISBN:9789240010338. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- (16) Canaway R, Bismark M, Dunt D, ym. Medical directors' perspectives on strengthening hospital quality and safety. *J Health Organ Manag* 2017;31(7–8). <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0109>
- (17) Koivula R, Brotkin H, Saarsalmi O. Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere 2018. Report No.: 2/2018.
- (18) Lääveri T, Reponen J, Vänskä J, ym. Tiedollako johdetaan? Tietojärjestelmät johtamisen tukena 2014 ja 2017 lääkärikyselyjen mukaan. *Lääkärilehti* 2020;49:2693–8.
- (19) Vakkala H, Syväjärvi A. Tietokulttuurin ulottuvuudet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa organisaatioissa – vuorovaikutteisen tiedolla johtamisen haaste. *Hallinnon tutkimus*. 2020;39 (2):122–39. <https://doi.org/10.37450/ht.98085>
- (20) Kalender ZT, Tozan H, Vayvay O. Prioritization of Medical Errors in Patient Safety Management: Framework Using Interval-Valued Intuitionistic Fuzzy Sets. *Healthcare* 2020;8(3):265. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030265>
- (21) Saarikoski T, Haatainen K, Roine R, ym. Haittatapahtumien kirjaaminen, ehkäistävyys ja kustannusvaikutus potilasvahinkotapauksissa. *Lääkärilehti*. 2021;24–32/2021:1557–61.
- (22) Ojanperä H. Käsihygienian toteutuminen yliopistollisessa sairaalassa. Suoran havainnoinnin vaikutus sekä esihenkilöiden rooli käsihygienian edistämässä [D 1701]. [Oulu]: Oulun yliopistollinen tutkijakoulu, Oulun yliopisto; 2022.
- (23) Siirala E, Salanterä S, Lundgrén-Laine H, ym. Identifying nurse managers' essential information needs in daily unit operation in perioperative settings. *Nurs Open* 2020;7(3):793–803. <https://doi.org/10.1002/nop2.454>
- (24) Buljac-Samardžić M, Dekker-van Doorn CM, Maynard MT. What Do We Really Know About Crew Resource Management in Healthcare: An Umbrella Review on Crew Resource Management and Its Effectiveness. *J Patient Saf* 2021;17(8). <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000816>
- (25) Potilasvakuutuskeskus. Potilasvakuutuskeskus [Internet]. 2017. Saatavissa: <http://pvk.fi/>
- (26) Awanic Oy. HaiPro. 2016. Saatavissa: <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/>
- (27) Arajärvi M, Häkkinen P, Järvelin J, ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2019. Määrittely ja ohjeistus Versio 1.0. 2018. 81–82 s. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/136552>

- (28) Neotide. SAI- sairaalan Antibiootti ja Infektioseurantajärjestelmä [Internet]. Neotide; Saatavissa: <https://www.neotide.fi/sai.html>
- (29) Löyttyniemi E. Tutkimuksen suunnittelua ja tilastotieteen peruskäsitteitä [Internet]. 2015 [viitattu 22. toukokuuta 2024]. www.tutkijaportti.fi
- (30) Vehkalahti K. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vsk. 4. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2019. 30–187 s.
- (31) Tuomi J, Sarajarvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi; 2018.
- (32) Asem N, Sabry HA, Elfar E. Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. J Egypt Public Health Assoc [Internet]. 4. syyskuuta 2019;94(1):22. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9>
- (33) Saarikoski T, Haatainen K, Roine R, ym. Significant differences in the quality of incident reports – a comparison of four acute hospitals in Finland. Safety and Reliability 2023;1–13 <https://doi.org/10.1080/09617353.2022.2154023>
- (34) Schwarz A, Isaksson S, Källman U. Enabling patient safety awareness using the Green Cross method: A qualitative description of users' experience. J Clin Nurs. 2021;30. <https://doi.org/10.1111/jocn.15626>
- (35) Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Westat, Rockville; 2007.
- (36) Shepherd SM. Cultural awareness workshops: Limitations and practical consequences. BMC Med Educ 2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- (37) Otonkoski I, Huovinen P, Arjatsalo C, ym. Tietoon perustuvalla valvonnalla varmistetaan sote-palvelujen laadun ja yhdenvertaisuuden toteutumista. Helsinki; 2022. (Sote-uudistus Toivo-ohjelma). Report No.: 11.
- (38) Tiirinki H, Syrjä V. Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallinen tilannekuva -viranomaisorganisaatioiden roolit ja tietopohja. Helsinki; 2020. (Työpaperi). Report No.: 42/2020.
- (39) Huttunen R. Autoritäärisuus ei ole nykyaikaa. Lääkärilehti. 21. elokuuta 2023;
- (40) Al-Mugheed K, Bayraktar N, Al-Bsheish M, ym. Patient Safety Attitudes among Doctors and Nurses: Associations with Workload, Adverse Events, Experience. Healthcare 2022;10(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare10040631>
- (41) Heikkinen H, Rauhala A, Niemi-Murola L, ym. Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet ja käsitykset muodostuvat lääketieteen opiskelijoilla jo varhain. Suomen Lääkärilehti 2023;78.
- (42) Cantero-López N, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, ym. Attitudes of undergraduate nursing students towards patient safety: A quasi-experimental study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041429>
- (43) Kivimäki E, Listenmaa J, Hellsten P, ym. Tiedolla johtamisen tila kunnissa – Kypsyystasoselvitys. 2023 syys.

TUULA SAARIKOSKI

*TtT, sh, potilasturvallisuuskoordinaattori
Keski-Suomen hyvinvointialue
Keski-Suomen Sairaala Nova*

KAISA HAATAINEN

*FT, dosentti, eMBA
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos*

RISTO P. ROINE

*LKT, Emeritus professori
Itä-Suomen yliopisto*

HANNELE TURUNEN

*TtT, esh, ylihoitaja (sv), professori
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Hoitotieteen sekä sosiaali- ja terveysjohtamisen
tutkimuskeskus*