



Vaasan yliopisto  
UNIVERSITY OF VAASA

Daphna Todaro

**”Kustannukset potilasturvallisuuteen  
panostamisesta ovat vain murto-osa haittojen  
kustannuksista”**

Miten strategioilla tuetaan ja ohjataan käytännön johtamistyötä  
hyvinvointialueilla

Johtamisen akateeminen yksikkö  
Pro gradu -tutkielma  
Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Vaasa 2025

---

**VAASAN YLIOPISTO****Johtamisen akateeminen yksikkö**

<b>Tekijä:</b>	Daphna Todaro		
<b>Tutkielman nimi:</b>	"Kustannukset potilasturvallisuuteen panostamisesta ovat vain murto-osa haittojen kustannuksista": Miten strategioilla tuetaan ja ohjataan käytännön johtamistyötä hyvinvointialueilla		
<b>Tutkinto:</b>	Hallintotieteiden maisteri		
<b>Oppiaine:</b>	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
<b>Työn ohjaaja:</b>	Aino Rantamäki		
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2025	<b>Sivumäärä:</b>	100

---

**TIIVISTELMÄ:**

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen vastuu siirtyi 21 uudelle hyvinvointialueelle. Tämän tutkielman kirjoittamisen aikaan, keväällä 2025, hyvinvointialueet ovat olleet toiminnassa kaksi vuotta. Tämä herätti kysymyksen siitä, miten potilasturvallisuuden johtaminen toteutuu hyvinvointialueilla ja minkälaisilla strategioilla johtamistyötä tuetaan ja ohjataan hyvinvointialueilla. Tutkimukseen valikoitui kuusi hyvinvointialuetta, joiden julkisia dokumentteja, erityisesti asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmia tutkimuksessa analysoitiin kolmen dokumenteista esiin nousseen teeman perusteella. Nämä kolme teemaa olivat turvallisuuskulttuuri, henkilöstön osaamisen varmistaminen ja riskienhallinta. Tutkimus osoitti, että kaikilla hyvinvointialueilla ei ole erikseen käytössä olevaa asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Tämä vaikutti siihen mitkä hyvinvointialueet valikoituivat tutkielmaan analysoitavaksi.

Valikoitujen hyvinvointialueiden dokumenteista nousi esiin, että alueilla tunnistetaan, minkälainen merkitys on systemaattisella turvallisuustyöllä, mutta tämän toteutuminen hyvinvointialueiden päivittäisessä työssä osoittautui vielä osittain keskeneräiseksi ja alueiden välillä esiintyi selkeitä eroja. Tutkielmassa tarkasteltiin miten adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen sekä systeemilähtöinen potilasturvallisuuden edistäminen nousevat esiin hyvinvointialueilla. Tutkimus osoitti myös, että alueiden välillä löytyy selkeitä eroja henkilöstön osaamisen varmistamisen osalta sekä niiden alueiden käytössä olevien menetelmien välillä, jolla mitataan ja tuotetaan tuloksia hyvinvointialueen toiminnasta.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena teoriaohjaavalla sisällönanalysillä. Tutkimuksen keskeisenä havaintona nousi esiin, että strategioilla on merkittävä rooli käytännön johtamistyön tukemisessa. Tutkimus osoitti, että toimiva potilasturvallisuuden johtaminen vaatii jatkuvaa kommunikointia ja osallistamista eri tahojen kanssa. Tutkimus nosti esiin myös riskienhallinnan järjestelmällisen toteuttamisen ja tärkeyden sitouttaa organisaation eri tasoilla olevia toimijoita yhteisen turvallisuuskulttuurin rakentamisen. Potilasturvallisuutta ei voida katsoa ja pitää irrallisena osana organisaatiota, vaan se tulee ottaa osaksi kaikkea päätöksentekoa ja johtamista.

---

**AVAINSANAT:** Potilasturvallisuus, johtaminen, terveydenhuolto, strateginen johtaminen, hyvinvointialue, adaptiivinen potilasturvallisuuden malli, potilasturvallisuusstrategia

## Sisällys

1	Johdanto	5
1.1	Tutkimuksen tausta ja perustelut	7
1.2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	11
2	Potilasturvallisuus	14
2.1	Potilasturvallisuus käsitteenä	14
2.2	Potilasturvallisuuden ohjaus ja seuranta	16
2.3	Riskienhallinta osana potilasturvallisuutta	18
2.4	Kansallinen potilasturvallisuusstrategia	23
2.5	Potilasturvallisuus osana organisaatiota	26
3	Potilasturvallisuuden johtaminen sosiaali- ja terveysalalla	32
3.1	Johtamisen organisatoriset tekijät	34
3.2	Adaptiivinen potilasturvallisuuden malli	38
3.3	Potilasturvallisuuden systeemilähtöinen edistäminen	40
3.4	Strategisen osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	46
4	Menetelmä ja aineisto	49
4.1	Tutkimusaineisto	49
4.2	Dokumenttianalyysi teoriaohjaavalla sisältöanalyysillä	50
5	Tulokset	55
5.1	Turvallisuuskulttuuri	55
5.2	Henkilöstön osaamisen varmistaminen	59
5.3	Riskienhallinta	65
6	Johtopäätökset ja pohdinta	75
6.1	Johtopäätökset	77
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	85
6.3	Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet	87
	Lähteet	89

## Kuviot

<b>Kuvio 1.</b> Tyypilliset lähteet vaarojen tunnistamisessa	22
<b>Kuvio 2.</b> Potilasturvallisuusstrategian keskeiset tavoitteet	25
<b>Kuvio 3.</b> Systeemiajattelun mukainen vaaratapahtumien synty	42
<b>Kuvio 4.</b> Yhteenvedo keskeisten potilasturvallisuusstrategioiden toteutumisesta	77

## Taulukko

<b>Taulukko 1.</b> Potilasturvallisuutta edistävään johtajuuteen liittyvät tekijät	35
<b>Taulukko 2.</b> Potilasturvallisuuden seitsemän askelta	37
<b>Taulukko 3.</b> Systeemi- ja yksilölähtöisiä virheisiin liittyviä lähestymistapoja	45
<b>Taulukko 4.</b> Tutkielman aineisto	50
<b>Taulukko 5.</b> Hyvinvointialueiden eroavaisuudet turvallisuuskulttuurissa	56
<b>Taulukko 6.</b> Hyvinvointialueiden eroavaisuudet henkilöstön ja johdon koulutuksen osalta	60
<b>Taulukko 7.</b> Hyvinvointialueiden riskienhallinnan strategiat ja menetelmät	66

## 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysala on jatkuvan muutoksen kohteena (Viitanen & Konu, 2009, s.109). Muutos pitää sisällään potilasturvallisuuteen liittyvän toimintaympäristön ja palvelujärjestelmän muutokset (STM, 2017, s.20). Lisäksi asiakkaiden muuttuvat toimintatavat ja tarpeet, kuten sähköisen asioinnin lisääntyminen, edellyttää sosiaali- ja terveyspalveluilta reagointikykyä ja joustavuutta (Niiranen ja muut, 2014 s. 18). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tulee kuitenkin säilyä turvallisina, asiakaskeskeisinä, laadukkaina ja toteutuksen on tapahduttava asianmukaisesti (STM, 2022 s.12).

Asiakastarpeiden ja toimintaympäristön muuttuessa monialaiset ja monimuotoiset organisaatiot sekä moniammatilliset organisaatiot ovat yhä yleisimpiä johtamisympäristöjä. Johtamistyön sisältö muuttuu ja sitä kautta johtamisosaamiseen tulee myös uusia ulottuvuuksia, mikä lisää osaltaan myös tarvetta uusille johtamistyön välineille. Muutoksenhallintaan ja muutosjohtamiseen liittyvät taidot ovat erityisen tärkeitä henkilöstön sekä johtajan näkökulmasta (Niiranen ja muut, 2014, s.18-20).

Vuoteen 2023 saakka sosiaali- ja terveysala muodosti kuntien suurimman toimialan sekä henkilöstömäärällä että talouden osuudella kunnan kokonaisbudjetista mitattuna. Hyvinvointia ja työllisyyttä tuottava vaikutus oli näin ollen merkittävä (Niiranen ja muut, 2014 s.18). Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen vastuu siirtyi 21 uudelle hyvinvointialueelle. Kunnat ja hyvinvointialue toimivat yhteistyössä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja järjestöt, yksityiset toimijat sekä yhdistykset täydentävät julkisia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja (STM, 2024). Sote-uudistuksen pyrkimyksenä on mahdollistaa entistä järjestelmällisemmän asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen niin kansallisella kuin alueellisellakin tasolla (STM, 2022, s. 9).

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan potilasturvallisuuden tulisi olla keskeisessä osassa kansallista terveyspolitiikkaa ja siihen liittyviä ohjeita sekä terveydenhuoltojärjestelmää vahvistavia aloitteita. Se, missä määrin maat sisällyttävät

potilasturvallisuuden osaksi kansallista terveystaloutta sekä institutionaaliset puitteet tarjoamaan sekä säätämään turvallista hoitoa, nähdään osoituksena sitoutuneisuuteen kansallisen potilasturvallisuuden toteutumiseen (WHO, 2024 s. 41).

Asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä palveluiden laatua koskeva lainsäädäntö on jakautunut useisiin eri lakeihin. Terveystaloutta säädetään asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä palveluiden laadusta (1326/2010) ja sen nojalla annettuja asetuksia, joissa määritellään potilasturvallisuuden sekä laadun keskeiset periaatteet julkisessa terveystaloutta. Yksityisen sektorin osalta sääntely perustuu lakiin yksityisestä terveystaloutta (152/1990) ja sosiaalipalveluiden näkökulmasta olennainen sääntely sisältyy sosiaalihuoltolakiin (1301/2014). Sääntelyihin uusimpana lisäyksenä on tullut laki sosiaali- ja terveystaloutta järjestämisestä (612/2021), joka sisältää asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta merkittäviä säännöksiä liittyen hyvinvointialueiden velvoitteista ja vastuista. Tämä laki astuu voimaan vaiheittain ja tämä edellyttää erityistä huomiota toimeenpanon seuraamiseen ja vaikutusten arviointiin käytännön johtamistyössä (STM, 2022, s. 11). Suomessa lainsäädäntö määrittää terveystaloutta alan johtamista. Terveystaloutta lain 1. luvun 4§:n mukaan johtamisen tulee olla asiantuntevaa (Terveystaloutta laki, TervHL, 4:37§).

Erilaisten vaaratilanteiden hallinta ja potilasturvallisuus kytkeytyy julkisjohtamisen ja hallintotieteelliseen tutkimukseen erityisesti kolmella tavalla. Ensinnäkin tapahtumat, jotka johtavat potilasturvallisuuden vaarantamiseen, jättävät jälkensä niitä kohdanneisiin yksilöihin. Toiseksi potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat voidaan nähdä keskeisinä tekijöinä, jotka vaikuttavat suorituskykyyn julkisissa organisaatioissa. Näitä tapahtumia tarkasteltaessa nousee esiin hallintotieteellinen perustavanlaatuisen kysymys, joka Vartolan ja muiden (2009) mukaan liittyy siihen, millä tavoin julkisen sektorin organisaatiot kykenevät prosessiensa ja johtamisjärjestelmiensä kautta tuottamaan vaikuttavia ja tehokkaita palveluita. Potilasturvallisuuden näkökulmasta tämä korostaa tarvetta sellaisille hallinnollisille käytännöille ja johtamisen malleille, jotka edistävät järjestelmien kykyä hallita ja ennakoida riskejä vaikuttavasti.

Vaikka vaaratapahtumat ilmenevät yksilötasolla, niiden taustalla vaikuttavat usein systeemiset tekijät, kuten prosessien osaoptimointi ja tiedonkulun rakenteelliset esteet (Lehesvuo & Jalonen, 2022, s. 97). Hallintotieteessä rakenteiden ohella ollaan kiinnostuneita julkisorganisaatioissa työskentelevien ihmisten sekä kansalaisten toimijuuden toteutumisesta sekä prosessien vaikutuksista (O’Kelly, Dubnick, 2005; Lehesvuo & Jalonen 2022, s. 97). Kolmanneksi on tapahtunut käänne potilasturvallisuusajattelussa, jossa vaaratapahtumien minimoinnin rinnalle on noussut terveydenhuolto-organisaatioiden kyky mukautua yllättävistä tilanteista sekä oppia niistä (Ball & Freck, 2015; Lehesvuo & Jalonen 2022, s. 97).

### **1.1 Tutkimuksen tausta ja perustelut**

Suomessa sekä kansainvälisesti on tunnistettu välttämättömäksi parantaa järjestelmällisesti potilasturvallisuutta. Järjestelmällisen kehittämistyön alkuvaiheessa huomio kohdistui ensisijaisesti yksittäisten työntekijöiden toimintaan ja heidän työskentelyedellytystensä välittömään muokkaamiseen. Ajan myötä potilasturvallisuuden tarkastelutapa on kuitenkin laajentunut, ja sitä on alettu ymmärtää osana johtamista ja laajempaa palvelujärjestelmää (Pietikäinen ja muut. 2012, s. 3). Kuten Helovuo ja muut (2011, s. 54) toteavat, tavallisesti vaaratilanteisiin liittyy ihmisten toiminta ja tässä yhteydessä puhutaan inhimillisistä virheistä. Tulee kuitenkin huomioida, että inhimilliset virheet eivät synny sattumanvaraisesti, vaan ne ovat usein seurausta toimintaan vaikuttavista organisatorisista ja ympäristöllisistä tekijöistä. Nämä puolestaan nähdään johdannaisina organisaation toiminnassa olevista prosesseista, rakenteista ja johtamisesta.

Suomessa aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa potilasturvallisuutta on arvoitu erilaisista ympäristöistä sekä näkökulmista. Tutkimusta on tehty esimerkiksi leikkaussalien toimintalistoista (Takala, 2011) sekä vaaratapahtumien raportoinnista (Holmström, 2015). Henkilöstön jaksamisella ja työhyvinvoinnilla on yhteyttä hoidon laadun lisäksi myös potilasturvallisuuteen. Tarkasteltaessa työhyvinvointia näkökulmana voi olla työyhteisö, koko organisaatio, yksittäinen työntekijä tai tiimi. Työhyvinvoinnin

perustan muodostavat työn sisällöt, tavoitteet ja sujuvuus. Yleisellä tasolla terveydenhuollossa on helppo asettaa tavoitteita, mutta haastavaa kuitenkin on niiden saavuttamisen konkreettinen mittaaminen sekä määrittely organisaatiotasolla (Räsänen & Meretoja, 2014).

Potilasturvallisuuden tutkimus sekä sen systemaattinen kehittäminen ovat terveydenhuollossa vielä uusi ilmiö (Macchi ja muut, 2011, s. 27). Waring ja muut (2010) ovat todenneet, että potilasturvallisuustutkimukselle on toistaiseksi ollut ominaista teoreettisen viitekehyksen rajautuminen kapea-alaisesti. Heidän katsauksestaan käy ilmi, että potilasturvallisuustutkimuksissa on paljon kiinnitetty huomiota käytännöllisiin turvallisuusratkaisuihin. Macchi ja muiden, (2011, s. 27) mukaan julkaistua tutkimusta, joka käsittelee potilasturvallisuutta organisatorisena järjestelmätason ilmiönä, on vielä suhteellisen vähän. Käytännön tasolla on kuitenkin havaittavissa muutosta tähän esimerkiksi maiden julkaisemilla kansallisilla potilasturvallisuusstrategioilla. Tästä syystä näiden ratkaisuiden taustalla vaikuttavat sosiaaliset ja organisatoriset tekijät ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Kansainvälisissä tutkimuksissa johtaminen on tunnistettu yhdeksi merkittävimmistä haasteista terveydenhuollon turvallisuuden ja laadun kehittämisessä (Dixon-Woods ja muut, 2012).

Potilasturvallisuus rakentuu toiminnallisten ja rakenteellisten tekijöiden lisäksi myös henkilöstön osaamiselle, mutta todella tärkeässä roolissa nähdään olevan myös organisaation oppiva ilmapiiri (Pennanen & Seitsonen, 2013, s. 178). Tämän ilmapiirin rakentamisen vastuun keskeisessä roolissa ovat lähiesihenkilöt sekä organisaation johto. Avoin ja turvallinen ilmapiiri ovat välttämättömiä, jotta epäonnistumisista ja haittaa tai vaaraa aiheuttaneista tapahtumista voidaan oppia ja puhua. Potilaalle tapahtuvan haitta- tai vaaratapahtuman jälkeen keskeistä on haitan minimointi ja kaikkien osapuolien välillä käytävä avoin käsittely. Tässä vaiheessa työntekijöitä tukevalla ilmapiirillä nähdään olevan keskeinen merkitys. Ilmapiiritekijöitä ei voi kuitenkaan organisaation ulkopuolelta rakentaa, eivätkä valvontaviranomaiset voi niitä juurikaan valvoa, sillä ne ovat sidottuja organisaation sisäisiin tavoitteisiin, hyvään johtamiseen ja

organisaation sisällä tehtävään kokonaisvaltaiseen työhön (Pennanen & Seitsonen, 2013 s. 176). Näin ollen onkin tärkeä pohtia, millä tekijöillä ilmapiiriä voi organisaation sisällä kohentaa sekä minkälaisia työkaluja lähiesihenkilölle ja johdolle annetaan tämän toteuttamiseksi ja mahdollistamiseksi.

Sote uudistuksen myötä hoitotyön johtaminen on muutoksessa, sillä uudistus tähtää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseen, toimintatapojen uudistamiseen ja painotuksen siirtämistä raskaista palveluista enemmän ennaltaehkäisevään työhön (Bjerregård Madsen ja muut, 2020 s. 76). Digitaaliset palvelut ovat yleistyneet voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollossa ja ovat myös korvanneet perinteisiä vastaanottokäyntejä. Kehitys on tapahtunut suurimmalta osin viime vuosina, ja erityisesti Covid-19 pandemian aikana kehitys on ollut erityisen nopeaa. Digitalisaatiosta toivotaan olevan apua sosiaali- ja terveysalan resurssihaasteisiin. Palvelun tarve kasvaa jatkuvasti sosiaali- ja terveysalalla ja teknologian kehitys mahdollistaa suuremman palvelujen ja hoidon lisäämisen, mutta kuitenkin raha ja etenkin osaavien työntekijöiden määrä ei kasva digitalisaation kanssa samassa suhteessa (Pennanen ja muut, 2023, s. 9-10).

Suomessa sosiaali- ja terveysala on jatkuvien toiminallisten, organisatorististen ja uudistusten keskiössä (Laulainen ja muut, 2020). Yhteiskunnassa tapahtuu suuria muutoksia, kuten esimerkiksi, kansainvälistyminen, teknologian kehitys ja väestön ikääntyminen. (Pietikäinen ja muut, 2012). Serre ja muut, (2022) ennustavat, että vuoteen 2050 mennessä 65 vuotta täyttäneiden henkiköiden määrä tulee maailmanlaajuisesti kaksinkertaistumaan, jolloin joka kuudes ihminen on yli 65-vuotias.

Klemolan ja muiden (2014 s. 9) mukaan huoltosuhde Suomessa tulee kehittymään tulevina vuosina epäedulliseen suuntaan, ikääntyneen väestön määrä suhteessa työikäiseen väestöön tulee merkittävästi lisääntymään. Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiolle tulee olemaan suuri vaikutus ikääntyvästä väestöstä. Palveluiden kysyntä tulee kasvamaan ja tähän haasteeseen vastaaminen edellyttää palveluverkon ja

palvelurakenteen kehittämistä, panostamista ennaltaehkäisevään toimintaan sekä tuottavuuden parantamista. Näiden toimenpiteiden suunnittelutyöhön sekä toteuttamisen tueksi on tärkeää, että johdolla on käytössä ajantasaista tietoa, jonka perusteella resurssit ja palvelut pystytään kohdistamaan mahdollisimman tehokkaasti kohteisiin, jotka tuottavat hyvinvointia. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa vaati johtajilta muun muassa kykyä asettaa asiat prioriteettijärjestykseen, päämäärätietoisuutta, vastuunjakoa, omistautumista, konfliktien selvittämistä ja palkitsemista (Parvinen ja muut, 2005 s.67).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän ”Digityö & stressi- loppuraportin ensimmäisenä suosituksena on organisaatioille ja johtajille se, että tietojärjestelmien tulee olla helppokäyttöisiä. Toisena suosituksena on, että ammattilaisille on järjestettävä koulutusta ja kolmantena suosituksena on riittävän tuen tarjoaminen tietojärjestelmien käyttöön. Organisaatioiden tulisi aktiivisesti kehittää työskentelyolosuhteita sekä työtapoja, jotka lisäävät tietojärjestelmien potilasturvallisuutta (Vehko ja muut, 2019, s. 11-12).

Kansainvälisesti sekä kansallisesti muutossuuntia ohjaavat vahvasti erilaiset pyrkimykset integroida palveluita eli toimintojen ja organisaatioiden yhdistämistä (Laulanen ja muut, 2020). Potilasturvallisuustyössä tulisi pyrkiä seuraamaan jo saavutetun potilasturvallisuuden tasoa ja tunnistamaan sen kehityskohteita ja arvioimaan tehtyjen muutosten mahdollisia vaikutuksia (Alahuhta ja Volmanen, 2015, s. 336).

Niirasen ja muiden (2010) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden jatkuva uudistaminen edellyttää kehittämistoimia sekä toiminnan että järjestelmätasolla. Tässä uudistamisprosessissa keskeisessä asemassa ovat sekä ammattilaiset että johtajat, minkä vuoksi on tärkeää tarkastella heidän osaamisprofiiliaan sekä niitä valmiuksia ja edellytyksiä, joita muutosprosessit heiltä vaativat. Kuten Helovuo ja muut (2011, s. 31) toteavat, asetusten, lakien ja säädösten lisäksi potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollon yksiköissä edellyttää kuitenkin pitkäjänteistä kehittämistä sekä

konkreettisia toimia. Jotta turvallisuutta edistävät kehittämistoimet olisivat tuloksellisia ja tehokkaita, olisi oleellista on ymmärtää niiden taustalla olevat turvallisuutta edistävät periaatteet ja näkökulmat.

Kansainvälistyminen on tuonut potilasturvallisuuden johtamiselle esimerkiksi sitä, että johdettavia toimijoiden määrä on kasvanut. Tarvittaessa on tarkasteltava jopa maiden rajat ylittäviä toiminnallisia kokonaisuuksia. Lisäksi on huomioitava potilaiden ja henkilöstön väliset kansallisiin kulttuureihin liittyvät erot. Potilasturvallisuuden johtamisessa keskeiseksi tehtäväksi muodostuu erilaisten kieli- ja kulttuuritaustojen omaavien yksilöiden välisten yhteistyöprosessien tukeminen sekä keskinäisen ymmärryksen edistäminen (Pietikäinen ja muut, 2012, s. 24).

Euroopan unionin alueella ammattipätevyyden tunnustamista säätelee ammattipätevyysdirektiivi, alueen ulkopuolella suoritetun koulutuksen osalta meidän oma kansallinen lainsäädäntömme. Terveystieteiden ammattihenkilöstön liikkuvuuden merkittävän lisääntymisen myötä, yhdeksi kansainvälisen potilasturvallisuustyön haasteeksi on noussut ulkomailla hankitun koulutuksen kelpoisuus (Pennanen & Seitsonen, 2013, s. 175).

## **1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys**

Terkamo-Moisio ja muut (2021, s. 220) toteavat, että sote-alalla tapahtuvat muutokset edellyttävät hoitotyön johtajilta kehittyneitä ja jatkuvasti uudistuvaa johtamisosaamista sekä siihen liittyvää jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Sote-uudistuksen ja uusien hyvinvointialueiden myötä sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiotasolle on tullut merkittävää muutosta, joka väistämättä tarkoittaa myös sitä, että johtamista tulee kehittää ja johtamistyyliä on muokattava siihen suuntaan, jossa ne palvelevat parhaiten organisaatiota, työntekijöitä ja potilaita.

Pro gradu -tutkielmani tutkimuskysymys on:

- Miten strategioilla tuetaan ja ohjataan potilasturvallisuuden käytännön johtamista hyvinvointialueilla?

Pro gradu -tutkielmani tarkoituksena on selvittää valittujen hyvinvointialueiden omavalvontasuunnitelmista sekä asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmista sitä, miten alueilla ohjataan käytännön johtamistyötä sekä minkälaisia strategioita ja menetelmiä alueilla on käytössä. Tarkoituksena on myös saada selville, onko hyvinvointialueiden potilasturvallisuuden toteuttamisessa ja sen johtamisessa eroja alueiden välillä. Löytyykö alueilta paljon samoja menetelmiä vai korostuuko jokin tietty teema eri alueilla. Hyvinvointialueet ovat kaikki astuneet voimaan samaan aikaan vuonna 2023 eli ne ovat olleet pro gradu -tutkielmaa tehdessä toiminnassa muutaman vuoden ajan. Näin ollen tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten toiminta alueilla on lähtenyt käyntiin potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmasta, onko alueilla tunnistettu kehittämiskohteita potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmasta sekä esiintyykö niissä mahdollisesti alueittain eroavaisuuksia.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ymmärrystä siitä, millä tavoin strateginen johtaminen potilasturvallisuudessa näyttäytyy tutkimukseen valikoituneilla hyvinvointialueilla. Millaisia tavoitteita, periaatteita ja käytäntöjä alueet ovat ottaneet käyttöön osaksi heidän päivittäistä toimintaansa, sekä kuinka yhdenmukaisesti alueilla on johtaminen organisoitu sote-uudistuksen jälkeen. Tutkielma pyrkii myös lisäksi tunnistamaan mahdollisia yhtäläisyyksiä ja eroja potilasturvallisuuteen liittyvässä turvallisuuskulttuurissa, koulutuskäytännöissä sekä riskienhallinnan toteutuksessa hyvinvointialueilla.

Tuula Saarikoski (2024) on tuoreessa väitöskirjassaan aiheesta ”Potilasturvallisuudesta raportoitujen tietojen käyttö johtamisessa neljässä sairaanhoitopiirissä” maininnut yhtenä jatkotutkimusaiheena asiakas- ja potilasturvallisuuden

johtamisen mahdollistamisen päivittäisessä johtamisessa sekä asiakas- ja potilasturvallisuusjohtamisen näkymisestä ja sen tilasta eri tasoilla, kuten esimerkiksi hallituksissa, hyvinvointialueiden aluevaltuustoissa ja ylimmässä johdossa (Saarikoski, 2024 s.78).

Pro gradu -tutkielmassani aiheen välttämättömän rajaamisen takia tulen keskittymään potilasturvallisuuden johtamiseen rajaamalla aiheen hyvinvointialueisiin. Aiheen rajaus on perusteltu tutkimuksellisesta sekä käytännön näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä koki merkittävän rakenteellisen muutoksen vuoden 2023 alussa, kun vastuu palveluiden järjestämisestä siirtyi 21 hyvinvointialueelle (STM, 2024). Tämä muutos loi uudenlaisen hallinnollisen ja strategisen näkökulman, jossa potilasturvallisuuden johtaminen saa erityistä painoarvoa.

Koska hyvinvointialueet ovat olleet toiminnassa vasta muutaman vuoden, voidaan potilasturvallisuuden strategista johtamista pitää vielä kehittyvänä kokonaisuutena. Tämä tarjoaa ajankohtaisen mahdollisuuden tarkastella alueiden asettamia tavoitteita ja periaatteita, sekä myös tarkastelemaan johtamisen käytännön toteutumista eri alueilla. Potilasturvallisuuden toteutuminen on keskeinen osa hyvinvointialueiden lakisääteistä vastuuta. Hyvinvointialueiden julkaisemista asiakirjoista on mahdollista saada tärkeää tietoa siitä, miten potilasturvallisuuden johtamista alueilla toteutetaan, mitä alueella priorisoidaan ja missä koetaan, että on vielä kehitettävää.

## 2 Potilasturvallisuus

Laadukkaan terveydenhuoltojärjestelmän yksi peruskäsitteistä on potilasturvallisuus, vaikka se kuitenkin määritelläänkin kapeammin kuin terveydenhuollon laatu yleisellä tasolla. Euroopan unionissa on haittatapahtumia terveydenhuollossa pidetty terveysongelmina, jonka seurauksena Euroopan komissio on kehottanut jäsenvaltioitaan kehittämään sekä ottamaan käyttöön alueelliset ja kansalliset potilasturvallisuusstrategiansa (Autti & Keistinen, 2013 s. 141).

### 2.1 Potilasturvallisuus käsitteenä

Potilasturvallisuudella on historiallisesta näkökulmasta merkittävä ja pitkä historia takanaan. Siitä huolimatta, että tieteellisenä tieteenalana potilasturvallisuus on vielä varsin nuori. 1800-1900-lukujen alussa Nightingale, Semmelweis ja Codman osoittivat varhaisessa vaiheessa, että potilashaittojen vähentäminen ja potilasturvallisuuden edistäminen ovat saavutettavissa systemaattisten toimenpiteiden avulla (Wears, 2016). Potilasturvallisuus on noussut maailmanlaajuiseksi huolenaiheeksi vasta tultaessa 2000-luvulle (Stelfox, 2006). Maailman terveysjärjestö (WHO) perusti lokakuussa 2004 potilasturvallisuusallianssin nimeltä *World Alliance on Patient Safety* (Autti & Keistinen, 2013 s. 141). Tarkoituksena on luoda maailmanlaajuiset edellytykset potilasturvallisuustyölle. Allianssin tavoitteena on tukea jäsenvaltioita potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönotossa sekä niiden kehittämisessä ja asettaa potilasturvallisuustyön keskiöön itse potilaat (Helovuori ja muut, 2011 s. 25).

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006, s. 4) mukaan potilasturvallisuudelle ei ole suomenkielistä yhdenmukaisen keskustelun ja käytötavan mahdollistavaa sanastoa tai termiä. Perinteinen näkemys potilasturvallisuudesta korostaa yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten tekemiä virheitä ja on hyvin yksilökeskeinen. Potilasturvallisuus on osa hoidon turvallisuutta ja laatua. Macchin ja muiden (2011, s.12) mukaan potilasturvallisuuden määrittäminen tarkoittaa myös, että kuvataan sellaiset näkökulmat, jotka ovat olennaisia turvallisuuden kannalta. He myös ottavat esiin sen,

että potilasturvallisuuden määrittelyminen kertoo organisaatiosta sen, miten se ymmärtää turvallisuuden sekä mitä se aikoo tehdä turvallisuuden kehittämiseksi ja varmistamiseksi.

Potilasturvallisuuteen sisältyy lääkehoidon, laitteiden ja hoidon turvallisuus. Lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus on periaatteessa osa hoidon turvallisuutta, mutta tärkeytensä vuoksi ne ovat nostettu esiin itsenäisinä alueinaan. Johdon vastuu ja johtaminen ovat keskeisessä asemassa potilasturvallisuuden edistämässä, mutta eivät kuitenkaan edellytä Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon mukaan tarkempaa sanojen määrittelyä. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus voidaan määritellä hoitoprosessin ominaisuutena, joka tarkoittaa haittatapahtumien ehkäisemistä ja hoitoon liittyvän vahingon välttämistä (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, s. 4-6).

Toiminnan turvallisuutta onkin olennaista lähteä tämän määritelmän kautta arvioimaan, missä määrin organisaation toimintaan liittyy niitä toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa, ettei potilaalle aiheudu hoidosta tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuuspolitiikalla tarkoitetaan kuvausta organisaation tavoitteista ja tahtotilasta, joihin johto on sitoutunut, sekä periaatteista, joiden mukaan organisaatiossa toimintaan edistään potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta määriteltäessä puhutaan toimintatavoista ja periaatteista, joiden tarkoituksena on hoidon turvallisuuden varmistaminen (Helovuori ja muut, 2011, s. 105-107).

Potilasturvallisuusjärjestelmällä puolestaan kuvataan toimintatapojen kokonaisuutta, kyseessä on organisaatiotasolla määritelty ja ohjeistettu toiminta, jonka tavoitteena on potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen ja edistäminen. Toimintaan sisältyvät myös potilasturvallisuuteen liittyvä tiedottaminen ja koulutus sekä määriteltyjen potilasturvallisuustapahtumien analysointi, seuranta ja raportointi (Helovuori ja muut, 2011, s. 105-107). Potilasturvallisuuden parantaminen ja terveydenhuollon laadun varmistaminen edellyttävät, että hoitosuosituksen käytännön soveltaminen sekä näyttöön perustuvat suositukset (best practices) toimivat yhdessä. Yksimielisyyttä siitä,

mitä tarkoitetaan näyttöön perustuvalla käytännöllä (practice-based evidence), toiminnalla, joka syntyy päivittäisistä toimista sekä mittareista, joilla näitä toimia tulisi mitata, ei vielä ole (Tartaglia, R. 2021, s. 5).

## 2.2 Potilasturvallisuuden ohjaus ja seuranta

Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjauksesta ja seurannasta on valtiontalouden tarkastusvirasto tehnyt tarkastussuunnitelmaansa sisältyvän tuloksellisuustarkastuksen. Tarkastus on tehty vuonna 2021 ja jälkiseurantaa on tehty vuonna 2024. Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusviraston tehtävänä on selvittää, mihin toimiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen perusteella on ryhdytty. Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetettiin Terveysten- ja hyvinvoinnin laitokselle, sosiaali- ja terveysministeriölle, Etelä-Suomen aluehallintovirastolle, Lounais-Suomen aluehallintovirastolle, Itä-Suomen aluehallintovirastolle, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirastolle, Pohjois-Suomen aluehallintovirastolle, Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskukselle, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralle sekä tiedoksi eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle, eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, eduskunnan hallintovaliokunnalle, valtionvarainministeriölle ja valtiovarain controller-toiminnolle (Valtiontalouden tarkastusvirasto, VTV 2021).

Potilas- ja asiakasturvallisuuden tietotarpeisiin tulisi pystyä vastaamaan monipuolisemmin siten, että johtamisen, kansallisen kokonaiskuvan ja päätöksenteon tueksi olisi saatavilla käytettäväksi nykyistä reaaliaikaisempaa ja käyttökelpoisempaa asiakas- ja potilasturvallisuustietoa (Tiirinki & Syrjä, 2020). Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallisen ohjauksen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut ovat vaikuttavia ja turvallisia. Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus kiinnittyy myös palveluiden valvontaan. Viime vuosina on painotettu yhä enemmän palveluista vastaavien tahojen toteuttamaa omavalvontaa sekä ennakkollista valvontaa. Tarkastuksen pääkysymyksenä oli, että ”onko sosiaali- ja terveysministeriö johtanut potilas- ja asiakasturvallisuutta johdonmukaisesti?”. Tarkastelussa havaittiin,

että potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannalle ja suunnittelulle ei ole yhdenmukaista ja selkeää mallia. Tarkastuksessa kävi ilmi, että käytännön potilas- ja asiakasturvallisuustyötä tekeville henkilöille ei ole aina selkeää, millä tavoin toimintaa pitäisi seurata ja suunnitella. Suomessa voimassa oleva lainsäädäntö antaa toiminnalle reunaehdot, mutta samalla ne ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväalueita eri tavalla ja velvoittavat tekemään eri osa-alueille erilaisia suunnitelmia ( VTV, 2021).

Valvontaviranomaiset voivat antaa terveydenhuollon toimintayksikölle ja ammattihenkilöille hallinnollista ohjausta, mikäli toiminnassa todetaan puutteita, epäasianmukaisuutta tai laiminlyöntejä. Hallinnollinen ohjaus vastaisen toiminnan varalle voi olla esimerkiksi huomion kiinnittämistä, ilmaisemista tai huomautus. Toimintayksiköille valvontaviranomaiset voivat asettaa vaatimuksia sakon uhalla toiminnan korjaamiseksi. Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvonta virasto sekä aluehallintovirasto voivat myös peruuttaa antamansa luvat yksityiselle toimintayksikölle tai keskeyttää toiminnan, mikäli tämä ei joltain osin täytä vaadittuja edellytyksiä (Pennanen & Seitsonen, 2013 s. 175). Helovuori ja muut (2011, s.54) toteavat, että inhimillisiä riskejä lisäävät huonot edellytykset turvalliselle toiminnalle. Hyvin huolellinenkin työntekijä unohtaa asioita, jos työkuormaa lisätään kohtuuttomasti ja toiminta pääsee häiriintymään. Oleellista turvallisuuden kannalta on vaikuttaa toimintaolosuhteisiin niin, että riski inhimillisen riskin tapahtumiselle on mahdollisimman pieni.

Tilanteessa, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, valvontaviranomaiset voivat myös kieltää julkisen terveydenhuollon koko toimintayksikköä tai osaa siitä jatkamasta toimintaansa (Pennanen & Seitsonen, 2013 s. 175). WHO:n mukaan resurssien integroiminen laajempiin terveydenhuoltojärjestelmien rahoitushankkeisiin, henkilöstösuunnittelu sekä budjetointi ovat käytössä kaikilla terveydenhuoltojärjestelmien tasoilla ja ovat terveydenhuollon turvallisuuden ja laadun kannalta tärkeitä tekijöitä (WHO, 2024, s. 50).

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on teettänyt ”Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimenpideohjelman palvelunjärjestäjille ja -tuottajille 2022–2026”. Toimenpideohjelman yhtenä tavoitteena on sitouttaa johto jatkuvaan potilasturvallisuuden arviointiin, mittaamiseen ja kehittämiseen. Potilasturvallisuusasioiden tulisi olla sisällytettyinä hyvinvointialueiden tiedolla johtamisen vuosikelloon. Potilasturvallisuuteen liittyy käsitteenä tiiviisti myös riskienhallinnan käsite. Hyvinvointialueen tulee potilasturvallisuusriskien tarkastelu määrittää osaksi hyvinvointialueen kokonaisriskienhallintaa. Henkilökuntaa on tärkeää perehdyttää ja tiedottaa potilasturvallisuusasioiden riskienhallinnasta ja käsittelystä sekä menettelystä, jota niihin olennaisesti liittyy (Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, 2023).

### **2.3 Riskienhallinta osana potilasturvallisuutta**

Omavalvonnalla tehdään palveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen kuuluvaa ennakoivaa, mutta myös toiminnanaikaista sekä jälkikäteistä riskien- ja laadunhallintaa sekä jatkuvan toiminnan varmistusta, jolla saadaan varmistus asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta (STM, 2017, s. 18). Riskienhallinnalla tarkoitetaan toimintaa, joka leikkaa toiminnon kaikkia kulttuurisisältöjä. Riskienhallinta on jatkuva ja kokonaisvaltainen prosessi, jossa riskejä analysoidaan ja tunnistetaan ja niiden aiheuttamat seuraukset pyritään minimoimaan. Tavoitteena on löytää tavat riskien madaltamiseksi hyväksyttävälle tasolle tai poistamiseksi kokonaan. Riskienhallinta on johtamisen lisäksi myös hyvin paljon käytännönläheisiä menetelmiä vaarojen havaitsemiseksi ja arvoimiseksi sekä niiden aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi ja vaikutusten vähentämiseksi. Riskienhallinta on toimintaa, mikä tapahtuu organisaation kaikilla tasoilla ja jota jokainen työntekijä omassa toiminnassaan toteuttaa (Helovuori ja muut, 2015, s. 6).

Riskienhallintatyö jaetaan usein käytännön toiminnan tasolla toteutuvaan operatiiviseen riskienhallintaan ja ylemmän johdon vastuulla olevaan strategiseen riskienhallintaan (Helovuo ja muut, 2015, s.6). Organisaation toimintaan liittyvät riskit voivat olla myös strategisia, taloudellisia tai vahinkoriskejä. Riskit voivat luonteeltaan olla ulkoisia tai sisäisiä. Strategiset riskit ovat estämässä organisaatiota saavuttamaan strategisia tavoitteitaan. Toiminnalliset riskit ovat luonteeltaan operatiivisia ja kytkeytyvät organisaation arjen toimintaan. Ne syntyvät sisäisten toimintaprosessien, järjestelmien tai henkilöstön toiminnan epäonnistumisista sekä ulkoisista häiriötekijöistä. Nämä riskit voidaan kategorisoida keskeisiin toiminta-alueisiin, jotka ovat potilashoito, henkilöstö, johtaminen ja tukipalveluihin liittyvät kysymykset. Luokitteluun voidaan myös ajatella kuuluvan turvallisuus- ja toimintakulttuurin aiheuttamat riskit, jotka vaikeuttavat tai estävät tarpeelliseksi katsottujen muutosten toimeenpanoa. Riskit katsotaan usein olevan sidoksissa toisiinsa jollain tapaa. Tiedonhallinnan riskin realisoituminen voi luoda ketjureaktion kohti potilasturvallisuuden vaarantumista tai pahimmassa tapauksessa potilasturvallisuusvahinkoon (Heinijoki & Pommelin, 2019, s.40).

Tartaglia (2021, s. 25-26) puolestaan nostaa esiin keskeiseksi riskienhallinnan näkökulmaksi syyllistämiskulttuurin, jota vahvistaa jälkiviisuus. Henkilöt, jotka eivät syystä tai toisesta hyväksy turvallisuuskulttuuria, todennäköisesti sortuvat siihen, että menneitä tapahtumia arvioidaan uuden ajankohtaisen tiedon valossa. Tartaglia nostaa esiin myös millaisia positiivisia vaikutuksia on sillä, että organisaatiossa ei lähdetä virheen sattuessa etsimään syyllistä, vaan hyväksytään virheen johtuneet monimutkaisista syistä. Organisaatioon kohdistuva haitallinen mediahuomio on hänen mukaansa vähäisempää, kun virheen taustalla kerrotaan olevan inhimillinen virhe.

Riskienhallinta on tärkeä väline johtamiseen, kun pyritään saavuttamaan organisaation tavoitteita. Potilasturvallisuuden näkökulmasta riskienhallinta on asiakaslupausten täyttämiseksi ehdoton edellytys (Heinijoki & Pommelin, 2019, s. 40). Tartaglian (2021, s. 26) mukaan ratkaisevaa on organisaatiossa harjoittaa päivittäistä vuoropuhelua

henkilöstön kanssa. Tärkeää on rakentaa toimiva ja vahva yhteys henkilöstöön, sillä he ovat ensimmäisinä paikalla, kun läheltä piti -tilanne ilmenee.

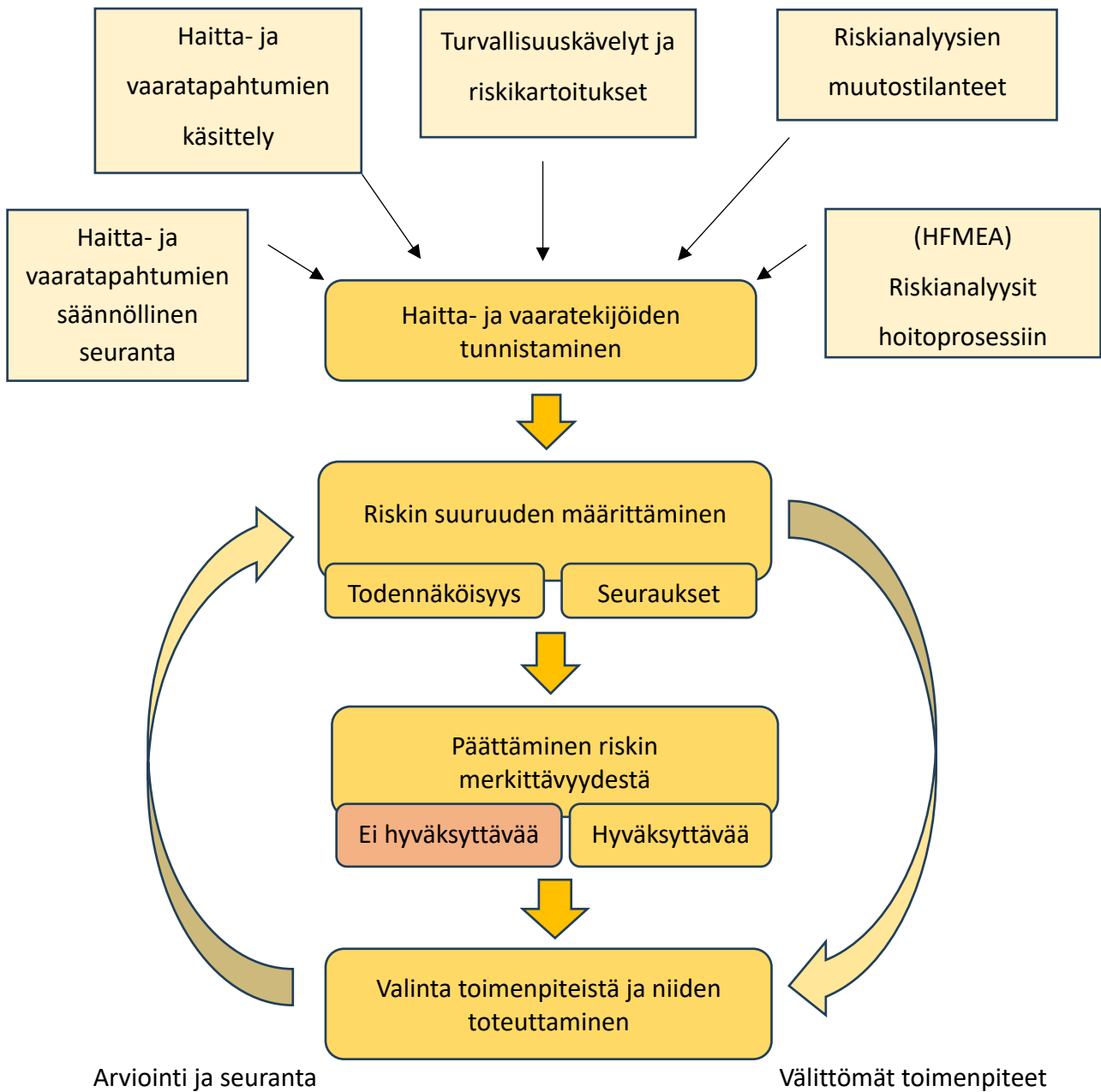
Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia edellyttää paremman riskienhallinnan saavuttamiseksi sitä, että organisaatiossa kuvataan ne menettelytavat, joilla riskejä hallitaan ja arvioidaan, riskirekisterin ylläpitoon ja riskien merkittävyyden arviointiin. Potilas- ja asiakasturvallisuusriskit tulee ennakoida ja arvioida säännöllisesti ja raportoinnin tulee olla läpinäkyvää (Heinijoki & Pommelin, 2019, s. 42; STM, 2022, s. 35)

Riskienhallintajärjestelmä koostuu kokonaisuuksien toimintatavoista, joka on määritelty ja jonka perusteella organisaatioissa mahdollistetaan riskienhallintaa. Osa riskienhallintajärjestelmää on terveydenhuoltolakiin perustuvaa potilasturvallisuuden ja laadun toimenpanon suunnitelmaa. Siinä tulee olla kuvattuna riskienhallinnan toimintatavat riskien arvioimiseksi ja tunnistamiseksi, tavoitteet sekä riskienhallinnan raportointia ja seuranta koskevat periaatteet ja vastuut. Jatkuva riskiperusteinen kehittäminen on olennainen osa organisaation turvallisuustyötä. Pelkkä riskien tunnistaminen tai tietoisuus niiden olemassaolosta ei yksinään ole riittävä edellytys turvallisuuden riittävälle parantamiselle. Riskienhallinnan tulee olla näkyvänä osana muutosta niin työväliseissä ja -olosuhteissa, turvallisuus- ja työohjeissa, henkilöstön koulutuksessa, perehdyttämisessä, kehityshankkeiden suunnittelussa sekä muussa toimintaa ohjaavassa suunnittelussa (Helovuori ja muut, 2015, s.6). Riskienhallinnan tehtävä ei ole rangaista, vaan tärkeää on ymmärtää mikä järjestelmässä epäonnistui ja miten sitä voisi kehittää. Tämän edellyttää kykyä nähdä haasteet arjen toimintaympäristössä (Tartaglia, 2021, s. 26).

Potilasturvallisuusriskienhallinta on yhtä lailla osa organisaation kattavaa turvallisuussuunnittelua ja riskienhallintaa. Potilasturvallisuuden riskien arvioinnilla tarkoitetaan sellaisten vaarojen tunnistamista, jotka jollain tapaa vaikuttavat potilaan turvallisuuteen. Sillä tarkoitetaan myös vaarojen aiheuttamien riskien merkitysten arviointia ja määrittelemistä sekä vaarojen tunnistamista. Asiat, jotka vaikuttavat riskien

suuruuteen ovat todennäköisyys vaaratekijän esiintymisessä ja siitä aiheutuvien seurausten vakavuuden määrä. Kun puhutaan riskistä, se ei aina tarkoita samaa kuin vaaratapahtuma. Vaaratapahtuma nostaa esiin tyypillisesti yhden tai useamman tekijän, jotka aiheuttavat riskejä (Helovuori ja muut, 2015 s. 6-7).

Potilasturvallisuusriskit tulee huomioida organisaation operatiivisessa ja strategisessa riskienhallinnassa. Riskejä tunnustetaan, hallitaan ja arvioidaan päivittäin. Niistä raportoidaan ja valitaan toimenpiteet ja annetaan vastuuta. Riskien tilaa tulee arvioida säännöllisesti ja tarvittaessa matalalla kynnyksellä ryhdyttävä yhdessä sovittuihin jatkotoimenpiteisiin. Ihmisten tekemien virheiden ja erehdysten taustalla on enimmäkseen toimintatapoihin, prosesseihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. Toimintatapoihin, prosesseihin ja ohjeistuksiin voidaan sisällyttää esimerkiksi kaikki organisaatiossa kirjatut viralliset käytännöt. Ne voivat liittyä yksittäisiin työtehtäviin, yksilön tai ryhmän toimintaan tai myös laajemmin katsottuna organisaatiossa olevien eri yksiköiden tai niiden ja mahdollisten ulkopuolisten toimijoiden välillä olevaan yhteistyöhön. Organisaation esihenkilöillä ja johdolla on vastuullaan varmistaa, että työntekijöiltä löytyy riittävät taidot ja tiedot suoriutua tehtävistä sekä kykyä soveltaa niitä (Helovuori ja muut, 2015, s. 8-12).



**Kuvio 1.** Tyypilliset lähteet vaarojen tunnistamisessa (Helovuori ja muut, 2015, s. 13 mukailleen)

Kuviossa 1 on kuvattuna tyypillisiä lähteitä vaarojen tunnistamiseen. Riskienhallinta perustuu ajatukseen ja toimintaan siitä, että organisaatiossa ollaan tietoisia vaaroista, jotka voivat vaikuttaa toimintaan.

Riskien arviointia tulisi organisaatioissa tehdä turvallisuuspoikkeamista ja vaaratilanteista saatavaan tietoon perustuen, kartoituksilla ja katselmuksilla, säännöllisillä arvioinneilla ja muutostilanteisiin sisältyvillä riskianalyyseillä. Pyrkimyksenä tulisi olla, että vaarat tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja varmistetaan turvallisuuden olevan sillä tasolla, että itse vaaratilanteita ei pääsisi syntymään (Helovuo ja muut, 2015, s. 13). Potilasturvallisuustyön järjestämistä ja organisoimista varten kansalliset ohjeistukset antavat suuntaviivoja ja ohjeistuksia. Näin ollen niitä voidaan tulkita olevan turvallisuuden johtamismalleja eli yleisiä periaatteita, joita organisaatiossa tulisi noudattaa (Macchi ja muut, 2011, s. 27).

## **2.4 Kansallinen potilasturvallisuusstrategia**

Eri maissa potilasturvallisuuden edistämistä organisoidaan eri tavoin. Kansallisesti potilasturvallisuuden organisoiva ja koordinoiva taho saattaa integroitua jo olemassa oleviin hallinnollisiin julkisen terveydenhuollon rakenteisiin tai mahdollisesti toimia itsenäisesti kuten esimerkiksi Tanskassa. Tanska nähdäänkin olevan Pohjoismaista ehdoton potilasturvallisuuden edelläkävijä ja Ruotsissa potilasturvallisuuden edistämistyö on myös aktiivisella tasolla. Suomessa potilasturvallisuutta on pyritty myös näkyvästi edistämään (Helovuo ja muut, 2011, s. 28-31).

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on saattaa Suomessa potilasturvallisuus korkealle, eurooppalaisten vaatimusten täyttävälle tasolle (Helovuo ja muut, 2011 s. 31). ”Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013” oli ensimmäinen kansallinen strategia, jonka tavoitteena oli ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäisempää potilasturvallisuuskulttuuria ja tämä avulla myös parantaa hoidon turvallisuutta. Strategian keskeinen lähtökohta oli, että potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Ensimmäisen strategiakauden jälkeen ei julkaistu heti uutta strategiaa, vaan seuraava julkaistiin vasta vuosille 2017-2021. Tämän strategian tavoitteena oli kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäisempää turvallisuuskulttuuria sekä edistää sen toteutumista (Valtionalouden tarkastusvirasto VTV, 2021). WHO:n mukaan kansallinen

potilasturvallisuusstrategia ohjaa potilasturvallisuustoiminnan toteuttamista, toteuttaa politiikkaa, arviointia, edistymisen seuranta, resursseja ja tulevaisuuden suunnittelua. Päätaoiteena on seurata, toteuttaa, parantaa ja arvioida kansallisia toimintasuunnitelmia niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla (WHO, 2024 s. 44-45).

Tässä strategiassa potilas- ja asiakasturvallisuus sekä laadun edistäminen määriteltiin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon julkista palvelulupausta ja järjestämisvastuuta. Pääpaino oli myös vahvasti sen pohtimisessa, miten potilas- ja asiakasturvallisuus tullaan varmistamaan sote-uudistuksen jälkeen. Strategian painoarvoa lisää vahvasti se, että se perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen. Strategian tavoitteiden mukaan potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen perustuu yhtenäiseen ja monipuoliseen seurantaan organisaatioissa (VTV, 2021). Potilasturvallisuusstrategiaan on kirjattu, että potilasturvallisuuden koordinoimisesta vastaavat henkilöt on nimettävä toimintayksikössä. Organisaation koon mukaan he voivat olla erikseen nimettyjä tai linjaorganisaatiosta olevia vastuuhenkilöitä. Heillä on tehtävänänsä edistää organisaation eri tasoilla potilasturvallisuuden kehittämistä (Helovuori ja muut, 2011, s. 112).

Vuonna 2022 sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja siihen liittyvän toimeenpanosuunnitelman vuosille 2022–2026. Tämän tarkoituksena on edistää turvallisuutta vahvistavia toimia, osallisuutta sekä turvallisuuskulttuurin johtamista Suomessa. Vuodesta 2009 lähtien asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen Suomessa on nojautunut kansalliseen strategiseen ohjaukseen, jonka perustan muodosti ensimmäisen kansallinen potilasturvallisuusstrategia. Tämän jälkeen toiminnan kehittämisvastuu on keskitetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle osana valtakunnallista turvallisuusrakennetta (STM, n.d.).



**Kuvio 2.** Potilasturvallisuusstrategian keskeiset tavoitteet (Autti & Keistinen, 2013, s. 144, mukaillen)

Autti & Keistinen (2013, s. 144-146) lähestyvät potilasturvallisuusstrategian keskeisiä tavoitteita viiden teeman perusteella, jotka on koottu kuvioon 2. Potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuutta lähestytään vastuiden, turvallisuuskulttuurin, säädösten ja johtamisen näkökulmasta. Turvallisuuskulttuuri nähdään terveydenhuollossa yhteisöjen ja yksilöiden tapana toimia. Se kattaa potilaiden hoidon turvaamisen, organisaation arvoihin nojaavan ja systemaattisen toimintamallin sekä siihen liittyvän johtamisen, hoidon ja asenteet. Kim & Kwak, (2024, s. 2) kuvailet potilasturvallisuuskulttuuria organisaation ja yksilöiden asenteiden, käsitysten, osaamisten, arvojen ja käyttäytymismallien kokonaisuutena, joka määrittää organisaation kyvykkyyden ja sitoutuneisuuden hallitsemaan turvallisuutta.

Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa riskien arviointi, korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat vahvasti osa organisaation jokapäiväistä toimintaa (Autti & Keistinen, 2013, s. 144-146). Kim & Kwak, (2024, s. 2) toteavat, että potilasturvallisuus on mahdollistaa saavuttaa organisaatiossa

rakentamalla ensisijaisesti korkeatasoinen potilasturvallisuuskulttuuri, jossa koko organisaatio pitää potilasturvallisuutta erityisen tärkeänä. He lisäävät, että tarkkaan suunniteltu potilasturvallisuuskulttuuri voi parantaa potilasturvallisuutta sillä, että rohkaistaan henkilöstä ilmoittamaan havaituista virheistä. Fujita ja muut, (2019) lisäävät, että on olemassa myös haitallista turvallisuuskulttuuria. Tähän voidaan luokitella työperäinen stressi ja pitkät työajat. Nämä ovat sellaisia jotka voivat heikentää organisaation työntekijöiden kokemaa turvallisuuskulttuuria.

Toimintakulttuurin yleisempään käsitteeseen kuuluu potilasturvallisuuskulttuurin käsite, joka on osa toimintakulttuuria ja myös sen ilmenemismuoto. Heinijoki ja Pommelin (2019, s. 26, 40) kuvaavat sen olevan jopa potilasturvallisuuden henki ja sielu, eikä sille välttämättä myöskään voi osoittaa symboleja, jotka ovat tarkasti mitattavissa. Potilasturvallisuustyön ytimen muodostaa arvioiva ja ennakoiva potilasturvallisuuskulttuuri, joka perustuu yleisesti sovittuihin toimintaperiaatteisiin ja arvoihin. Arviointi perustuu laadullisiin havaintoihin merkityksistä ja ilmapiiristä, jotka toimintaa ohjaavat. Niiden seurauksena syntyy potilasturvallisuuteen vaikuttavuutta, joko negatiivisena tai positiivisena asiana. Summer ja muut (2010, s. 156) lisäävät, että turvallisuuskulttuurin kuvailu sanallisesti koetaan suhteellisen helppona, mutta sen tunnistaminen käytännössä sekä ymmärrys sen vaikutuksista terveydenhuollon organisaatioissa voi olla huomattavasti haastavampaa.

## **2.5 Potilasturvallisuus osana organisaatiota**

Kun puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista, viitataan useimmiten laissa säädettyihin hallinnollisiin yksiköihin esimerkiksi, terveyskeskuksiin, sairaaloihin ja vanhainkoteihin. Nämä toimintayksiköt voivat toimia joko julkisella tai yksityisellä sektorilla. Käydessä keskustelua potilasturvallisuuden johtamisesta, tyypillisesti lähtökohtana pidetään toimintayksikköä. Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sitä täydentävässä asetuksessa (341/2011) potilasturvallisuuden johtamiseen liittyviä vaatimuksia nimenomaan asetetaan hallinnollisille toimintayksiköille. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon

toimintayksikön on laadittava suunnitelma potilasturvallisuuden toteuttamisesta ja laadunhallinnasta. Suunnitelmassa on myös huomioitava potilasturvallisuuden edistäminen sosiaalihuollon kanssa tehtävän yhteistyön kautta (Pietikäinen ja muut, 2012).

Terveydenhuoltolain 8§ asettaa vaatimuksen potilasturvallisuussuunnitelmasta, jossa kuvataan organisaation potilasturvallisuuden edistämiseen ja varmistamiseen tähtäävää toimintaa. Lakia taustoittaa kansallisessa potilasturvallisuusstrategiassa asetettu tavoite toimintayksikköjä koskevasta potilasturvallisuussuunnitelmasta ja potilasturvallisuutta organisaatiossa koordinoivien nimeämisestä. Toimintayksikön johto vastaa suunnitelmasta sekä sen toimeenpanosta. Yksityisessä terveydenhuollossa toimintayksikön vastaavan johtajan tulee toiminnan laadun varmistamiseksi laatia toimintayksikön ja siihen liittyvien erillisten toimipaikkojen toiminnan kattava omavalvontasuunnitelma (Helovuori ja muut, 2011, s. 107-108).

Potilasturvallisuusjärjestelmä määritellään organisaatiossa kuvatuksi ja ohjeistetuksi toimintatavaksi, jonka tavoitteeksi on asetettu potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen ja edistäminen, potilasturvallisuuteen liittyvän tiedottamisen ja koulutuksen toteuttaminen sekä ennalta määriteltyjen potilasturvallisuustapahtumien analysointi, seuranta ja raportointi.

Potilasturvallisuussuunnitelmassa tulee olla kuvattuna terveydenhuoltolaissa olevien asetusten edellyttämät potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen liittyvät johtamisen periaatteet ja käytännöt, joihin organisaatiossa sitoudutaan. Yleiset toiminnan tavoitteet ja periaatteet nostetaan laatu- ja turvallisuusjohtamisjärjestelmissä usein erillisenä laatu- ja turvallisuuspolitiikkana esille. Potilasturvallisuussuunnitelmassa kuvataan ne toimintatavat, joiden avulla toiminnan kehittämiseen päädytään potilasturvallisuustiedosta (Helovuori ja muut, 2011, s. 107-108).

Jälkiseurantaraportin tarkoituksena on selvittää, miten tarkastuksen kohteena oleva asia on kehittynyt ja mihin toimiin on ryhdytty annettujen suositusten ja muiden kannanottojen perusteella. Tarkastuksessa havaittiin, että potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjausta tulee yhdenmukaistaa ja selkeyttää. Potilas- ja asiakasturvallisuutta tulisi myös johtaa johdonmukaisesti ja selkeästi, jotta luotaisiin hyvät edellytykset palveluiden turvallisuuden kehittymiselle. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa omassa selvityksessään, tärkeänä asiana että potilas- ja asiakasturvallisuuden johto- ja ohjausvastuu osoitettaisiin toimivaltaiselle viranomaiselle. Raportista kävi ilmi, että sote-uudistus tulee mahdollistamaan entistä järjestelmällisemmän potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisen niin kansallisella kuin alueellisella tasolla (VTV, 2024).

Hyvinvointialueilla on nähty olevan paremmat edellytykset kohdentaa resursseja turvallisuustoiminnan kehittämiseen, tilannekuvan ylläpitoon, valvontaan, raportointiin, mittaamiseen ja tulosten seurantaan. Suuret organisaatiomuutokset sisältävät kuitenkin aina riskejä, jotka koskevat asiakkaiden ja potilaiden asiointi- ja hoitoketjujen jatkuvuutta, osaamisen varmistamista sekä henkilöstön hyvinvointia. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva laki (741/2023) astui voimaan vuoden 2024 alussa ja tällä lailla on pyritty luomaan aikaisempaan verrattuna yhdenmukaisemmat ja selkeämmät edellytykset potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumiselle ja seurannalle (VTV, 2024).

Potilasturvallisuutta ja sen johtamista on tutkittu huomattavasti vähemmän verrattuna potilasturvallisuuden toteutumiseen hoidon eri vaiheessa ja eri yksiköissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei varsinaisesti ole ollut mitään selkeää aukkoa, mutta tutkimukset ovat keskittyneet enemmän potilastyöhän eikä niin paljon johtajan mahdollisuuksiin ja erilaisiin työkaluihin vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen organisaatio tasolla.

WHO:n mukaan potilasturvallisuus nähdään tärkeänä osana terveydenhuoltojärjestelmiä, mikä edellyttää kestäviä investointeja kaikilta sidosryhmiltä sekä omistautuneisuutta. Riittävien rahoitus- ja henkilöresurssien kohdentaminen on keskeinen indikaattori kansallisesta potilasturvallisuuteen sitoutumisessa (WHO, 2024, s. 50).

Potilasturvallisuudella viitataan terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattilaisten toimintaperiaatteisiin ja -käytäntöihin, joiden tarkoituksena on varmistaa hoitotoimenpiteiden turvallisuus ja estää potilaalle aiheutuvat vahingot. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa oikea-aikaisen ja tarpeenmukaisen hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Turvallisuuskäsitys ulottuu hoitoprosessin lisäksi laiteturvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen sekä lisäinfektioiden ehkäisyyn ja muodostaa olennaisen osan hoidon kokonaisuudesta (STM, 2019). Potilasturvallisuudella on pitkät historialliset juuret, mutta sen asema itsenäisenä tieteellisenä tutkimusalana on verrattain uusi. Jo 1800- ja 1900-lukujen vaiheessa Nightingale, Semmelweis ja Codman toivat esiin sen, että potilashaittoja voidaan systemaattisesti vähentää, mikä puolestaan edistää potilasturvallisuuden kehitystä. Näiden varhaisten havaintojen myötä käynnistyi ajattelutavan muutos, joka loi perustan myöhemmälle potilasturvallisuuden tutkimukselle, tarkastelulle ja kehittämistyölle (Wears, 2016). Potilasturvallisuus nousi globaaliksi terveydenhuollon kehittämisen keskiöön vasta 2000-luvun taitteessa, jolloin sen merkitys tunnustettiin laajasti kansainvälisellä tasolla (Stelfox, 2006).

Terveydenhuollon haittatapahtumat ovat ennakoimattomia ja tahattomia tilanteita, jotka voivat aiheuttaa potilaalle eri tasoisia seurauksia riippumatta hänen perussairaudestaan tai hoidettavana olevasta terveydentilasta. Näitä tapahtumia ei voida selittää potilaan taudin kululla tai hoitotoimenpiteiden välttämättömyydellä, ja ne edustavat usein järjestelmätason puutteita tai inhimillisiä virheitä hoitoprosessin eri vaiheissa (Leape, 1991). WHO:n määritelmän mukaan potilasturvallisuuden vaaratapahtumiksi kutsutaan olosuhdetta tai tilannetta, joka olisi voinut johtaa potilaalle

tarpeettomaan haittaan. Kyseisellä haitalla tarkoitetaan sellaista osaa hoitoa, joka ei ole suunniteltu tai nähdä olevan todennäköinen sairauteen tai hoitoon liittyvä haitta (WHO, 2007). Tällöin on kyse niin sanotuista läheltä piti -tilanteista, joissa mahdollisesti vakaviin seurauksiin johtava tapahtumaketju keskeytyy tai saadaan katkaistua ennen haitan toteutumista. Näille tapahtumille on haittatapahtumien tavoin ominaista odottamattomuuden lisäksi tahattomuus. Läheltä piti -tilanteita esiintyy merkittävästi enemmän kuin varsinaisia haittatapahtumia, ja niiden systemaattinen tunnistaminen ja analysointi tarjoaa arvokasta tietoa terveydenhuollon turvallisuusriskien hallintaan ja ennaltaehkäisyyn (Marks, 2013).

Organisaatiotasojen tutkimiseen Schein (1984) on kehittänyt yhden yleisemmin käytetyistä malleista organisaatiokulttuurin eri tasojen tunnistamiseen. Scheinin mukaan organisaatiokulttuuri koostuu kolmesta tasosta, jotka ovat omaksutut arvot ja uskomukset, aterfaktit ja perustavanlaatuiset taustaoletukset. Arvot ja uskomukset nähdään implisiittisinä säännösinä, jotka luovat organisaation käyttäytymiselle normeja. Glissonin (2007, s. 739) mukaan organisaatiokulttuuri määrittelee miten ihmiset toimivat ja mitkä ovat heille tyypillisimpiä tapoja tehdä asioita organisaatiossa. Organisaation ilmapiiri nähdään liittyvän työntekijöiden yhteisiin käsityksiin heidän työstään ja työympäristöstään ja siihen, miten se vaikuttaa heihin. Ennakointikyky liittyy vahvasti oppivan organisaation organisaatiokulttuuriin, ja henkilöstön osaamista pitää kartoittaa pitkällä aikavälillä ja samalla tulisi panostaa henkilöstön työkykyyn ja hyvinvointiin. (Edwards, 2016). Työnantajamielikuvalla on merkitystä esimerkiksi siihen, miten saada osaa henkilöstöä töihin sekä siihen, miten johtamisen kehittäminen näkyy ulospäin (Ryky, 2022, s. 17).

Oppivaa organisaatiota on mahdollista arvioida esimerkiksi kyselyn avulla (Goula ja muut, 2021). Kyselyillä on mahdollisuus kartoittaa, kuinka virheistä keskustellaan organisaation sisällä, ja millaista osaamista tulevaisuudessa mahdollisesti tarvitaan, jotta kyseisiä tilanteita ei enää tapahtuisi. Tarvitaan lisäksi myös ymmärrystä liittyen potilasturvallisuutta vaarantaviin riskeihin sekä ymmärrystä jo syntyneisiin riskeihin liittyen (Battles ja muut, 2006).

### 3 Potilasturvallisuuden johtaminen sosiaali- ja terveysalalla

Terveydenhuollossa johtajan keskeisiä kysymyksiä ovat muun muassa se, miten saamme resurssimme parhaaseen mahdolliseen käyttöön ja mikä on riittävästi. Yksityinen ja julkinen sektori tuottavat periaatteessa samankaltaisia palveluita. Nykypäivänä etenkin julkisella sektorilla haasteena nähdään vaatimustason nousu, kun taas yksityisellä sektorilla puolestaan toimijan tärkeimmän tehtävän nähdään olevan omistajan arvon kasvattaminen. Suhteellisen pian on lähdettävä miettimään, mitä kaikkea julkisen sektorin pitäisi tuottaa ja missä kohtaa se voi vetää rajan. Terveydenhuoltoon voi periaatteessa sijoittaa rajattomasti resursseja, mutta jossain kohtaa menee kuitenkin raja (Parvinen ja muut, 2005, s.65). WHO:n mukaan potilasturvallisuuden parantaminen edellyttää jatkuvaa oppimista ja innovaatioita sekä vahvaa johtajuutta (WHO, 2024, s. 93).

Keskeinen menestystekijä ja strateginen voimavara sosiaali- ja terveydenhuollossa on henkilöstö (Piirainen ja muut 2023, s. 367). Tavallisesti johtaminen liittyy kaikkeen organisoituun ja tavoitteelliseen toimintaan. Se, miten johtaminen on määritelty vaikuttaa siihen, miten johtaminen ymmärretään sekä siihen, mihin kaikkeen johtamisella voidaan vaikuttaa (Niiranen ja muut 2010, s. 14). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilla on keskeinen vastuu moniammatillisen yhteistyön johtamisesta, ja tämä vastuu muotoutuu organisaation rakenteen ja johdon tason mukaan. Johtamistehtävien painopisteet vaihtelevat sen perusteella, toimivatko johtajat ylimmällä, keskimmaisella vai operatiivisella (lähijohto) tasolla, ja millaisessa palvelujärjestelmässä tai organisaatiokontekstissa he työskentelevät. Eri johtamistasot edellyttävät erilaista strategista, taktista ja operatiivista osaamista yhteistyörakenteiden suunnittelussa, ohjauksessa ja kehittämisessä (Hujanen ja Taskinen, 2020, s.38).

Johtajuuteen ei vaadita välttämättä tietynlaista persoonallisuustyyppiä tai muodollista koulutusta vaan menestyneiksi johtajiksi luokitellaan usein sellaiset, jotka saavuttavat tavoitteensa ottamalla huolellisia ja tarkoituksenmukaisia askelia vakuuttaakseen muut saavuttamaan tietyt tavoitteet. Jokaisen terveydenhuollossa työskentelevän tulee pystyä

ottamaan potilasturvallisuusjohtajan rooli aina silloin, kun vastaan tulee tilanne, jossa potilasturvallisuus saattaa vaarantua (Beyea, 2008, s. 222). Tietoisuus riskeistä ja sitoutuminen jatkuvaan riskienhallintaan on kaikkien vastuulla. Riskienhallinnan vastuu on osa esihenkilön vastuuta ja ajantasainen tilannekuva riskeihin liittyen on johtamisen väline (Heinijoki & Pommelin, 2019, s. 42).

Johtamista määrittää myös erilaiset johtamisjärjestelmät sen ohella, että johtamisen odotetaan tukevan organisaation perustehtäviä ja niihin liittyen tavoitteiden saavuttamista. Johtamisjärjestelmillä tarkoitetaan esimerkiksi organisaation johtamisprosesseja ja päätöksenteon rakenteita. Johtamisella tarkoitetaan yleisemmin toimintaa, jonka tavoitteena on saada asiat tehdyksi, esimerkiksi voimavarojen hankkimista, ohjaamista, päätöksentekoa, asioiden järjestämistä ja vastuun jakamista. Valta vaikuttaa organisaatioon kuuluvien ihmisten toimintaan liitetään myös johtamiseen (Niiranen ja muut 2010, s. 14).

Palvelun kilpailukyvyyn yksi tärkeimmistä edellytyksistä on sen kyky tuottaa asiakkaalle arvoa, eli tässä tapauksessa terveyshyötyjä. Sosiaali- ja terveyspalveluissa arvo ilmenee ihmisten, yhteisöjen ja perheen hyvinvoinnin ja terveyden myönteisenä muutoksena, koettuna ja objektiivisena hyötynä (Teperi ja muut, 2009, s. 102). Osaamisen ja tiedon merkitys kilpailukykytekijänä on vahvistunut vuosien aikana ja tulee vahvistumaan edelleen tulevaisuudessakin. Ilman ammattitaitoista ja osaavaa henkilöstöä ei pystytä tuottamaan turvallisia ja laadukkaita palveluita (Kontio, ja muut 2018, s. 38). Johtamisen yhtenä tehtävänä nähdään olevan se, että tunnistetaan henkilöstöön sidottu inhimillinen osaaminen ja pääoma, jota tulisi kehittää koko työuran ajan ennakoiden tulevaisuuden osaamistarpeita (Aiken, ja muut, 2008, s. 225). WHO:n mukaan potilasturvallisuuteen liittyviin inhimillisiin tekijöihin keskittyvät erikoistuneet asiantuntijaryhmät ovat välttämättömiä, kun halutaan parantaa terveysjärjestelmien turvallisuutta ja tehokkuutta, niin terveydenhuollon työntekijöiden kuin potilaidenkin kannalta (WHO, 2024 s. 96).

Johtamisella on suuri merkitys henkilöstön työssä viihtyvyyteen, vetovoimaisen työympäristön rakentumiseen ja alalla pysymiseen. Vetovoimaisessa työpaikassa annetaan mahdollisuutta ja painoarvoa kehittymiselle, oppimiselle, osallistumiselle ja uralla etenemiselle. Tulevaisuudessa nähdään menestyvän ne organisaatiot, jotka huolehtivat henkilöstöstä ja sen osaamisesta, sillä tällöin nähdään, että henkilöstön osaaminen kohdennetaan tehokkaasti potilaan hyväksi (Aiken ja muut, 2008, s. 225).

### **3.1 Johtamisen organisatoriset tekijät**

Macchi ja muut (2011, s. 11) nostavat esiin, että potilasturvallisuuden hallinta ja sen parantaminen tulisi perustua joukkoon käytännöllisiä ja teoreettisia peruskäsitteitä. Ensimmäiseksi tulisi määritellä, mitä potilasturvallisuudella tarkoitetaan, mikä on turvallisuudenhallinnan lopputulos, jota tavoitellaan. Toiseksi tulisi määritellä turvallisuusmalli. Turvallisuusmallien avulla voidaan loogisesti kuvata sitä, mikä tekee järjestelmästä turvallisen tai myös vastakohtaisesti turvattoman. Turvallisuudenhallintamallit muodostavat taustaoletukset siitä, mitä organisaatiolla on turvallisuuden johtamisesta sekä sen kehittämistä. Käytännön tasolta puolestaan turvallisuudenhallintamallit määrittävät sellaisia keskeisiä elementtejä, kuten organisaation eri toimintoja, strategioita ja jatkuvan kehittämisen suunnitelmia, jotka on otettava huomioon, jotta on mahdollista saavuttaa haluttu organisaatiosuoritus.

Helovuo ja muut (2011, s.57-58) toteavat, että edellytykset turvalliselle hoidolle tuottaa johdon toiminta ja tämän toteutuminen vaatii systemaattisia toimintatapoja, joilla potilasturvallisuus huomioidaan toimintasuunnittelussa ja päätöksenteossa. Macchi ja muut (2011, s. 40) toteavat, että systeemisen lähestymistavan sisäistäminen vaatii onnistumisten sekä epäonnistumisten tarkastelua saman organisaatiossa vallitsevan käyttäytymisen tuloksena.

Potilasturvallisuutta edistävään johtajuuteen sisältyy muun muassa seuraavat asiat, jotka ovat kuvattuna taulukkoon 1.

**Taulukko 1.** Potilasturvallisuutta edistävään johtajuuteen liittyvät tekijät (Helovuola ja muut 2011, s. 57-58, mukaillen)

<b>Tekijöitä potilasturvallisuutta edistävään johtajuuteen</b>
1. Systemaattiset tavat arvioida seurata ja kehittää turvallisuutta
2. Resurssista päättäessä turvallisuuden huomioonottaminen
3. Selkeät periaatteet kohdentamiseen
4. Ulkopuolisia palveluita käyttäessä potilasturvallisuuden tarkastelu
5. Aktiivinen riskien hallinta ja arviointi, joka mahdollistaa systemaattisen menettelyn vaarojen tunnistamiseksi
6. Vaadittavan osaamisen varmistaminen sekä arviointi
7. Jatkuva henkilöstön osaamisen kehittäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta
8. Ulkoa tulevan tiedon jakaminen organisaation sisällä ja sisäisen organisaation tiedon jakaminen

Osaamisen johtamisella tarkoitetaan organisaation strategioista, visioista ja tavoitteista lähtien määriteltyä organisaation ydinosaamista sekä muu osaaminen, jota organisaatiossa tarvitaan ja jota kehitetään systemaattisesti. Oppiminen ja osaaminen nähdään usein sellaisena tilana, jossa jatkuvasti tapahtuu kehitystä ja jossa vähintään tilanne säilyy stabiilina (Heinijoki & Pommelin, 2019, s. 57). Johtamisen heikkoudet voivat näkyä toiminnan suunnittelun, valvonnan, seurannan, esihenkilöiltä saatavan tuen ja työnohjauksen puutteena. Puutteelliset turvallisuuden johtamisen prosessit tai heikko sitoutuminen turvallisuuden edistämiseen saattavat johtaa organisaation pikkuhiljaa kohti kohonnutta riskitasoa (Helovuola ja muut, 2011 s. 57-58).

Heinijoki ja Pommelin (2019 s.58) toteavat, että oppiva organisaatio tuo mukanaan myös väsymisen, loppumisen ja kulumisen elementit. Ne nähdään olevan organisaation kannalta niin merkittäviä tapahtumia, että niitä on lähes mahdotonta sivuuttaa. Oppivan organisaation suunta ei näin ollen ole aina eteenpäin, vaan eri tilanteissa suunta voi kuitenkin vaihdella. Mikäli organisaatio näkee henkilöstön olevan organisaation tärkein

voimavara, niin tämä havainto antaa silloin erityistä merkitystä osaamisen johtamiselle. Potilasturvallisuuden näkökulmasta voikin ajatella, että vaikka tiedot ja taidot kehittyvät, voi silti työntekijöiden motivaatio ja jaksaminen aiheuttaa väsymystä. Tällöin koulutuksella saavutettu osaaminen ei saada organisaatiossa käyttöön, vaan tilanne voi puolestaan jopa huonontua.

Mikäli potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskejä ei tiedosteta, ristiriitoja syntyy jatkuvasti potilasturvallisuuden ja muiden tavoitteiden välillä eikä toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa huomioida riittävästi potilasturvallisuutta, jolloin riskejä hyväksytään osaksi normaalia toimintaa vähitellen (Helovuo ja muut, 2011, s. 57-58). Organisaatioilla tulisi olla oppimissuunnitelma, joka sisältäisi myös kehittämistarpeet liittyen potilasturvallisuuteen. Lähtökohta potilasturvallisuustaitoihin on ammattitaidon laajennettu käsite. Oppimissuunnitelma tulisi olla rakennettuna niin, että se omalta osaltaan tukee hyvän turvallisuus- ja toimintakulttuurin syntymistä ja samalla myös toteuttaa potilasturvallisuuden visiota (Heinijoki & Pommelin, 2019, s. 57-58).

Potilasturvallisuuden johtaminen ei pitäisi olla irrallaan tästä toiminnan muusta johtamisesta, vaan sen pitäisi näkyä olevan osana sitä. Potilasturvallisuuden toimenpiteet ja tavoitteet sekä niihin pääseminen tulisi olla kuvattuna yhtä selkeästi kuin esimerkiksi liiketaloudelliset toimenpideohjelmat (Helovuo ja muut, 2011, s. 57-58).

Iso-Britannian National Patient Safety Agency eli NPSA on määritellyt seitsemän askelta, joiden avulla potilasturvallisuus saadaan integroitua osaksi koko organisaation toimintaa taulukossa 2. Ne myös kuvaavat erinomaisesti potilasturvallisuuden johtamisen keskeisimpiä päämääriä.

**Taulukko 2.** Potilasturvallisuuden seitsemän askelta (Helovuo ja muut, 2011, s. 104, mukaillen)

<b>Seitsemän askelta potilasturvallisuuden edistämiseen (NPSA/NHS) Seven steps to patient safety.</b>
1. Potilasturvallisuuden priorisointi, turvallisuuskulttuurin luominen.
2. Henkilökunnan tukeminen ja johtaminen.
3. Riskienhallinnan integroiminen osaksi toimintaa.
4. Kannustaminen kohti raportointia.
5. Yhteisöjen ja potilaiden kanssa kommunikointi ja ottaminen mukaan lisätäkseen potilasturvallisuuden edistämistä.
6. Tiedon jakaminen ja oppiminen.
7. Jatkuva jalkauttaminen liittyen turvallisuutta edistäviin käytäntöihin.

Ensimmäisenä askeleena on potilasturvallisuuden määrittelemisen strategisen toiminnan prioriteetiksi ja tämän tavoitteen mukaan lähteä rakentamaan johtamisjärjestelmää (Helovuo ja muut, 2011, s. 103-104). Macchi ja muut, (2011, s. 30) nostavat, että tässä mallissa on kuvattu potilasturvallisuuden johtamiseen tarvittavat keskeiset osa-alueet. Potilasturvallisuuden seitsemän askelta edustaa myös tyypillistä turvallisuuden johtamismallia, sillä mallissa määritellään perusta organisaation turvallisuudenhallinnan käytännön prosessien kehittämiseen. Näin ollen voidaan todeta NPSA:n luoneen yleisen lähestymistavan, jota tulisi noudattaa turvallisuuden parantamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Potilasturvallisuus nähdään usein itsestään selvänä prioriteettina toiminnassa, mutta toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa ohjaavat kuitenkin myös sellaiset tavoitteet, jotka voidaan nähdä ristiriitaisina potilasturvallisuuden kannalta. Reunaehdot ja tuotannollistaloudelliset tavoitteet usein sääntelevät resursointia, joka vaikuttaa osittain välillisesti ja osittain suoraan laadukkaan ja turvallisen hoidon edellytyksiin. Useat positiivisesti potilasturvallisuuteen vaikuttavat muutokset, kuten toimintatapojen selkeyttäminen ja yhtenäistäminen, vaikuttavat myös suotuisasti toiminnan

tehokkuuteen ja tekevän siitä näin ollen tehokkaampaa. Säästöjä syntyy haittojen vähentämisestä potilasturvallisuuden edistämisen tuotoksena (Helovuo ja muut, 2011, s. 103-104).

Toiminnan suunnittelussa potilasturvallisuuden huomioon ottaminen on haastavaa, sillä sen toimenpiteiden vaikuttavuuden osoittaminen ei ole lähtökohtaisesti kovin suoraviivaista ja sen mittaaminen on vaikeaa (Helovuo ja muut, 2011, s. 103-104). Terveydenhuollossa on viime vuosina sovellettu adaptiivisen johtamisen periaatteita, koska terveydenhuolto ja sen toimintaympäristö muuttuvat nopeasti. Kompleksisuus hoidoissa kasvaa, haasteita tulee hallita samalla, kun varmistetaan korkea laatu hoidossa sekä potilasturvallisuudessa (Aouad ja muut, 2024 s. 2). Tämän seurauksena ensimmäisenä lähtökohtana on selvittää organisaation potilasturvallisuuteen liittyvä kokonaiskuva sekä sen nykytila. Tulee ottaa huomioon, että näkökulman pitää olla riittävän laaja, eikä turvallisuutta pidetä ainoastaan näkyvän toiminnan lopputuloksena, vaan koko järjestelmän tapana toimia (Helovuo ja muut, 2011, s. 103-104).

### **3.2 Adaptiivinen potilasturvallisuuden malli**

Johtamisen luonne muuttuu merkittävästi, kun tarkastelun kohteena oleva järjestelmä ymmärretään monimutkaiseksi adaptiiviseksi järjestelmäksi sen sijaan, että sitä lähestyttäisiin lineaarisena ja ennakoitavana kokonaisuutena. Monimutkaisissa adaptiivisissa järjestelmissä korostuvat vuorovaikutussuhteiden dynamiikka, epävarmuus ja jatkuva muutos, mikä edellyttää johtamiselta joustavuutta ja systeemistä ajattelua. Tällainen lähestymistapa eroaa olennaisesti perinteisestä lineaariseen perustuvasta johtamisesta, jossa on usein kyse ennustettavuudesta ja kontrollista (Pietikäinen ja muut, 2012 s. 25). Alahuhta ja Volmanen toteavat (2015, s. 335), että perinteisessä johtamismallissa pyritään määrittelemään erilaiset toimintatavat ja antamaan yksityiskohtaisia määräyksiä ja ohjeita sekä valvomaan näiden toteutumista. Siinä vaiheessa, kun määräyksiä tuotetaan kuvitteellisen saturaatiopisteen ylitse, eivät ne enää lisää turvallisuutta. Granger (2023, s. 14) lisää, että adaptiiviselle johtajuudelle on terveydenhuollossa erityisen suuri tarve. Terveydenhuolto alana kehittyi jatkuvasti ja

hoitokäytäntöjä uudistetaan koko ajan. Perinteisesti katsottuna, virheen sattuessa ja sen tullessa ilmi on pyritty löytämään syyllinen. Syyllistä kohtaan on voitu suorittaa erilaisia kurinpitomenettelyjä, kuten puhuttelua, kirjallista varoitusta tai jopa irtisanomista, tilanteen vakavuus ottaen huomioon (Alahuhta & Volmanen, 2015, s. 335).

Haittatapahtumien tilastollisuus sekä sattumanvaraisuus käytännössä tarkoittavat kuitenkin sitä, että lähtökohtaisesti syyllisen etsiminen on epäreilua. Syyllistä menettelyä katsotaan myös omiaan estämään vaaratapahtumaraportointia. Kompleksisessa ympäristössä kuten sosiaali- ja terveysalalla, jossa virheitä ja poikkeamia voi sattua joskus hyvinkin paljon, ei perinteisillä keinoilla pystytä parantamaan potilasturvallisuutta, vaan tarvitaan uudempaa ja sopivampaa johtamistapaa (Alahuhta & Volmanen, 2015, s. 335).

Plsek ja Greenhalg (2001, s. 625) ovat määritelleet adaptiivisen järjestelmän joukoksi yksilöllisiä toimijoita, joiden käyttäytyminen on luonteeltaan ennakoimatonta ja jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään siten, että yhden toimijan toiminta voi muuttaa toisten toimijoiden toimintaympäristöä. Tällaisia järjestelmiä kuvataan usein käsitteellä ”systemien systemi”, jolla viitataan järjestelmien kerrokselliseen ja toisiinsa kytkeytyneeseen luonteeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa tämä tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmä muodostuu useista päällekkäisistä ja eri tasoilla toimivista alajärjestelmistä. Alempien tasojen toimijat saavat toiminnalleen edellytyksiä ylempiltä tasoilta, mutta ne voivat samalla myös vaikuttaa ylempien tasojen päätöksentekoon ja toimintaan, toisinaan jopa varsin merkittävästi.

Adaptiivisessa potilasturvallisuuden johtamisessa pyrkimyksenä ei ole se, että johtaja saisi organisaation toimimaan oman tahtonsa mukaan. Tavoitteena on puolestaan se, että toimijat keskenään luovat ja rakentavat muutokset. Johtajuutta on hajautettu niin, että henkilöstö pystyy paremmin sitoutumaan tavoitteisiinsa. Käytännön tasolla potilasturvallisuuden johtaminen tarkoittaa esihenkilölle uusien työskentelytapojen mahdollistamisen lisäksi potilasturvallisuustilanteen seuraamista erilaisten

indikaattoreiden avulla (Alahuhta & Volmanen, 2015, s. 336). Adaptiivisessa johtamistyössä menestyy sellainen henkilö, joka tuo uusia näkökulmia, kykenee muuttumaan nopeasti muuttuvan ympäristön mukana sekä on kykeneväinen mukautumaan vaihteleviin tilanteisiin (Granger, 2023, s. 14). Aouad ja muut (2024, s. 2) toteavat adaptiivisen johtamisen tarkoittavan suuntausten, tarpeiden ja vaihtoehtojen ennakkointia, niiden yhdistämistä yhteisen toiminnan ja ymmärryksen tueksi. Myös sopeutumista ja jatkuvaa oppimista, vastuunkatoa sekä palautteen avoimuutta ja päätöksenteon läpinäkyvyyttä. Potilasturvallisuustyössä tulisi pyrkiä siihen, että jatkuvasti seurattaisiin saavutetun potilasturvallisuuden tasoa, arvioitaisiin tehtyjen muutosten vaikutusta sekä tunnistettaisiin aktiivisesti mahdollisia kehittämiskohteita (Alahuhta & Volmanen, 2015, s. 336). Forbes & Arrieta (2024, s. 335) tuovat esiin, että terveydenhuollossa ja etenkin sairaaloiden tulisi pyrkiä yhä enemmän olemaan korkean luotettavuuden organisaatioita eli sellaisia organisaatioita, jotka toimivat ympäristössä, jossa vallitsee korkea riski, mutta pitkällä aikavälillä mitattuna, vakavia virheitä on todettu vain vähän.

### **3.3 Potilasturvallisuuden systeemilähtöinen edistäminen**

Terveydenhuollossa on muiden korkean riskin toimialojen mukaan alettu puhua potilasturvallisuuden systeemilähtöisestä edistämisestä. Tällä viitataan näkökulmaan, jonka mukaan turvallisuus ei rakentuisikaan ensisijaisesti yksittäisten ammattilaisten osaamisen varaan, vaan sen katsotaan olevan näkemys, joka syntyy koko organisaation rakenteista, prosesseista ja yhteistoiminnasta vaan. Tätä kokonaisuutta sanotaan systeemiksi. Tämän systeemin eri osia ovat organisaation johtotasolla tapahtuvat päätökset, lähiesihenkilötyö sekä psyykkiset ja fyysiset olosuhteet, joissa henkilöstö suorittaa työtään (Helovuo ja muut, 2011, s. 54).

Vuonna 1990 psykologi James Reason kehitti mallin, jotta vaaratapahtumia pystytään paremmin ymmärtämään systeeminäkökulmasta katsottuna. Tässä yhteydessä systeemi käsitetään tyypillisesti yksittäisenä organisaationa. Keskeisin viesti mallissa on, että välittömästi vaaratapahtumissa mukana olevien ihmisten toimintaan vaikuttavat monet

asiat eri tasoilla organisaatiota. Inhimilliset virheet tai poikkeamat syntyvät niille altistavien tekijöiden myötävaikutuksesta, joka puolestaan on seurausta organisaation toimintaa ohjaavasta johtamisesta ja prosesseista (Reason, 2000). Kuviossa 3. esitetään tarkemmin systeemiajattelun mukaisen vaaratapahtumien synty vaihe vaiheelta. Kuviossa on esitettyä miten haitallisiin lopputuloksiin sekä niiden analyysiin liittyy usein tekijöiden hierarkiaa. Terveystieteissä haittatapahtumien ehkäiseminen ja ymmärtäminen edellyttävät työolosuhteiden ja niihin liittyvien piilevien virheiden tarkkaa hahmottamista (Vincent ja muut, 1998 s. 1155).

## Organisaatiotekijät

- Päätöksenteko
- Johtaminen
- Prosessit
- Turvallisuuspolitiikka

Piilevät taustatekijät



Olosuhteet tilannekohtaisesti

- Yhteistyö ja ryhmän toiminta
- Osaaminen
- Tarvikkeet ja laitteet
- Kommunikaatio ja tiedonkulku
- Ohjeistus ja työmenetelmät
- Omaiset ja potilaat

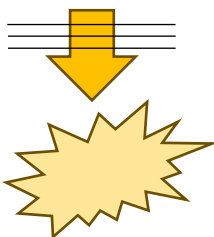
Altistavat tekijät poikkeamille



Toiminta tilanteessa

- Erehdykset, laiminlyönnit ja inhimilliset virheet

Suojaukset



Varautuminen

**Kuvio 3.** Systemiajattelun mukainen vaaratapahtumien synty (Helovuo ja muut 2011, s. 55) ; Vincent ja muut 1998 s. 1155) mukaillen

Johtotasolla tehtävät päätökset vaikuttavat työn turvallisen toteuttamisen edellytyksiin ja voivat jopa synnyttää riskejä, joista tietoisiksi tullaan vasta itse vaaratapahtumien kautta. Aikaisemmin käsitelty inhimillinen virhe näyttäytyy systeeminäkökulmasta katsottuna seurauksena toimintajärjestelmän heikkouksista. Erilaiset suojausjärjestelmä kuuluvat myös systeemiin, kuten esimerkiksi tarkastuskäytännöt, fyysiset estot ja varmistusrutiinit. Näiden tehtävä on estää haitallinen poikkeaminen vaikutus tai auttaa niiden havaitsemisessa jo ennen vaaratilanteen syntymistä. Mikäli vaaratilanne pääsee kuitenkin syntymään, tarkoittaa tämä sitä, että suojausjärjestelmät ovat pettäneet tai ne eivät ole olleet tarpeeksi riittäviä. Tämä nähdään myös olevan suoraa seurausta siitä, miten systeemi toimii. Yksi keino, jolla voidaan saada selville, kuinka organisaatioissa on varauduttu ennalta tunnistettaviin poikkeamiin, on tutkia organisaation suojausjärjestelmiä (Helovu, ja muut, 2011, s. 54; Reason, 2000).

Potilasturvallisuuden edistämiseksi systeeminäkökulma tarjoaa erinomaisen viitekehyksen. Jotta aikaisemmin käsitellyjä läheltä piti -tilanteita sekä haitta- ja vaaratapahtumia voitaisiin ehkäistä, tulisi ensiksi ymmärtää, miksi niitä ylipäänsä tapahtuu. Hyvin usein rajoitutaan liikaa tarkastelemaan ainoastaan toimijärjestön kärkeä, siinä havaittavissa olevia poikkeamia sekä toimintaa. Potilasturvallisuutta edistäessä on syytä katsoa myös pintaa syvemmälle eli turvallisen hoidon edellytyksiin sekä organisaatioprosesseihin, jotka niihin vaikuttavat. Systeeminäkökulman kautta katsottuna turvallisuuden kehittämisessä pyritään organisaation eri tasoilla vaikuttaviin pitkäaikaisiin muutoksiin. Niiden avulla hallitaan turvallisuuteen vaikuttavia olosuhteita sekä turvallisuuteen liittyviä riskejä (Helovu ja muut, 2011, s. 55).

Helovu ja muut (2011, s.56) korostavat, että on tärkeää, kaikkien potilastyössä mukana olevien työntekijöiden ymmärtää organisaatio kokonaisuutena, jossa kaikilla asioilla on syy-yhteys sekä vaikutus hoidon turvallisuuteen. Kyseisellä ajattelutavalla on myös merkittävä vaikutus organisaation kykyyn edistää ja kehittää potilasturvallisuutta. Suhtautumistavoilla nähdään olevan myös vaikutusta siihen, miten organisaatio pystyy

oppimaan virheistään. Tilannetietoisuus on potilasturvallisuustyöskentelyn kulmakivi (Putko ja muut, 2020, s. 428). Tilanneteoriat johtajuudessa painottavat tehokkaan johtajuuden lähtökohtana johtamistilannetta. Johtajan tulisi pystyä soveltamaan tilanteen mukaan erilaisia johtamistyyplejä tarkoituksenmukaisella tavalla. Erityisesti johtajan arvot sekä johdettavien osaaminen ja työasenteet, nähdään tilannetta muovaavana tekijänä tärkeänä (Lämsä ja muut, 2013, s. 229). Ärsykkeiden määrän kasvaessa suuremmaksi sosiaali- ja terveysalalla on johtaja haasteen edessä. Miten poimia päätöksenteon tueksi oleellinen tieto ja samalla säilyttää tilannetietoisuus? (Putko ja muut, 2020, s. 427).

Ricciardin ja Cascininin (2021, s. 12) mukaan ohjeistuksilta odotetaan, että ne keskittyvät monimutkaisiin ja laajoihin aiheisiin sekä, että ne kehittäisivät standardeja, jolla ohjata organisaatioita. Ohjeistuksiin liittyvä ensimmäinen haaste on vaikuttavuuden parantaminen, etenkin hoidon turvallisuuden kannalta samalla keskittyen potilaslähtöisyyteen sekä henkilöstön oman toiminnan kehittäminen ja sen tukemiseen. Potilaslähtöisyydellä viitataan potilaiden ja heidän omaisten osallistamista.

Taulukossa 3 vertaillaan ajattelutavan vaikutuksia virheistä oppimiseen, kun vertailussa on systeemi- ja yksilölähtöiset ajattelutavat. Taulukko havainnollistaa näiden ajattelutapojen keskeisiä eroja erityisesti sen suhteen, miten virheitä tulkitaan, minkälaisiin toimenpiteisiin ryhdytään ja minkälaisia seurauksia valittu näkökulma voi aiheuttaa organisaatiolle.

**Taulukko 3.** Systeemi- ja yksilölähtöisiä virheisiin liittyviä lähestymistapoja (Helovuori ja muut, 2011, s. 56 mukailen)

<b>Virheisiin liittyviä lähestymistapoja</b>	
<b>Systeemilähestyminen</b>	<b>Yksilölähestyminen</b>
Keskitytään ympäristöön ja olosuhteisiin, jossa yksilöt työskentelevät.	Keskitytään ihmisiin yksittäisenä virheen tekijänä.
Keskitytään kehittämään toimintaa, jotta jatkossa vastaavaa virhe ei pääse toistumaan ja toiminta olisi laadukkaampaa.	Syytetään ihmisiä tarkkaamattomuudesta, unohtamisesta ja huolimattomuudesta.
Kiinnitetään huomioon, miksi virhe tapahtui.	Kiinnitetään huomiota, kuka virheen teki.
Hyväksytään, että kaikki tekevät joskus virheitä, koska inhimilliseen toimintaan liittyy aina mahdollisuus erehtymiseen.	Käytetään ajattelutapaa, että riittää kun tekee parhaansa.
Mahdolliset virheet tuodaan esiin avoimesti ja tietoa käytetään toiminnan kehittämiseen tarkoituksenmukaisesti.	Salaillaan virheitä ja niistä saatua tietoa hyödynnetään syyllisten etsimiseen.
Työntekijät uskaltavat ilmaista epävarmuutta ja pelkoa.	Ei uskalleta tuoda esiin omaa epävarmuutta ja kyseenalaistaa toisen toimintaa.

Miksi yksilölähtöinen lähestymistapa potilasturvallisuuteen on kuitenkin heikkouksistaan huolimatta suositumpi kuin systeemilähtöinen? Ensimmäisenä syynä voidaan todeta edullisuus sekä helppous. Piilevien heikkouksien tunnistaminen toiminnasta vaatii paljon enemmän vaivannäköä kuin yksittäisten poikkeamien havaitseminen. Toiminnan prosesseihin, rakenteisiin ja olosuhteisiin kohdistuvat muutokset ovat ihmisten toimintaan puuttumisen sijaan vaativampia toteuttaa (Helovuori ja muut, 2011 s. 56-57).

Järjestelmälahtöinen ajattelutapa mahdollistaa sen, että vaaratapahtumia uskalletaan tuoda esiin pienemmällä kynnyksellä. Lähestyessä niitä järjestelmälahtöisesti, ei yksittäistä ihmistä voida pitää ainoana lähteenä ongelman syntymiseen.

Esihenkilöillä on erityisesti suuri vaikutus siihen, lähdetäänkö vaaratapahtumia lähestymään tarkastelemalla koko toimintajärjestelmän heikkouksia vai syyllistämällä (Helovuo ja muut, 2011 s. 56-57). Reiman & Pietikäinen (2014, s. 184) toteavat, että miten turvallisuutta johdetaan organisaatiossa, riippuu vahvasti siitä, että minkälaisia oletuksia ja uskomuksia johdolla on organisaation turvallisuudesta ja sen toiminnasta. Johdolla on näin ollen vastuu järjestelmälähtöiseen turvallisuusajatteluun, joka on potilaskulttuurin yksi keskeisistä piirteistä (Helovuo ja muut, 2011 s. 56-57).

### **3.4 Strategisen osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Potilasturvallisuuden parantamisessa on yhä enemmän keskitytty terveydenhuollon organisaatioiden johtamiseen. Ymmärretään yhä enemmän, että johto luo edellytykset turvalliselle hoidolle (Reiman & Pietikäinen, 2014 s. 183). Williams & Reid (2009, s. 31) nostavat, että kaikilla terveydenhuollon organisaatioilla tulisi olla strategiset selkeät painopisteet, jotka mahdollistavat potilasturvallisuuden parantamisen. Potilasturvallisuuden tulisi olla näkyvässä asemassa organisaatioiden hallitusten esityslistoilla yhtä merkittävässä asemassa kuin turvallisuustavoitteet sekä taloudellinen tulos. Turvallisuustavoitteet tulisi kaikilla organisaation tasoilla ja yksiköissä olla asetettuna. He myös nostavat hyväksi todettuna tapana potilasturvallisuuden varmistamiselle selkeiden tavoitteiden asettaminen. Tavoitteet voivat koskea yksittäistä yksikköä tai osastoa tai myös koko organisaatiota.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta strategisen johtamisen tehtävänä voidaan nähdä olevan riskien hallinta ja nopea puuttuminen havaittuihin riskeihin sekä virheiden estäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa voi käytäntöjä ja toimintaa ohjaamassa olla erilaisia riskien arviointiin ja strategioihin käytettäviä menetelmiä. Haasteena toimivien terveydenhuolto järjestelmien kehittämiseksi ovat jatkuvat säästötoimet, lisääntynyt kysyntä ja nousevat odotukset sekä terveydenhuoltokustannusten nousu (Vincent & Amalbert, 2016, s. 10-11).

Organisaatioiden oma organisaatiokulttuuri ja strategiset suunnitelmat vaikuttavat yhdessä johtamistaidon kanssa siihen, minkälaisena strateginen johtaminen nähdään käytännön valossa (Pedraza- Rodríguez ja muut, 2023, s. 8). Klemola ja muut (2014, s. 9) toteavat kuitenkin, että strategisen johtamisen näkökulmasta tiedon jalostaminen ja erilaiset mittaristot useimmiten keskittyvät mittaamaan vain toteutuneita asioita. Tulee huomioida, että pelkästään toteutuneiden mittaristojen ja tietojen pohjalta johto ei tule pystymään tekemään faktapohjaisia päätöksiä tulevaisuuden palveluntarjonnasta, sillä päätettävien vaihtoehtoisten mallien ja asioiden vaikutuksia ei pystytä näyttämään toteen. Päätöksiä tehdessä faktapohjaisen tiedon puute voi usein johtaa ei-faktaan perustuvaan sekä argumentointiin, joka korostaa yksittäisten asioiden merkitystä. Helposti tämä voi johtaa kokonaisuuden kannalta ei-optimaaliseen lopputulokseen sekä pitkään päätöksentekoprosessiin.

Vuonna 2021 valtioneuvosto on tehnyt ehdotuksen potilas- ja asiakasturvallisuuden seurantamenettelyistä ja mittareista. Potilas- ja asiakasturvallisuutta ja mukaan lukien haittatapahtumia tai poikkeamien määrää ei ole voitu Suomessa kattavasti ja yhdenmukaisesti mitata (Virkki ja muut, 2021, s. 10). Hankkeessa kuvattuja seurantaindikaattoreita hyödynnetään myös strategian toimeenpanon ja vaikuttavuuden arvioinnissa mittareina, joiden avulla seurataan strategisten tavoitteiden toteutumista soveltuvin osin. Mittaristo on jaettu kolmeen osaan: (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2023).

1. Kuumen linjan indikaattorit, johon kuuluvat aina vältettävissä ja vakavat olevat vaara- ja haittatilanteet. Käsittely- ja ilmoituskäytäntöjen avulla tuodaan vakavat vaaratapahtumat nopeasti tietoon organisaation vastuulliselle johdolle.
2. Tarkastuslistaindikaattorit, on ensisijaisesti suunniteltu tukemaan organisaation omavalvonnan ja itsearviointia. Niiden avulla on mahdollista vastaavako, asiakas- ja potilasturvallisuuden käytännöt ja rakenteet voimassa olevia suosituksia.

3. Määrälliset vertailuindikaattorit, mahdollistavat vertaiskehittämisen hyvinvointialueilla.

Strategista johtamisosaamista tarvitaan myös päivittäisessä esihenkilötyössä, esimerkiksi muutostilanteissa (Terkamo-Moisio ja muut, 2021, s. 227). Osaamisen ja johtamisen kehittäminen on yksi tärkeimmistä keinoista saavutettaessa terveydenhuollon strategisia tavoitteita. Johtajilla on keskeinen rooli väestön hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimenpiteiden integroimisessa paikallisiin ja alueellisiin strategisiin kehittämissuunnitelmiin. Heidän tehtävänsä on strategisesti merkittävä myös terveyden edistämisen suunnittelussa, koordinoinnissa ja toimeenpanossa (Parvinen ja muut, 2005, s. 67).

Lukuisat terveydenhuollon toimintaa kuvaavat mittarit, etenkin potilasturvallisuutta kuvaavat mittarit, perustuvat avointen tietojen raportointiin, jota ilman ei voi syntyä mitattavaa tietoa (Mattila, 2013 s. 378). Reiman ja Pietikäinen (2014, s. 187) toteavat, että potilasturvallisuusindikaattoreiden käyttöä ei ole määritelty selkeästi. Indikaattoreita pidetään usein kansainvälisenä ja kansallisina välineinä, joiden avulla voidaan asettaa laajoja tavoitteita ja seurata kuinka näihin tavoitteisiin päästään. Yksittäisten potilasturvallisuusmittareiden epävarmuuselementit eivät saisi johtaa sellaiseen tilanteeseen, että kehittämistä tai sen mittausta ei pidettäisi tarpeellisena tai mittarit eivät kuvaisi laisinkaan potilasturvallisuuden tasoa yksikössä (Mattila, 2013 s. 378).

## 4 Menetelmä ja aineisto

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 13) mukaan laadullinen tutkimus on itseasiassa yläkäsite, joka pitää sisällään laajan määrän erilaisia laadullisia tutkimuksia. Elon ja muiden (2022, s. 216) mukaan laadullisen tutkimus mahdollistaa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden kokemusten keruun sekä hoitotyön kehittämisen. Aineiston keruun tavoite laadullisessa tutkimuksessa on materiaalin tuottaminen aineiston analyysin näkökulmasta, joka tuo tutkittavasta ilmiöstä sellaisia seikkoja, joita ei tunneta riittävästi ja joka on oleellista tutkimuksen kannalta (Flick, 2018).

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä dokumenttianalyysin tavoin potilasturvallisuutta ja sen johtamista eri hyvinvointialueilla. Aineistona tutkimuksessa on käytetty hyvinvointialueiden omavalvontasuunnitelmia ja niissä esiintyviä potilasturvallisuuden johtamiseen liittyviä strategioita ja menetelmiä. Omavalvontasuunnitelmien lisäksi aineistona on käytetty omavalvontasuunnitelmien seurantaraportteja, jotka sijoittuvat vuoteen 2024 sekä asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmia.

### 4.1 Tutkimusaineisto

Tutkielmassa esiintyneet hyvinvointialueet sillä perusteella, että alueilta löytyi erikseen asiakas- ja potilasturvallisuutta koskeva dokumentti. Tällä lähestymistavalla tutkimuksen tarkoituksena oli mahdollistaa hyvinvointialueiden keskinäinen vertailu potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmasta. Valikoitujen hyvinvointialueiden potilasturvallisuuden toteutumista pro gradu -tutkielmassa arvioitiin STM:n teettämän potilasturvallisuusstrategian keskeisten tavoitteiden toteutumista.

Aineistoa analysoitiin tarkastellen sitä, hallitaanko potilasturvallisuutta alueella oppimalla ja ennakoivasti, huomioidaanko potilasturvallisuus hyvinvointialueiden opetuksessa ja tutkimuksessa, raportoidaanko ja opitaanko hyvinvointialueella

vaaratapahtumista, osallistetaanko potilasta itse potilasturvallisuuden parantamiseen ja edistetäänkö hyvinvointialueella riittävästi voimavaroilla ja suunnitelmallisesti potilasturvallisuutta (Autti & Keistinen, 2013, s. 144).

Vaikka hyvinvointialueet eroavat toisistaan toiminnallisesti ja rakenteellisesti, kaikilla alueilla on kuitenkin yhteinen tavoite: potilasturvallisuuden ja sen johtamisen mahdollisimman laadukas toteutuminen. Satunnaisotanta mahdollistaa myös sen, että tutkimuksessa voidaan tunnistaa eroja ja yhteneväisyyksiä alueiden välillä ja tutkimuksen edetessä arvioida, kuinka erilaiset johtamisstrategiat vaikuttavat potilasturvallisuuden käytännön toteutumiseen. Taulukossa 3 on kuvattu tutkielmaan valikoitujen hyvinvointialueiden dokumentit, joita tutkielmassa on käytetty.

**Taulukko 4.** Tutkielman aineisto

Hyvinvointialue	Dokumentit
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2023–2024
Kymenlaakson hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2023–2024
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja potilasturvallisuussuunnitelma 2024–2025
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma.
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma vuosille 2023–2024
Pohjanmaan hyvinvointialue	Omavalvontasuunnitelma ja laadunhallinnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma

## 4.2 Dokumenttianalyysi teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä

Dokumenttianalyysillä tarkoitetaan järjestelmällistä menettelyä niin painetun kuin sähköisten asiakirjojen arvioinnista sekä tarkastelusta. Kuten muutkin kvalitatiiviset menetelmät, myös dokumenttianalyysi edellyttää, että dataa tulkitaan ja tutkitaan, jotta voidaan saada esille ymmärrystä ja merkitystä, millä kehittää empiiristä tietoa.

Dokumenttianalyysi sopii käytettäväksi ensisijaisena tai toissijaisena menetelmänä (Bowen, 2009). Käytettävät dokumentit voivat olla yhteiskunnan, organisaatioiden tai yksityisten ihmisten tuottamia (Miller, 2005). Bowenin mukaan (2009) dokumenttianalyysiin sisältyy dokumenttien valinta ja keruu, lukeminen sekä tulkinta. Hän myös korostaa, että dokumenttianalyysin avulla aineistoa tarkastellaan systemaattisesti. Dokumenttianalyysin avulla pyritään saamaan ymmärrys sellaiseen aiheeseen aineistosta, johon tutkija ei ole omalla toiminnallaan voinut vaikuttaa.

Laadullisen tutkimuksen sektorilta on vain vähän tunnistettavissa standardoituja aineiston analysointitapoja. (Puusa, 2020 s.145) Morse (2012, s.50-60) mukaan laadullisen tutkimuksen lähestymistapoina voi olla kulttuurinen, yhteiskunnallinen, subjektiivinen tai sosiaalinen. Puusan (2020, s. 146-149) mukaan käytännössä toteutus noudattaa seuraavaa järjestystä, joka tapahtuu vaiheittain. Ensiksi valitaan analyysiyksikkö, josta edetään aineiston tutustumiseen, aineiston pelkistämiseen, kategorisoimiseen sekä saatujen tulosten tulkintaan. Analysoitaessa laadullista tutkimusta yhdistyy analyysi ja synteesi. Tämä tarkoittaa sitä, että kerätty aineisto pilkotaan valitun menetelmän mukaisesti osiin, josta tutkija lähtee aineiston pohjalta tekemään synteesejä ja kokoamaan tämän uudelleen, jonka jälkeen aineistoa, joka on uudelleen koottu muodostaa johtopäätöksiä. Nämä johtopäätökset esitetään tutkimuksen lopputulemina, jonka pohja on tieteellinen.

Tässä pro gradu -tutkielmassa dokumenttianalyysi toteutetaan teoriaohjaavana sisällönanalyysinä. Sisällönanalyysi on oivallinen menetelmä, kun aineistoja analysoidaan objektiivisesti ja systemaattisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 80-100). Elon ja muiden mukaan (2022, s.216) sisällönanalyysi on laadullisissa tutkimuksissa käytetyin analyysimenetelmä.

Tuomi & Sarajärvi (2018 s. 103, 110, 119) kuvailevat teoriaohjaavan sisältöanalyysin lukeutuvan kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin soveltuvana menetelmänä, joka soveltuu dokumenttien objektiiviseen ja systemaattiseen analysointiin. He myös

toteavat teorialähtöisessä analyysissä aineiston analysoinnin tapahtuvan aiemman tiedon perusteella luodun mallin tai teorian mukaisesti. Teorialähtöinen analyysi heidän mukaansa näin ollen nojaa malliin, joka on jo valmiiksi esitetty.

Elon ja Kyngäksen, (2008) mukaan sisällönanalyysi sopii hyvin erilaisten aineistojen analysointiin, kuten artikkeleihin, dokumentteihin ja erilaisiin katsauksiin. Sisällönanalyysin menetelmän avulla on mahdollista analysoida lähes kaikki materiaali, jota on kirjalliseen muotoon voitu dokumentoida ja näin ollen mahdollistaa luotettavan, systemaattisen, objektiivisen ja toistettavissa olevan aineiston analyysin. Menetelmä valikoitui tähän pro gradu -tutkielmaan sillä se mahdollistaa objektiivisen ja luotettavan tavan analysoida laajoja ja sisällöltään monipuolisia hyvinvointialueiden asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmia. Sisällönanalyysillä oli mahdollista tarkistaa ja löytää asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmista menetelmiä ja strategioita, joilla hyvinvointialueet johtavat potilasturvallisuutta sekä miten nämä käytännöt näyttäytyvät esimerkiksi johdon otettavan vastuun näkökulmasta. Valikoitu menetelmä tuki näin ollen pro gradu -tutkimuksen tavoitetta tuottaa ymmärrystä ja johdonmukaisia havaintoja potilasturvallisuudesta ja sen käytännön johtamisesta hyvinvointialueilla.

Tässä tutkielmassa analyysiosuus eteni Puusan (2020, s. 148-149) kuvaileman analyysin eri vaiheiden mukaisesti. Pro gradu -tutkielman aiheen päättämisen jälkeen lähdin etsimään tutkielmaan sopivaa aineistoa. Tutkiessani hyvinvointialueiden julkisia dokumentteja kävi ilmi, että kaikilla alueilla ei ole omavalvontasuunnitelman lisäksi asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa, joka on oma aiheeni ja tulosten esittämisen näkökulmasta erittäin oleellinen dokumentti. Monella alueella omavalvontasuunnitelmassa oli todella suppeasti esitettyinä näkökulmia potilasturvallisuudesta, näin ollen sellaiset alueet jäivät heti tarkastelun ulkopuolelle. Hyvinvointialueita ei valittu tutkielmaan niiden maantieteellisen sijainnin takia, vaan sillä, että alueelta löytyi kattava erillinen asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Tämä mahdollisti aiheeseen perehtymisen syvemmällä tasolla ja suunnitelmien yhtäläisyyksien nostamista esiin.

Tutkimusaineistoon perehtyminen alkoi alustavalla orientaatiovaiheella, jossa dokumentteja tarkasteltiin silmäilemällä niiden sisällysluetteloita ja tunnistamalla niistä tutkielman kannalta keskeisiä avainsanoja. Nämä avainsanat pohjautuivat tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousseisiin käsitteisiin ja havaintoihin. Tämän alkuvaiheen tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva aineistojen sisällöllisestä rakenteesta ja rajata esiin nousevia aihealueita, jotka kytkeytyvät olennaisesti tutkimuksen tutkimuskysymykseen.

Dokumenttien syvällisemmän lukemisen ja niistä laadittujen muistiinpanojen avulla aineostosta alkoi nousta toistuvia toisiinsa liittyviä sisältöjä, jotka ryhmittäytyivät selkeiksi teemoiksi. Näiden teemojen valitseminen perustui teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltyjen aiheiden ja johtajuusteorioiden perusteella. Lopulliseksi analyysiin valikoitui kolme keskeistä teemaa, jotka olivat turvallisuuskulttuuri, henkilöstön osaamisen vahvistaminen ja riskienhallinta. Näitä teemoja yhdistää se, että ne ovat sekä potilasturvallisuuden johtamisen keskeisiä osa-alueita että strategisesti merkittäviä kokonaisuuksia, joiden kautta voidaan tarkastella johtajuutta hyvinvointialueilla.

Teemojen valintaan vaikutti lisäksi niiden vertailukelpoisuus hyvinvointialueiden välillä, jokainen teema tarjoaa rakenteellisen ja sisällöllisen kokonaisuuden, jonka kautta alueellisia eroja ja samanlaisuuksia voitiin analysoida ja arvioida suhteessa tutkimuskysymykseen.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia arvioitiin pro gradu -tutkielmassa esitetyn kuvion 2 perusteella, jossa on kuvattuna potilasturvallisuusstrategian keskeisiä tavoitteita ( Autti & Keistinen, 2013, s. 144). Kuviossa esitetyt tavoitteet ohjaavat potilasturvallisuuden kehittämistä ja määrittävät sellaiset painopisteet, joiden tulisi olla ohjaamassa hyvinvointialueiden johtamiskäytäntöjä.

Kuvion hyödyntäminen osana pro gradu -tutkielman aineiston analysointia tarjosi konkreettisen tavan peilata saatuja tuloksia potilasturvallisuusstrategian keskeisiin tavoitteisiin. Sen avulla tutkielmassa pystyttiin tekemään havaintoja, missä määrin dokumentissa esiin nousseet linjaukset ja toimet vastaavat potilasturvallisuusstrategiassa esitettyjä vaatimuksia sekä ilmeneekö jossain kohdissa ristiriitaisuuksia tai mahdollisesti puutteita. Tämä lähestymistapa mahdollisti pro gradu -tutkielmassa tutkijalle perustan kriittiselle ajattelutavalle. Nämä kolme teemaa eivät ainoastaan jäsentäneet tutkielman analyysiä, vaan toimivat myös perustana tutkielman johtopäätösten muodostamisessa. Tämä lähestymistapa tuki kokonaisvaltaisesti ymmärrystä.

## 5 Tulokset

Aineiston analyysiin valikoitui kuuden hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelmat sekä asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmat. Analyysin teemoiksi nousivat turvallisuuskulttuuri, henkilöstön osaamisen varmistaminen sekä potilasturvallisuuden riskienhallinta.

### 5.1 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuuri nousi jokaisen hyvinvointialueen dokumenteista esiin yhtenä strategiana, jolla tuetaan potilasturvallisuuden johtamista. Turvallisuuskulttuurin arvioimisella on mahdollista tarkemmin syventyä organisaation toimintatapoihin ja arvoihin, jotka vaikuttavat turvallisuuden toteutumiseen organisaatiossa käytännössä. Organisaation vakaalla ja vahvalla turvallisuuskulttuurilla on myös vaikutusta riskienhallintaan ja potilasturvallisuustyön jatkuvaan parantamiseen. Tämä vaatii säännöllistä seuraamista ja raportoimista sekä henkilökunnan, potilaiden ja asiakkaiden sitouttamista turvallisuuskulttuurin edistämiseen.

Taulukossa 5 on esitetty alueiden turvallisuuskulttuurin erilaisuuksia. Erilaisuudet voidaan katsoa myös olevan alueiden ominaisuuksia, joilla ne erottuvat muihin alueisiin verrattuna. Alueilla käytössä olevissa mittaristoissa korostuu mittareiden arviointi kolmen vuoden välein, mikä lisää mittareiden yhtenäisyyttä, kun tarkastellaan mittareista saatuja tuloksia hyvinvointialueella.

**Taulukko 5.** Hyvinvointialueiden eroavaisuudet turvallisuuskulttuurissa

Hyvinvointialue	Eroavaisuudet turvallisuuskulttuurissa
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	Turvallisuus- ja riskienhallinta ohjaa alueella turvallisuuskulttuuria.
Kymenlaakson hyvinvointialue	Turvallisuuskulttuuri muodostuu vahvan turvallisuuskulttuurin käsitteen ympärille
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Alueella ei ole vielä suunnitelmaa turvallisuuskulttuurin kehittämiseksi. Johdon järjestämät turvallisuuskävelyt
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	Tarkastusindikaattorit
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	Turvallisuuskulttuuri nähdään monitasoisena asiana. Patient Safety Culture-mittari
Pohjanmaan hyvinvointialue	Turvallisuuskulttuuri arviointi. Avoin turvallisuuskulttuuri henkilökunnan toiminnassa.

Keski-Uudellamaalla turvallisuuskulttuuria edistetään kehittämällä ja rakentamalla toimintamalleja moniammatillisessa yhteistyössä, päämääränä vahinkojen syntymisen ehkäiseminen. Potilaita ja asiakkaita sekä heidän omaisiaan kannustetaan turvallisuuden kehittämisen osallistumiseen (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 13-14). Kymenlaaksossa nähdään myös, että on tärkeää määrätietoisesti sitouttaa potilaat, asiakkaat sekä heidän läheisensä osaksi kehittämisen kumppaneita ja johtamaan turvallisuuskulttuuria (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 32-34). Pohjanmaan hyvinvointialue näkee turvallisuuskulttuurin sisältävän asiakkaiden turvallista hoitoa ja palvelua edistävän systemaattisen toimintatavan sekä toimintatapaa tukevia arvoja, johtamista ja asennetta. Turvallisuuskulttuurin taustalla on merkitys jaetusta yhteisöstä ja ymmärryksen järjestelmästä, joka sisältää yhteisen ja yksilöllisen sitoutumisen toiminnan turvallisuuden ja laadun kehittämiseen sekä ylläpitämiseen. (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 11-12).

Etelä-Karjalan hyvinvointialue näkee turvallisuuskulttuurin muihin alueisiin verrattuna vielä monitasoisempuna asiana. Alue näkee siinä yhdistyvän työyhteisön sosiaaliset ilmiöt, ryhmä sekä yksilön arvot, johtamisen, organisaation toimintaprosessit sekä henkilöstön kokemukset ja näkemykset (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 16-18).

Etelä-Karjalassa ja Pohjanmaalla turvallisuuskulttuuria seurataan tekemällä kolmen vuoden välein arviointia turvallisuuden toteutumisesta. Etelä-Karjalassa käytössä on Patient Safety Culture -mittari, jonka tarkoituksena on seurata potilasturvallisuuden kehittymistä. Pohjanmaalla puolestaan on käytössä SHQS-laaturjärjestelmä (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 16-18; Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 11-12). Etelä-Pohjanmaalla on esitetty käyttöön otettavaksi asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämiseen tarkistusindikaattorit. Mittarin avulla on mahdollista alueella tarkistaa asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin rakenteiden, johtamis- ja potilasturvallisuuden käytänteiden asianmukaisuus ja ajantasaisuus. Tarkastusindikaattoreiden tarkoituksena on kertoa, ovatko organisaation johtamiskäytännöt sekä potilas- ja asiakasturvallisuusrakenteet suositusten mukaiset (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 5-16).

Kanta-Hämeellä on muista alueista poiketen käytössään johdon järjestämät turvallisuuskävelyt, joiden tarkoituksena on kannustaa työntekijöitä havainnoimaan asiakas- ja potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja samalla rohkaista kehittämään omaa työtä sen mukaisesti (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 32-34). Keski-Uudellamaalla ei ole käytössä mittaria tai muuta menetelmää turvallisuuskulttuurin arvioimiseen. Alueellisessa toiminnassa korostuvat ehkäisevien ja korjaavien toimenpiteiden systemaattinen hyödyntäminen, riskien arviointi sekä toiminnan jatkuva kehittäminen vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Hoidan ja palveluiden turvallisuutta varmistetaan oppimalla läheltä piti -tilanteista sekä toteuttamalla asiakasta ja potilasta suojaavia käytäntöjä (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 13-14).

Hyvinvointialueet ovat asettaneet turvallisuustoiminnan edistämiseksi tavoitteita tuleville vuosille. Kymenlaaksossa tavoitteena on kehittää turvallisemmaksi näyttöön perustuvia palveluita potilaiden ja asiakkaiden kokemuksia hyödyntäen kuin myös henkilöstön kokemuksia hyödyntäen (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 32-34). Kanta-Häme ja Etelä-Karjala ovat asettaneet molemmat selkeät tavoitteet, jotka ovat määritelty toteuttavaksi vuoteen 2024 ja 2025 mennessä. Kanta-Häme on asettanut tavoitteeksi vuoteen 2025 mennessä, että alueella laaditaan suunnitelma turvallisuuskulttuurin kehittämisestä (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 21). Olemassa olevalla suunnitelmalla turvallisuuskulttuurin liittyen on myös vaikutusta johdon mahdollisuuteen vaikuttaa ja johtaa alueen turvallisuuskulttuuria. Pidemmällä aikavälillä alueella nyt järjestettävät turvallisuuskävelyt eivät tule riittämään turvallisuuskulttuurin ylläpitämiseen alueella haluamalla tavalla. Alue pyrkii ymmärtämään turvallisuuden kokonaisvaltaisesti yhtenä organisaation systeemisistä ominaisuuksista (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 21).

Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kehitystavoitteena vuoteen 2024 mennessä on seurata säännöllisesti turvallisuuskulttuurin tilaa henkilöstökyselyllä, josta saadut tulokset ovat julkisia (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 16-18). Alue sitoutuu julkisten tulosten myötä toiminnan läpinäkyvyyteen, mikä vahvistaa organisaation ulkopuolella ja sisällä tapahtuvaa luottamusta. Turvallisuuskulttuurin näkökulmasta säännöllisten henkilöstökyselyiden teettäminen edistää ennakoivaa riskienhallintaa, mikä on erittäin oleellinen osa potilasturvallisuuden johtamista.

Kuviossa 2 (Autti & Keistinen, 2023, s. 144) esitetyt potilasturvallisuuden strategiat näyttäytyvät hyvinvointialueiden turvallisuuskulttuurissa vaihtelevasti. Vahvimmin potilasturvallisuuden johtaminen ennakoivasti ja oppimiseen perustuen on nähtävillä Keski-Uudellamaalla, Etelä-Karjalassa, Etelä-Pohjanmaalla sekä Pohjanmaalla. Alueet hyödyntävät toiminnassaan erilaisia mittareita sekä muita arviointimenetelmiä, joilla turvallisuuskulttuuria pyritään kehittämään. Kaikilla alueilla ei ole systemaattista

raportointia vaaratapahtumien oppimisesta ja niihin liittyvistä ehkäisevistä toimenpiteistä, vaikka niiden hyödyntäminen on alueilla käytössä. Lähes kaikilla alueilla on nostettu tärkeänä tekijänä potilaiden, asiakkaiden ja heidän omaistensa osallistumista turvallisuustyöhön. Potilasturvallisuusstrategian peruseräatteen ovat tietyiltä osin toteutuneet turvallisuuskulttuurin toteutumisen näkökulmasta, strategiaan ja kokonaisvaltaisen johtamisen kannalta on vielä varmistettava alueilla turvallisuuskulttuurin mittaamista ja raportointia sekä varmistaa resurssien riittävyys mahdollistamaan turvallisuuskulttuurin jatkuva kehittäminen hyvinvointialueilla.

## **5.2 Henkilöstön osaamisen varmistaminen**

Hyvinvointialueiden tarjoamaa koulutusta sekä potilasturvallisuuden johtamisen osaamisesta nousi esiin hyvinvointialueiden asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmissa toiseksi teemaksi, mitä tarkastella ja vertailla alueiden välillä. Miten koulutusta ja perehdyttämistä painotetaan alueella ja minkälaisia strategioita ja menetelmiä niiden toteuttamiseen löytyy, suorassa linjassa siihen, miten potilasturvallisuus käytännössä toteutuu ja kuinka sen johtamisessa on alueella onnistuttu. Selkeällä linjatulla johtamisella hyvinvointialueilla varmistetaan yhtenäiset toimintakäytännöt.

Henkilöstön osaamisen varmistamisella tuetaan turvallisuuskulttuurin lisäksi myös lainsäädännössä olevien vaatimusten täyttymistä. Ilman selkeitä linjauksia siihen, miten alueella potilasturvallisuuden koulutukset ja perehdytykset henkilöstölle, johdolle ja esihenkilöille tullaan toteuttamaan, uhkaa potilasturvallisuuden johtaminen jäädä pirstalaiseksi, jolloin vaikuttavuus voi myös heiketä.

Taulukossa 6 esitetään hyvinvointialueiden osaamisen varmistamisessa esiin nousseita eroavaisuuksia henkilöstön, johtajien ja esihenkilöiden koulutuksiin liittyen. Taulukon jälkeen avataan tarkemmin havaintoja, joita hyvinvointialueilta tehtiin ja tuodaan esiin minkälaisia tavoitteita hyvinvointialueet ovat itse nostaneet esiin tuleville vuosille.

**Taulukko 6.** Hyvinvointialueiden eroavaisuudet henkilöstön ja johdon koulutuksen osalta

Hyvinvointialue	Alueiden eroavaisuudet
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	Ei ole määritelty johdon koulutuksia potilasturvallisuuden johtamiseen, eikä tarkempaa selvitystä mitä potilasturvallisuuskoulutukseen sisältyy.
Kymenlaakson hyvinvointialue	Tunnistaa haasteet potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Selkeät kehittämiskohteet listattu. Osaamisen johtaminen.
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Tavoitteisiin listattu ohjeiden ja käytäntöjen kokoaminen alueen intraan.
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	Alueella rohkaistaan sellaisiin koulutuksiin, johon liittyen on havaittu potilasturvallisuusriskejä. Ainut alue, jolla on käytössään mittareita esihenkilötyön ja johtamisen seurantaan.
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	Alueella ei ole linjattu mitkä kurssit ovat pakollista suorittaa. Tavoitteena esihenkilöille ja johtajille suunnattua koulutuksia ja valmennuksia.
Pohjanmaan hyvinvointialue	Kerran kuukaudessa keskustelua turvallisuuteen liittyen, pyritään motivoimaan henkilökuntaa turvallisuuden kehittämiseen.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen koulutussuunnittelussa keskeinen teema on asiakas- ja potilasturvallisuus. Tavoitteena koulutusten suunnittelussa on tunnistaa kehittämistarpeet organisaation eri toiminta- ja johtamistasoilta sekä varmistaa henkilöstön osaaminen ja ajantasaisuus ja systemaattinen kehittäminen vastaamaan muuttuvia palvelu- ja toimintaympäristön vaatimuksia (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 33-35). Kymenlaakson hyvinvointialueella on puolestaan nostettu esiin, että henkilöstöressurssien mitoitus tulee olla suhteutettu potilas- ja asiakasmäärään sekä heidän palvelutarpeensa laajuuteen ja vaativuuteen, jotta voidaan turvata laadukas, turvallinen ja vaikuttava palvelutuotanto. Alue tunnistaa haasteellisena asiakas- ja potilasturvallisuuden ja yhtenäisten toimintatapojen noudattamisen, henkilöstön sijaisuudet sekä henkilöstön vaihtuvuuden sekä satunnaisen vuokratyövoiman käytön. Alue linjaa myös muista alueista poiketen sen, että hyvinvointialue työnjohtajana on lakisääteisesti katsottuna vastuussa henkilöstön

osaamisen varmistamisesta. Näin ollen osaamisen johtaminen on lisätty osaksi suorituksen johtamista, joka kuuluu päivittäiseen johtamistyöhön jokaisen toimintayksikön esihenkilöllä. Jokaisen ammattiryhmän osaamisvaatimuksen määrittelemine on toimintayksiköiden perustehtävää. Hyötyjä, joita osaamisen johtaminen tuo alueelle on, että se mahdollistaa jo henkilön olemassa olevan osaamisen kehittämistä ja kohdentamista sekä tarvittavan lisäosaamisen ennakoimista. Osaamisen johtamisesta muodostuvat yhtenäiset prosessit mahdollistavat laadunhallinnan tukemista ja koordinoimista, mikä mahdollistaa yhdenvertaiset mahdollisuudet henkilöstölle oman osaamisen kehittämiseen koko organisaation tasolla (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 43–46).

Koulutusten toteuttamista varten alueet käyttävät monipuolisesti Duodecim Oppiportin verkkokursseja. Keski-Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa on Duodecimin lisäksi käytössään myös Potilasportti, joka tarjoaa paikkaan ja aikaan sitoutumatonta systemaattista asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksia ja perehdytyksiä (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 33-35; Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 44–46). Kymenlaaksossa käytössä olevan osaamisen johtamisen myötä esihenkilöt vastaavat siitä, että ammattihenkilöiden osaamistarpeet tunnustetaan sekä dokumentoidaan ja kohdennetuilla sekä täsmällisillä kehittämistoimenpiteillä niihin vastataan (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 43). Kanta-Hämeen hyvinvointialue on linjannut, että lähijohtajien tehtävänä on varmistaa se, että jokaiselta ammattihenkilöltä löytyy tehtävän vaatima koulutus, pätevyys, osaaminen ja perehdyttäminen (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 22–23).

Poiketen muista hyvinvointialueista Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella pakollisten koulutusten lisäksi palvelualueita ja palveluyksiköitä kehoitetaan ottamaan käyttöön asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksia sellaisilla alueella, jossa erityisesti on havaittu asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 28-30). Etelä-Karjalan hyvinvointialue erottuu muihin alueisiin verrattuna merkittävämmiin, Henkilöstölle järjestetään vuosittain potilasturvallisuuskoulutuksia tarpeen mukaan,

mutta alueella ei kuitenkaan olla linjattu siitä, mitkä kurssit alueella työskentelevien on pakollista suorittaa, lukuun ottamatta tietosuojaan liittyvää kurssia (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 40). Pohjanmaan hyvinvointialueella verkkokurssien lisäksi yksiköissä käydään vähintään kerran kuukaudessa yhteisesti keskustelua teemoista, jotka ovat nousseet esiin turvallisuuteen liittyen. Alueella on myös linjattu, että yksiköiden esihenkilöiden vastuulla on varmistaa, että osaston kokouksissa käsitellään turvallisuuden kehitystä yksiköissä säännöllisesti, riskejä osataan tunnistaa ja niihin osataan varautua sekä otetaan huomioon henkilöstön esiin tuomia kehittämisehdotuksia (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 50-52).

Hyvinvointialueissa oli havaittavissa eroavaisuutta myös siinä, järjestävätkö he johdolle suunnattuja koulutuksia ja perehdytyksiä. Kymenlaakson hyvinvointialue on lisännyt alueen kehittämiskohteeksi vuoteen 2024 mennessä keskijohdon ja ylemmän johdon koulutukset, esimerkiksi potilas- ja asiakasturvallisuus hallintakurssi. Alueen tavoitteena on myös nostaa koulutuksien suorittamisastetta sekä sitoutumista. Koulutuksiin halutaan sisällyttää virtuaaliharjoituksia sekä lisätä simulaatio-opetusta. Osaamisen johtamiseen liittyen johtamisosaamista alueella vahvistetaan ja tuetaan kokonaisvaltaisilla toimenpiteillä, kuten koulutuksilla ja valmennuksilla sekä käyttöönottamalla yhtenäiset johtamisen mittarit. Asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä laatua tulee esihenkilöiden johtaa systemaattisesti. Kehitys- ja tavoitekeskusteluja käytetään keskeisenä johtamisen välineenä, jossa arvioidaan osaamista suhteutettuna työyksikön tavoitteisiin ja työn sisältöihin (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 43-46).

Kanta-Hämeessä oli selkeästi nostettu, että alueella ei ole koulutuksia tai mainintaa siitä, miten johdon potilasturvallisuusosaamista voisi kehittää siten, että koko yhteisö pystyisi hyötymään tästä. Alueen kehittämiskohteeksi vuoteen 2025 mennessä ei ole myöskään listattu johdolle tarkoitettujen koulutusten lisäämistä. Kehittämiskohteena on vain, että lähijohtajat valmistavat työntekijöiden kouluttamisen yhteisen Oma Hämeen asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutusten mallien mukaisesti, sekä se, että ohjeet ja käytännöt

kootaan asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyen keskitetysti Oma Hämeen intraan. (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 24.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue on ainoa alue, joka erottautui edukseen sillä, että alueella on erikseen määritelty painopisteeksi hyvinvointialueen henkilöstöstrategiassa esihenkilötyö ja sen johtaminen. Henkilöstöstrategiassa on muun muassa esitetty mittareita esihenkilötyön ja johtamisen seurantaan. Mittareiden tarkoituksena on mahdollistaa päätöksenteon pohjaksi vertailutietojen saamisen kehystoimenpiteiden ja johtamisen tuloksellisuuden arviointiin (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 28-30). Etelä-Karjalan hyvinvointialue on menossa kohti samaa suuntaa, kuin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, sillä alue on listannut tavoitteekseen järjestää hyvinvointialueella asiakas- ja potilasturvallisuuden mittaamiseen, johtamiseen sekä jatkuvan kehittämisen osa-alueet integroitavaksi osaksi esihenkilö- ja johtamiskoulutusta, jotta varmistetaan johdon valmiudet turvallisuuskulttuurin edistämiseen ja strategisten tavoitteiden toimeenpanemiseen. Alueen tavoitteena on myös määrittellä asiakas- ja potilasturvallisuuden koulutuskokonaisuus, jonka suorittamista tullaan edellyttämään kaikilta alueen työntekijöiltä (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 41).

Kuviossa 2 (Autti & Keistinen, 2023, s. 144) esitettyjen potilasturvallisuusstrategian keskeisten tavoitteiden toteutumisessa on havaittavissa erilaisuutta alueiden välillä. Aineistoista nousi esiin, että potilasturvallisuutta hallitaan oppimalla ja ennakoivasti pääasiassa eniten Etelä-Pohjanmaalla sekä Kymenlaaksossa. Myös muilta alueilta tämä nousee esiin, mutta eri tavoin. Etelä-Pohjanmaalla oli selkein linjaus siitä, miten alueella kehitetään johtamisosaamista. Kymenlaaksossa on monipuolisesti listattuna kehittämiskohteita, joissa on otettu huomioon johdon koulutusten lisäksi myös koulutusten laatu ja vaihtoehtoisten menetelmien käyttö opetuksessa, sekä erikseen tunnistettu osaamisen johtaminen ja sen tukeminen ja vahvistaminen systemaattisin menetelmin. Etelä-Karjalassa koulutuskokonaisuuden suunnittelu oli vasta alkuvaiheessa, mikä luo heti selkeän eron siihen, miten alueella käytännössä potilasturvallisuutta hallitaan ja opitaan ennakoivasti.

Pohjanmaan hyvinvointialue nosti vahvimmin esiin sen, että yksiköissä tapahtuu säännöllistä keskustelua turvallisuuteen ja sen teemoihin liittyen. Henkilöstöä osallistetaan ja oppiminen tapahtuu suullisesti ja vuorovaikutuksessa muiden henkilöiden kanssa. Esihenkilöllä on mahdollisuus saada suoraa palautetta ja näkökulmia henkilöstöltä.

Potilasturvallisuuden edistäminen riittävin voimavaroin ja suunnitelmallisesti toteutuu jokseenkin alueilla. Keski-Uudellamaalla vuosittain laaditaan koulutussuunnitelma asteittain, mikä mahdollistaa sen, että suunnitelma saadaan aina joka vuosi päivitettyä ajan tasalle ja se ei pidä sisällään vanhentunutta tietoa. Kymenlaakson hyvinvointialue tunnistaa ja tiedostaa henkilöstöresursseista syntyvät haasteet. Alue täsmentää, että riittävä ja osaava henkilöstö sekä hyvä johtaminen mahdollistavat omien ammatillisten eettisten periaatteiden noudattamisen, joiden nähdään olevan myös asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisen edellytyksiä. Kanta-Häme on listannut, että heidän tavoitteenaan on listata ohjeet ja käytännöt kootusti intraan, mikä toteutuessaan edistää potilasturvallisuutta. Etelä-Pohjanmaalla jo olemassa oleva henkilöstöstrategia sekä mittarit edustavat suunnitelmallista ja systemaattista johtamista. Etelä-Karjalassa tämä on myös edessä, mikäli heidän tavoitteensa lisätä mittaamiseen, johtamisen ja jatkuvan koulutuksen parantamista esihenkilöille ja johdolle toteutuu.

Hyvinvointialueiden selvityksistä ei käy ilmi, että potilaita, asiakkaita tai heidän omaistensa kokemuksia ja palautteita otettaisiin huomioon hyvinvointialueiden koulutuksien kokonaisuudessa. Toki varmuutta tälle väitteelle ei voida näiden dokumenttien perusteella sanoa, sillä sähköisiin verkkokoulutuksiin ei ole ollut pääsyä tämän pro gradu -tutkielman kirjoittamisen aikana.

Voidaan todeta, että hyvinvointialueiden dokumenteista nousee esiin se, että potilasturvallisuuden johtaminen on näkyvissä etenkin esihenkilövästuiden määrittelyssä, resurssien suunnittelussa sekä koulutusten järjestämisessä. Etelä-

Pohjanmaa erottuu edukseen sillä, että alueella on jo käytössä johtamista tukevia mittareita ja strategioita. Kymenlaakso erottuu puolestaan edukseen hyödyntämällä osaamisen kehittämistä ja johtamista, jolla varmistetaan ammattihenkilöiden osaaminen ja siihen liittyvät kehittämistoimet sekä niiden systemaattinen kohdentaminen.

Hyvinvointialueissa nähdään eroavaisuuksia siinä, miten johdon osaamista tuetaan ja millä tavoin ja miten hyvin johto itseään kehittää, mikä korostuu Kanta-Hämeen tilanteessa. Hyvinvointialueiden potilasturvallisuusjohtamisen oppimisen ja koulutuksien näkökulmasta, johtamisen vaikuttavuuden arvioinnissa sekä suunnitelmallisuudessa on vielä vaihtelevuutta alueiden välillä. Alueiden asettamien tavoitteiden toteutuessa on tähän mahdollisesti tulossa muutosta lähivuosina.

### **5.3 Riskienhallinta**

Kolmanneksi teemaksi aineistoista nousi esiin riskienhallinta, sillä se on keskeinen osa potilasturvallisuuden johtamista ja sen toteutumisella on vaikutusta myös potilasturvallisuuden johtamiseen. Onnistuneella riskienhallinnalla hyvinvointialueilla on mahdollisuus ennaltaehkäistä, tunnistaa ja valvoa mahdollisia vaaratekijöitä. Tämä edistää turvallisemman työympäristön muodostumista henkilökunnalle sekä potilaille turvallisempaa hoitoympäristöä.

Seuraavassa taulukossa ei ole eritelty alueiden eroavaisuuksia riskienhallinnassa. Tällä kertaa puolestaan taulukkoon on listattu millä menetelmillä ja strategioilla alueilla riskienhallintaa ja arviointia tehdään

**Taulukko 7.** Hyvinvointialueiden riskienhallinnan strategiat ja menetelmät

Hyvinvointialue	Riskienhallinnan strategiat ja menetelmät
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	HaiPro-järjestelmä, epäkohtailmoitukset, asiakaspalautteet, muistutukset ja WPro-riskien arviointi työkalu
Kymenlaakson hyvinvointialue	HaiPro-järjestelmä ja laaturaportti. Pelastuslaitoksella omat järjestelmät.
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Säännölliset turvallisuuskävelyt, vaaratapahtumailmoitukset ja niiden seuranta, riskikartoituksia, hoitoprosessien riskianalyysiä. Muista tietolähteistä saatu aineisto, reklamaatiot, asiakaspalautteet, tehdyt tietoturvailmoitukset, maksetut potilas- ja vahingonkorvaukset
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	Kartoitukset, arvioinnit, muutostilanteisiin liittyvät riskianalyysit, asiakas- ja potilaspalautteet, kantelut, muistutukset
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	Potilasturvallisuusyhdistyksen opas potilasturvallisuudesta ja riskien hallinnasta, WPro-järjestelmä.
Pohjanmaan hyvinvointialue	SHQS-laatuohjelma, riskienarviointia tehdään ennakoiden ja reaktiivisesti.

Keski-Uudellamaalla riskienhallinta ja sisäinen valvonta on systemaattisesti jäsenneiltyä, järjestelmällistä sekä ajantasaista, ja ne perustuvat dokumentoituun ja systemaattiseen toimintatapaan. Hyvinvointialueella on käytössä riskienhallinta- ja turvallisuuspolitiikka, joka linjaa organisaation turvallisuustoiminnan ja -johtamisen periaatteet sekä määrittelee niiden sisällölliset ulottuvuudet. Osana tänä politiikkaa riskienhallinnan tehokkuutta ja toiminnan laatua pyritään vahvistamaan ennakoivalla otteella tunnistamalla kriittiset työvaiheet, joissa voi ilmetä uhkia toiminnalle asetettujen tavoitteiden ja vaatimusten saavuttamiselle (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 31-32).

Samankaltaisuutta oli havaittavissa myös Kymenlaakson hyvinvointialueella, jossa tunnistetaan, että riskienhallinta on jatkuva ja kokonaisvaltainen prosessi sekä keskeinen osa laatutyötä. Turvallisuuden ja riskienhallinnan jatkuvan arvioinnin tuloksena saadulla

tiedolla varmistetaan, että päätöksenteko, toiminta ja johtajuus perustuvat oikeaan tietoon. (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 28-31).

Kanta-Hämeen hyvinvointialue erottuu alueisiin verrattuna siinä, että riskianalyysiä tehdään yksittäisten haitta- ja vaaratapahtumien avulla, sillä tavoitteena on arvioida vaaratapahtumaan liittyvä riski ja hyödyntää arvioinnista saatua tietoa toiminnan systemaattisessa kehittämisessä. Riskin määrittely perustuu tapahtuman toteutumistodennäköisyyden ja mahdollisten seurausten yhdistelmään osana vaaratapahtumailmoitusten analysointia. Hyvinvointialueella riskiarvioinnissa otetaan huomioon jo olemassa olevat hallintakeinot ja käytännöt, jotka liittyvät riskienhallintaan. Seurauksia tarkasteltaessa arviointi perustuu tyypillisesti samankaltaisista tapahtumista aiemmin aiheutuneisiin seurauksiin, ei välttämättä kyseisen yksittäistapauksen todellisiin lopputuloksiin (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s.13-14).

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella esiintyvä tarkkuuteen perustuva arviointitapa pitää sisällään samoja elementtejä, kuin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella vallitsevassa mallissa, jossa riskienhallinta nähdään jatkuvana ja kokonaisvaltaisena prosessina, jossa riskejä analysoidaan ja tunnistetaan ja minimoidaan seuraukset. Alue on listannut, että yksikkötasolla työntekijät ja esihenkilöt käsittelevät oman yksikkönsä työturvallisuus-, tietoturvallisuus-, potilasturvallisuus- sekä opiskelija- ja asiakaspalautteet. Keinoja riskien madaltamiseksi tai poistamiseksi hyväksyttävälle tasolle tulisi löytää. Vaaratapahtumiin liittyvät riskit arvioidaan sekä päätetään toimenpiteet niiden hallintaan. Alueella asiakas- ja potilasturvallisuusriskin määrittäminen tapahtuu vaaratapahtumajärjestelmässä olevan riskitaulukon avulla. (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 19).

Etelä-Karjalan hyvinvointialue puolestaan linjaa näkemyksensä, että riskien aktiivinen tunnistaminen sekä niiden käynnistäminen kohti korjaavia toimenpiteitä on keskeinen osa toiminnan jatkuvaa kehittämistä sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 24-25). Alueen linjaus voidaan kytkeytyvän myös Pohjanmaan

hyvinvointialueen kanssa sillä alue linjaa, että riskienhallinta on keskeinen osa, kun puhutaan potilasturvallisuuden systemaattisesta kehittämisestä. Hyvinvointialue korostaa, että jokaisen työ- ja toimintayksikön tulee systemaattisesti tunnistaa omaan toimintaansa liittyvät riskitekijät sekä arvioida näiden riskien toteutumistodennäköisyys ja mahdollinen toteutuminen. Tämän tason riskienhallinta on olennainen osa kokonaisvaltaista turvallisuusjohtamista sekä vahvistaa organisaation kykyä reagoida poikkeamiin johdonmukaisesti ja tehokkaasti. Vasta tämän perusteella voidaan määritellä toimet sille, miten riskejä hallitaan. (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 53).

Hyvinvointialueiden välillä erottuu myös erilaisten käytännön työkalujen hyödyntäminen. Keski-Uudellamaalla tapahtuvaan systemaattisempaan riskienhallintaan alueella on käytössään työkaluja riskien seurannan, arvioinnin, tunnistamisen ja raportoinnin tukena. Alueella työkalut, jotka ovat käytössä riskienhallintaan ovat asiakaspalautteet, HaiPro-järjestelmä, muistutukset ja epäkohtailmoitukset. Riskien arvioinnin työkalu WPro on myös käytössä alueella, mutta tämä työkalu on suunnattu enemmän työpaikan ja työntekijää koskevan työn terveydellisten haittojen ja vaarojen arviointiin. Tämän työkalun kautta voi myös tulla esiin asiakas- ja potilasturvallisuutta koskevia riskejä, minkä takia se on käytössä myös riskienhallinnan työkaluna (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 2022, s. 31-32).

Kymenlaaksossa on vastaavasti käytössä malli, jossa potilasturvallisuusriskejä arvioidaan kuuden näkökulman kautta. Potilasturvallisuuden johtajuuden näkökulmasta olennaisena näkökulmana alue on linjannut, että ihmisten tekemien erehdysten taustalla on usein toimintatapoihin, prosesseihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. Tästä syystä alueen keskeiset toimintaprosessit kuvataan IMS-järjestelmään ja niihin liittyvät riskit tunnistetaan, toimintatapoja yhtenäistetään ja päivitetään sote-alueella. Toisena näkökulmana on nostettu rekrytoinnin yhteydessä tehtävä huolellinen työ siitä, että henkilöllä on edellytykset toiminta työtehtävässä. Kolmantena, dokumentointia on oltava saatavilla oikean sekä ajantasaisen tiedon kanssa. Toimintakulttuurin rooli tässä on se, että se takaa olemassa olevien ohjeistusten noudattamisen. Viimeisenä

näkökulmana on potilaan ja asiakkaan ottaminen osaksi heidän hoitonsa toteutusta ja suunnittelua. Alue linjaa tässä riskienhallinnan toimen ammattilaisen ottavan huomioon tähän liittyvät mahdolliset riskit sekä asiakkaan ja potilaan tunnistamisen palvelun jokaisessa vaiheessa (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 28-31).

Alueen riskiarvioinnit ja niiden käsittely tehdään viisiportaisen riskiarvioinnin avulla moniammatillisesti määritellen riskin suuruutta. Alueella tehdään toimintayksikköihin myös säännöllisesti sisäisiä turvallisuuskävelyitä sekä turvallisuusauditointeja, joiden tarkoituksena on pyrkiä parantamaan havaittuja epäkohtia ja puutteita sekä tekemään prosesseista ja toimintaympäristöstä mahdollisimman turvallisia (Kymenlaakson hyvinvointialue, 2023, s. 28-31).

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen johdon järjestämät turvallisuuskävelyt muodostavat konkreettisen toimintamallin, jolla alueella tuetaan työntekijöiden kehittämisideoita ja turvallisuushavaintoja. Kävelyiden toteutuessa johto osoittaa, että he ovat sitoutuneita kehittämään asiakas- ja potilasturvallisuutta. Turvallisuuskävelyitä toteutetaan tulosalue- tai toimialajohdon aloitteesta niin, että asiakas- ja potilasturvallisuuden lisäksi kävelyillä on mahdollista käsitellä myös työturvallisuutta sekä yleistä turvallisuutta. Ennen kävelyiden toteutumista yksiköihin lähetetään lomake, jonka tarkoituksena on kartoittaa ennakkoon tietoa yksikön turvallisuuden tilasta. Alueella toteutettavien johdon turvallisuuskävelyiden tarkoituksena on kannustaa työntekijöitä monipuolisesti havainnollistamaan tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä kehittämään omaa työtään sen mukaisesti (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 13-18).

Alueella säännöllisesti tehtävien riskikartoitusten avulla tarkoituksena on tunnistaa kaikki ne vaaratilanteet, jotka liittyvät yksikön keskeisimpiin prosesseihin, tavanomaiseen toimintaan, satunnaisesti tai harvinaisesti toistuviin tilanteisiin sekä poikkeamiin ja häiriöihin. Poikkeamiksi alue luokittelee loma-aikojen lisäksi äkilliset poissaolot sekä ruuhkahuiput. Riskikartoituksen tekemisestä alueelta nousi esiin, että

huomioon tulee ottaa myös aiemmin yksikössä tapahtuneet haitta- ja vaaratapahtumat, sekä myös sellaiset riskitekijät, jotka eivät ole vielä aiheuttaneet vahinkoa, mutta vahingon mahdollisuutta näissä ei voi kuitenkaan pois sulkea (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 13-18).

Etelä-Pohjanmaalla puolestaan painotetaan, että riskienhallintaa ja sisäistä valvontaa ei tarkastella irrallisina toiminnoista, vaan ne integroidaan osaksi organisaation jatkuvaa johtamista. (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 19-26). Tämä lähestymistapa korostaa riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan roolia tavoitteiden saavuttamista tukevin ja ennakoivina prosesseina, jotka kytkeytyvät saumattomasti organisaation operatiiviseen ja strategiseen päätöksentekoon. Esihenkilöiden tehtävänä alueella on toteuttaa riskienhallintaa ja sisäistä valvontaa omilla vastualueillaan ja vastata riskienhallinta- ja valvontahallintatoimenpiteiden toimivuudesta ja toteutuksesta. Riskienhallinnasta näin ollen vastaavat kaikki esihenkilöt ja viranhaltijat. Alue myös nostaa esiin, että päättäminen riskien merkittävydestä liittyy riskienhallintajärjestelmän vastuiden määrittelyyn, sillä jonkun on lopulta otettava vastuu tehdystä päätöksestä ja hyväksyä riski (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 19-26).

Etelä-Karjalan hyvinvointialue tuo ilmi suoraan muihin alueisiin verrattuna, että ennakoivaan muutostilanteiden tai hoitoketjujen, asiakas- ja potilasturvallisuuden riskien hallintaan ja arviointiin ei hyvinvointialueelta löydy erillistä ohjelmistoa (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 25). Alue erottuu tässä vahvasti esimerkiksi Pohjanmaan hyvinvointialueesta, jossa riskienhallinta toteutetaan etukäteisesti sekä jälkikäteisesti. Etukäteen tarkoitettuna riskien arviointi on osana suunnitelmaa, jotka koskevat toiminnan muutoksia. Jälkikäteisellä arvioinnilla tarkoitetaan puolestaan sitä, että riskit ovat asiakas- ja potilaspalautteiden käsittelyä, osa vaaratapahtumajoukon tarkasteluista esiin tulleiden ongelmien käsittelyä sekä myös osa yksittäistä vaaratapahtumien käsittelyä (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 54). Etelä-Karjalan hyvinvointialue hyödyntää muihin alueisiin verrattuna Suomen

potilasturvallisuusyhdistyksen teettämää opasta riskien hallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Työturvallisuusriskien arviointia varten alue käyttää samaa WPro-järjestelmää kuten Keski-Uudellamaalla on käytössä. Alueelta löytyy kuitenkin HaiPro-järjestelmä, jota käytetään määrittelemään asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä ja järjestelmästä hyödynnetään 5x5 riskimatriisia. Riskien tunnistamista varten alueella hyödynnetään eri tietolähteistä saatua tietoa, kuten turvallisuuskatselmuksista, potilasturvallisuuskävelyistä, vaaratapahtumailmoituksista, ennakkovaikutusten arvioinnista, asiakaspalautteista, potilasvahingoista ja tietoturvailmoituksista. Asiantuntijoiden arvioita alue osittain myös hyödyntää. Erilasten tietolähteiden haaste muodostuu siinä, että alueelta puuttuu yhteinen rekisteröimis- ja tallentamislusta, johon voitaisiin yhteisesti koota kaikki saatu tieto (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 24-28). Pohjanmaan hyvinvointialueella on myös muista alueista poiketen käytössään SHQS-laatuohjelma riskienhallinnassa, jonka yksikkökriteeristöissä on kirjattuna, että riskikartoituksia on tehtävä ja niiden tulokset käsiteltävä riskeistä saatu merkitys arvioitava huolellisesti. Tähän liittyvä vaatimus on, että riskin suuruus on arvioitu, vaaratekijät on tunnistettu, raja-arvot riskeille on määritelty sekä riskien vaihtoehdot on analysoitu ja luokiteltu (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 53).

Osana toiminnan suunnittelua Pohjanmaan alueella tehdään riski- ja vaaratapahtuma-analyysiä asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulmasta tarkasteltuna. Turvallisuusvastaavat ja esihenkilöt säännöllisesti käsittelevät yksikön toimintaan kohdistuvia asiakas- ja potilaspalautteisiin liittyviä riskejä ja vaaratapahtumia ja tekevät päätöksiä toiminnan hallinnasta vaativista toiminta yksikön sisällä. Yksikkötason jälkeen riskit nousevat toimiala- ja tulosalueelle, jossa keskeisimmät riskit tuetaan ja arvioidaan. Johtoryhmä seuraa tulosalue- ja toimialatasoa laajemmin alueiden teettämien turvallisuusraporttien pohjalta. Organisaatiossa seurataan laajemmin vaaratapahtumien kehitystä, riskien toimintaa arvioidaan ja niistä raportoidaan riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan jaostolle. Lopuksi hyvinvointialueen johtoryhmä tekee päätöksen tarvittavista toimenpiteistä perustuen riskianalyysiin (Pohjanmaan hyvinvointialue, 2022, s. 53–54, 68).

Kaksi hyvinvointialuetta on asettanut kehittämiskohteita riskienhallintaan liittyen. Kanta-Hämeen hyvinvointialue on listannut eniten tavoitteita 2025 mennessä. Alue haluaa luoda yhteisen toimintamallin ja ohjeistuksen johdon turvallisuuskävelyille. Hyvinvointialueen tavoitteena on kehittää asiakas- ja potilasturvallisuuden hallintaa osana laaja-alaista kokonaisriskien hallintaa, jolloin turvallisuusjohtaminen integroidaan organisaation muihin riskienhallinnan prosesseihin. Yhtenä konkreettisena toimenpiteenä alueella on asetettu tavoitteeksi sähköisen arviointialustan käyttöönotto asiakas- ja potilasturvallisuusriskien tunnistamiseksi ja hallitsemiseksi, osana organisaation yhtenäistä riskienhallintajärjestelmää. HaiPro-ilmoitusten perusteella tulleiden kehittämistoimenpiteiden käsittely ja suunnittelu moniammatillisissa yhteiskokouksissa henkilökunnan kanssa on alueen linjaama tärkeä tavoite. Alueella tullaan tavoitteiden mukaan toteuttamaan riskiarvioinnit (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2023, s. 13–18).

Etelä-Karjalan hyvinvointialue on puolestaan listannut tavoitteisiinsa, että alue edellyttää sisäistä avointa raportointia yksilöiltä haitta- ja vaaratapahtumista sekä henkilöstölle on aktiivisesti annettava tietoa niistä riskeistä, jotka on tunnistettu sekä ohjausta sellaisiin keinoihin, joilla on mahdollistavat suojautua niiltä. Alueen toisena tavoitteena on psykologisesti edistää turvallisen ilmapiirin rakentumista, jonka mittaaminen tapahtuu turvallisuuskulttuurin kanssa yhteisesti (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 2023, s. 28).

Jokaisella hyvinvointialueella riskienhallinta nähdään osana potilasturvallisuuden operatiivista ja strategista johtamista. Riskienhallinta on systemaattista, jatkuvaa ja kokonaisvaltaista toimintaa, joka sisältää riskien arviointia, tunnistamista, raportointia ja seuranta. Hyvinvointialueet nostavat, että johto nähdään mahdollistavana tekijänä turvallisessa toimintaympäristössä. Henkilöstön osallistaminen yksikön riskienhallintaan tulee ilmi velvollisuutena ilmoittaa havaituista vaaratapahtumista, jotta tarvittavat toimenpiteet tapahtuman selvittämiseksi saadaan käynnistettyä.

Tarkasteltaessa hyvinvointialueiden riskienhallintaa potilasturvallisuusstrategian keskeisten tavoitteiden kuvion 2 (Autti & Keistinen, 2013, s. 144) mukaan alueissa nousee eroavaisuuksia. Alueiden menetelmissä ja strategioissa on jo nähtävillä eroavaisuuksia, potilasturvallisuuden hallinta oppimisen ja ennakoinnin kautta toteutuu useimmilla hyvinvointialueilla. Pohjanmaan hyvinvointialueella tämä nousee kaikista ilmeisemmin esiin, sillä alue linjaa riskienhallinnan tapahtuvan ennakoivasti ja jälkikäteisesti ja sen toteuttamiseen liittyy myös SHQS-laatuohjelma. Keski-Uusimaa, Kymenlaakso, Kanta-Häme ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueet korostavat myös dokumenteissaan riskienhallinnan ennakointia ja jatkuvuutta.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue erottui selkeästi muista hyvinvointialueista sillä, että alueella ei ole omaa ohjelmistoa ennakoivan asiakas- ja potilasturvallisuuden, hoitoketjujen riskien arviointiin, muutostilanteisiin tai niiden hallintaan. Alue ei myöskään tavoitteisiinsa listannut sellaisen ohjelmiston kehittämistä. Kaikille alueille yhtenäistä on, että vaaratapahtumista on tärkeä oppia. Tämän avuksi on HaiPro-järjestelmä ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueella lisäksi toteutettavat turvallisuuskävelyt. Systemaattisuus alueilla nousee esiin riskienhallinnan osalta tämän ensimmäisen periaatteen kohdalla, ennakoitavuus puolestaan Etelä-Karjalassa on puutteellisempaa. Kymenlaakson hyvinvointialue erottui edukseen muihin alueisiin verrattuna sillä, että alue mainitsee tärkeyden huomioida rekrytointivaiheessa työntekijän valmiudet pärjätä tehtävässä. Näin ollen voidaan todeta riskienhallinnalla olevan myös koulutuksellinen näkökulma.

Potilasturvallisuusstrategian keskeinen periaate, joka toteutumisessa hyvinvointialueissa on eniten yhtäläisyyksiä, on vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen. Alueet nostavat vahvasti esiin, kuinka merkittävää riskienhallinnan näkökulmasta on ajoissa ilmoittaa havaitusta vaaratapahtumasta, jotta tarvittaviin toimenpiteisiin voitaisiin ryhtyä viivästyttä. Hyvinvointialueet hyödyntävät eri kanavoita pitkin tulleita ilmoituksia ja huomautuksia, kuten asiakaspalautteita, riskianalyysyjä, kanteluita ja reklamaatioita. Kanta-Hämeessä ja Pohjanmaalla nostetaan vielä korostetusti

moniammatillisesti tapahtuva käsittelyn sekä johdon sitouttaminen osaksi raportointia. Etelä-Karjalan hyvinvointialue nosti esiin alueen haasteena olevan monesta lähteestä tulevan tiedon keskittämisen ja alue on ainoa, joka nosti esiin kyseisen haasteen.

Potilasturvallisuuden edistäminen riittävin voimavaroin ja suunnitelmallisesti on huomioitu osana useamman alueen riskienhallintaa ja integroitu osaksi laajempaa johtamisjärjestelmää. Kanta-Hämeen hyvinvointialue erottuu edukseen monipuolisilla ja laajoilla kehittämiskohteilla riskienhallintaan liittyen, jotka osaltaan viittaavat alueen suunnitelmallisuuteen. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue korostaa dokumenteissaan esihenkiköiden vastuuta ja johdon velvollisuutta varmistaa alueella turvallisten olosuhteiden toteutuminen. Pohjanmaan hyvinvointialueella käytössä oleva SHQS-laatuohjelma luo selkeää rakennetta riskien käsittelyyn organisaation eri tasoilla.

Potilaan osallisuus potilasturvallisuuden parantamiseen riskienhallinnan näkökulmasta toteutuu selkeästi hyvinvointialueista ainoastaan Kymenlaaksossa. Alue kuitenkin nostaa tärkeäksi sen, että ammattilaisten tunnistavat tähän liittyvät riskit. Muilla alueilla potilaan rooli turvallisuuden parantamisessa on vielä heikosti esillä. Tällä hetkellä se on eniten mukana eri palautekanavien hyödyntämisessä riskienhallinnan näkökulmasta. Mahdollisesti tämä liittyy juuri Kymenlaakson hyvinvointialueen esiin nostamien riskien takia.

## 6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä pro gradu -tutkielmassa tavoitteena oli tutkia kuuden hyvinvointialueen dokumentteja. Hyvinvointialueet valikoituivat sillä perusteella, että alueet olivat erilliseen dokumenttiin kuvanneet monipuolisesti asiakas- ja potilasturvallisuutta. Tarkastelun painopisteenä oli potilasturvallisuuden johtamisen analysointi.

Tutkielman tutkimuskysymyksi valikoitui seuraava kysymys:

1. Miten strategioilla tuetaan ja ohjataan potilasturvallisuuden käytännön johtamista hyvinvointialueella?

Hyvinvointialueiden dokumenteista nousi esiin kolme teemaa, jonka perusteella hyvinvointialueiden käytännön johtamista lähdettiin tutkimaan. Nämä kolme teemaa ovat turvallisuuskulttuuri, henkilöstön osaamisen varmistaminen ja riskienhallinta. Teemat edustavat konkreettisia keinoja, jossa hyvinvointialueilla tehdyt strategiset linjaukset muuttuvat käytännön toiminnaksi potilasturvallisuuden johtamisessa. Hyvinvointialueet ja niiden tuottamat dokumentit valikoituvat pro gradu -tutkielman aineistoksi sillä hyvinvointialueet ovat vuodesta 2023 lähtien muodostuneet merkittäväksi osaksi Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää.

Pro gradu -tutkielmassa tehtiin tutkimuksellinen rajaus keskittyä asiakas- ja potilasturvallisuuden kokonaisuudessa ainoastaan potilasturvallisuuteen. Rajauksen taustalla on aiheen laajuus ja moniulotteisuus. Potilasturvallisuus pitää sisällään lukuisia eri ulottuvuuksia, jotka liittyvät hoitoprosessien lisäksi toimintakulttuuriin, riskienhallintaan ja johtamisjärjestelmiin. Näistä näkökulmista erityisesti potilasturvallisuuden johtaminen muodostaa johdonmukaisen ja yhteiskunnallisesti merkittävän tutkimuskohteen.

Potilasturvallisuus voidaan usein mieltää liittyvän hoitotapahtumiin ja niiden onnistumiseen, sitä voidaankin katsoa pitää yhtenä potilasturvallisuuden suoranaista mittareista, miten hoito sujui ja sujuiko hoitoprosessi kokonaisuudessaan ilman komplikaatioita? Jotta voidaan päästä sellaiseen tilanteeseen missä hoitotapahtuma sujuu ongelmitta alusta loppuun, on potilasturvallisuuden johtaminen oltava jatkuvaa, tietoon perustuvaa, osallistavaa ja strategista. Mediassa esiintyy ajoittain konkreettisia esimerkkejä siitä, minkälainen lopputulema voi olla tilanteessa, jossa potilasturvallisuus on vaarantunut. Yle uutisoi 12.03.2025 tilanteesta, jossa tammikuun alussa Kuopiossa yksityisellä lääkäriasemalla potilas menehtyi magneettikuvauksen aikana annetun anestesian takia. Onnettomuustutkimuskeskus Otkes käynnisti tästä tutkinnan, sillä heidän mukaan potilaan elintoimintojen monitorointia ei ollut tapahtunut asianmukaisella laitteella nukutuksen aikana. Otkes tulee tarkastelemaan tutkintansa aikana yksityisten lääkäriasemien omavalvonnan lisäksi myös yleisemmin viranomaisvalvontaa, tarkoituksena selvittää juuri potilasturvallisuuden varmistamiseen liittyviä menetelmiä ja käytäntöjä. Tutkinnan päämääränä tulee olemaan selvittää tarkemmin onko tarpeen muuttaa joitain käytäntöjä ja mitä tästä tapauksesta voidaan oppia (Ronkainen & Nykänen, 2025).

Artikkeli nostaa karulla tavalla sen miten merkittävää sosiaali- ja terveystalouden toimivuuden kannalta on viranomaisvalvonnan ja omavalvonnan sisältämä potilasturvallisuuden ja sen johtamiskäytäntöjen varmistaminen. Tapauksessa käsitellään yksityistä lääkäriasemaa, mutta artikkelin esiin tuomat ilmiöt ja puutteet voivat yhtä lailla olla tunnistettavissa myös julkisen sektorin toiminnassa.

## 6.1 Johtopäätökset

Seuraavassa kuviossa 4 nostetaan esiin potilasturvallisuusstrategian keskeisten tavoitteiden toteutumista (Autti ja Keistinen, 2013, s.144) hyvinvointialueilla turvallisuuskulttuurin, oppimisen toteutumisen ja riskienhallinnan näkökulmasta. Näiden näkökulmien tarkastelu antaa syvempää ymmärrystä siitä, kuinka hyvin potilasturvallisuusstrategian tavoitteet konkretisoituvat eri hyvinvointialueilla ja minkälaisia eroavaisuuksia alueiden välille nousi.



**Kuvio 4.** Yhteenveto keskeisten potilasturvallisuusstrategioiden toteutumisesta

Hyvinvointialueiden dokumenteista ensimmäiseksi tarkasteltavaksi teemaksi nousseen turvallisuuskulttuurin toteutumisessa nousee esiin Helovuon ja muiden (2011, 56) esittämiä systeemiähtöisiä virheisiin liittyviä lähestymistapoja. Dokumentit tuovat esiin, että hyvinvointialueet ovat sitoutuneet kehittämään turvallisuuskulttuuria ja osa alueista on laatinut myös tavoitteita tuleville vuosille, joilla on tarkoitus vaikuttaa pitkäjänteisesti organisaation eri tasoihin. Alueet painottavat sitä, että virheitä tarkastellaan toimintaprosessien kautta ja päämäärä on vahinkojen syntymisen ehkäiseminen. Hyvinvointialueet siis osittain kumoavat Summerin ja muiden (2010, s. 156) väitteen siitä, että turvallisuuskulttuurin tunnistamisessa käytännössä olisi terveydenhuollon organisaatioissa olisi haastavaa. Avoimuus nousee kantavaksi tekijäksi sekä toimintamallien kehittäminen moniammatillisesti. Osallisuus potilaiden ja heidän lähteisten kanssa nousee alueilta yhteisenä turvallisuustyön tärkeänä työkaluna.

Alueittain turvallisuuskulttuurin ymmärtämisessä on havaittavissa vaihtelevuutta, osa alueista tarkastelee ilmiötä laajasti arvolähtöisenä ja yhteisöllisenä kokonaisuutena ja osa alueista korostaa systemaattisia johtamisen toimintatapoja. Havaittavissa on hyvinvointialueilla sellaisia piirteitä, jotka viittaavat siihen ettei turvallisuuskulttuuria nähdä pelkästään ylhäältä alaspäin strategisena kokonaisuutena johdettuna, vaan myös alhaalta ylöspäin rakentuvana adaptiivisena ja yhteisöllisenä ilmiönä.

Vaikka hyvinvointialueilla on käytössään arviointimenetelmiä ja mittareita, jotka ovat laajasti käytössä, korostavat alueet myös avointen keskustelujen ja turvallisuuskävelyiden merkitystä sekä sitoutunutta osallistumista. Klemola ja muut (2014 s.9) totesivatkin, että pelkästään mittaristoista saaduista tiedoista ei johto pysty tekemään faktapohjaisia päätöksiä. Tämä takia on siis tärkeä, että alueet jatkavat muiden menetelmien hyödyntämisen, jotta alueiden saama tulos turvallisuuskulttuurin tilasta olisi mahdollisimman monipuolinen ja paikkaansa pitävä.

Strategisia periaatteita on näkyvissä hyvinvointialueilla monin tavoin, mutta haasteita ja eroavaisuuksia alueilta nousi kuitenkin esiin kuten mittaamisen puute tai turvallisuuskulttuurin kehittämiseen liittyvän suunnitelman puuttuminen. Näin ollen potilasturvallisuuskulttuurin strategiset periaatteet toteutuivat alueilla vaihtelevasti.

Hyvinvointialueilla on havaittavissa turvallisuuskulttuurin näkökulmasta siirtymää Pietikäisen ja muiden (2012, s. 25) nostaman lineaarisen ja suoraviivaisen johtamisen näkökulmasta kohti adaptiivisen järjestelmän mukaista johtamista. Hyvinvointialueet ovat selkeästi yksimielisiä siitä, että Alahuhdan ja Volmasen (2015, s. 336) esittämä perinteisen johtamismallin kuvaus ei palvele hyvinvointialueiden potilasturvallisuusjohtamista ja sen pitkäjänteistä kehittämistä. Useat hyvinvointialueet ovat ottaneet turvallisuuskulttuurin tarkastelun osaksi organisaation systeemisiä ominaisuuksia, joissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset, arvot, johtaminen ja sosiaaliset ilmiöt. Näin ollen voidaan todeta, että turvallisuuskulttuuria ei voida määrittää ylhäältä alas, vaan se rakentuu vuorovaikutuksen myötä eri toimijoiden ja tasojen välillä.

Hyvinvointialueilla on selkeästi eniten eroavaisuuksia havaittavissa henkilöstön ja johdon koulutukseen liittyen. Kaikilla alueilla toteutuu potilasturvallisuuden koulutusta, mutta lähestymistavat ja käytännön toteutus vaihtelevat suuresti hyvinvointialueiden välillä. Potilasturvallisuuden johtamisen toteutus vaihtelee myös hyvinvointialueilla.

Erytisesti Etelä-Pohjanmaan ja Kymenlaakson hyvinvointialueet erottuvat edukseen systemaattisella ja strategisella lähestymistavalla koulutukseen liittyen. Kymenlaakso on alueista ainoa, joka implementoi alueella osaamisen johtamista, jota Parvinen ja muut (2005, s. 67) määrittivät olevan yksi tärkeimmistä keinoista saavuttaa strategisia tavoitteita terveydenhuollossa. Etelä-Pohjanmaa puolestaan ainoana alueena tukee johtamista henkilöstöstrategiassa olevien mittarien avulla, joiden avulla on mahdollista arvioida johtamisen vaikuttavuutta ja kehittämistarpeiden kohdentamista. Kohdentaminen nousee esiin myös sillä, että alue kehottaa lisäämään kohdennettuja

koulutuksia alueilla, joilla on havaittu olevan potilasturvallisuuden puutteita. Johdon koulutusten priorisointi oli puutteellisinta Kanta-Hämeessä, jossa tavoitteeksi ei ole myöskään sitä lisätty lähivuosille.

Alahuhta ja Volmanen (2015, s. 335) nostivat adaptiivisesta potilasturvallisuuden edistämisestä, että tavoitteena on, että toimijat keskenään luovat ja ovat rakentamassa muutosta. Pohjanmaan hyvinvointialue on linjannut, järjestettäväksi keskustelutilaisuuksia, joita pidetään vähintään kerran kuukaudessa ja joiden tarkoituksena on yhdessä moniammatillisesti keskustella ajankohtaisista turvallisuuteen liittyvistä asioista. Keskustelutilaisuuksia järjestettäessä esihenkilöt luovat uusia työskentelytapoja. Alahuhta ja Volmanen (2015, s. 336) lisäävät, että tulisi pyrkiä jatkuvasti seuraamaan saavutetun potilasturvallisuuden tasoa, arvioida tehtyjen muutosten vaikutusta sekä kehittämiskohteiden aktiivista tunnistamista. Säännölliset osallistavat keskustelutilaisuudet mahdollistavat tämän toteutumisen.

Hyvinvointialueilla tilannetietoisuutta ilmeni alueiden koulutuskäytännöissä erityisesti siinä, miten alueet tunnistavat koulutustarpeet ja miten koulutuksia kohdennetaan alueen sisällä. Kymenlaakson hyvinvointialue tunnistaa muista alueista poiketen haasteet mitkä liittyvät potilasturvallisuuteen ja yhtenäisten toimintojen noudattamiselle. Tämä osoittaa alueen kykyä hahmottaa olennaista tietoa toimintaympäristöstään sekä reagoida siihen tarkoituksenmukaisesti käyttäen oikeita lähestymistapoja. Tämän tunnistaminen osoittaa vahvaa tilannetietoisuutta (Putko, 2020, s. 428). Tietoisuuden jakaminen kuuluu olennaisesti myös tilannetietoisuuteen. Hyvinvointialueiden koulutuksissa tämä tarkoittaa, että kaikilla työntekijöillä tulisi olla sama käsitys potilasturvallisuudesta. Alueella käytössä olevat Duodecimin verkkokurssit lisäävät alueiden koulutusten yhdenvertaisuutta.

Kuten alueista on käynyt ilmi, potilasturvallisuuden koulutusten järjestämisessä esihenkilöille on eroavaisuuksia. Merkittävin ero yleisesti kurssiin liittyen on havaittavissa Etelä-Karjalassa, joka ei ole linjannut mitkä kurssit ovat alueella pakollisia

suorittaa. Tämä lisää alueiden välillä yhteisen tilanneymmärryksen heikkenemistä ja luo mahdollisuuden sille, että potilasturvallisuus ei toteudu valtakunnallisesti samanarvoisesti (Putko ja muut, 2020, s. 428). Ricciardi ja Cascini (2021, s.12) nostivat esiin, että ohjeistuksilta edellytetään, että ne käsittelisivät monimutkaisia ja laajoja ilmiöitä, kehittäisivät standardeja organisaatioiden toiminnan ohjaamiseksi sekä erityisesti tukisivat potilasturvallisuuden näkökulmasta toiminnan vaikuttavuutta. Heidän mukaansa ohjeistuksissa on välttämätöntä ottaa huomioon potilaslähtöisyyden toteutuminen sekä henkilöstön oman toiminnan kehittämisen tukeminen. Hyvinvointialueiden nostamissa näkökulmissa on tunnistettavissa tätä näkökulmaa, jossa henkilöstön vastuun ottamista omasta osaamisestaan sekä sen jatkuvasta kehittämisestä. Näin ollen voidaan todeta potilasturvallisuuden johtamisen perustuvan strategisen ohjauksen lisäksi myös henkilöstön aktiiviseen osallistumiseen. Strateginen ohjaus luo toiminnalliset ja rakenteelliset puitteet toiminnan kehittämiseksi, mutta yhtä tärkeää käytännön toteutuksen vahvistamisella ja turvallisuuskulttuurin parantamisella on, että henkilöstä osallistetaan aktiivisesti riskien tunnistamiseen, turvallisuutta edistävien toimintamallien kehittämiseen sekä jatkuvaan arviointiin.

Kaikilla kuudella hyvinvointialueella riskienhallinta on sisällytetty osaksi potilasturvallisuuden operatiivista ja strategista johtamista. Tästä syystä tutkielmassa olevaan taulukkoon on listattu mitä menetelmiä alueella on käytössään, jotta se palvelee paremmin tutkimuskysymykseen vastaamista tämän teeman kohdalla. Tutkimuksen aiheen ollessa strategisten menetelmien tukeminen ja ohjaaminen käytännön johtamistyössä hyvinvointialueilla, on riskienhallinnan tarkastelusta jätetty pois HaiPro-järjestelmän tarkempi analysointi, sillä järjestelmä liittyy enemmän käytännön työssä tapahtumaan vaaratapahtumien ilmoittamiseen.

Hyvinvointialueilla riskienhallinta näyttäytyy Helovuon ja muiden (2015, s. 6) esittämien periaatteiden mukaisesti jatkuvana, systemaattisena ja kokonaisvaltaisena prosessina, jossa alueet tunnistavat keskeisinä vaiheina riskien tunnistamisen, niiden arvioinnin, raportoinnin sekä seurannan. Johtamisen roolia hyvinvointialueet painottavat vahvasti,

johto nähdään systemaattisesti turvallisen toimintaympäristön mahdollistajana sekä nostavat erityisesti henkilöstön velvollisuutta osallistua oman yksikön riskienhallintaan ilmoittamalla vaaratapahtumista ilman aiheetonta viivytystä. Samalla korostetaan henkilöstön velvollisuutta osallistua yksikön riskienhallinnan toteutumiseen esimerkiksi ilmoittamalla havaituista vaaratapahtumista ilman aiheetonta viivytystä.

Hyvinvointialueiden riskienhallinnan toteutuksessa on havaittavissa yhtäläisyyksiä sekä alueellisia eroa. Tämä tulee esiin Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella, jossa riskienhallintaa aktiivisesti dokumentoidaan ja riskienhallinta perustuu ennakoituun toimintaan ja tietoon, joka osaltaan tukee johtamista ja päätöksentekoa. Helovuon ja muiden (2015, s. 6) riskienhallinnantyyppien jakoa on hyödynnetty Kymenlaakson hyvinvointialueella, jossa hyödynnetään monipuolista kuuden näkökulman mallia riskien arviointiin ja niiden tunnistamiseen. Alueella on käytössään myös viisiportainen riskienarvioinnin avulla, joka konkretisoivat alueen operatiivisten ja strategisten riskien hallinnan.

Tartaglian (2021, s. 25-26) mukaista syyllistämiskulttuurin välttämistä ja avoimemman toimintakulttuurin rakentamista on havaittavissa Etelä-Karjalan hyvinvointialueella, jossa painotetaan avoimen raportoinnin merkitystä ja asiantuntija-arvioiden hyödyntämistä. Alue nosti tämän osaksi riskienhallintaa, vaikka tunnistaa haasteet jotka eri tietolähteet muodostavat hyvinvointialueella, sillä alueelta puuttuu vielä yhteinen alusta jonne voisi yhteisesti koota kaikki saatu tieto.

Keski-Uusimaa, Kymenlaakso, Kanta-Häme ja Etelä-Pohjanmaa ovat dokumenteissaan nostaneet ennakoivan riskien arvioinnin osaksi alueen keskeistä johtamisjärjestelmää. Alueilla riskienhallinta toteutuu voimakkaasti jatkuvan ja ennakoivan oppimisen periaatteen mukaisesti, joka oli yksi Autin & Keistisen (2013 s.144) listaamista potilasturvallisuusstrategian keskeisistä periaatteista. Pohjanmaan hyvinvointialue korostaa tätä erityisesti ja erottuu sillä muista alueista, sillä riskienhallinta toteutuu alueella sekä etukäteisesti, että jälkikäteisesti, hyödyntäen tämän lisäksi SHQS-

laatuohjelmaa. Laatuohjelma tuo hyvinvointialueelle järjestelmällisyyttä ja mahdollistaa potilasturvallisuusriskien arvioimisen säännöllisesti perustuen esimerkiksi riskianalyyseihin ja turvallisuuspoikkeamiin. NPSA:n seitsemän askeleen mukainen riskienhallinnan integroiminen osaksi toimintaa näyttäytyy myös alueiden dokumenteissa (Helovuon ja muut, 2011 s.104).

Riskienhallinta potilasturvallisuuden näkökulmasta (Helovuon ja muiden, 2015, s. 6-7) mukaan perustuu vaarojen ennakoivaan tunnistamiseen ja vaaratapahtumista aiheutuneiden seurausten vakavuuden arviointiin. Riskien raportointi, vastuunjako ja toimenpiteiden suunnittelu tulee tapahtua organisaatiossa matalalla kynnyksellä ja toiminnan jatkuvalla arvioinnilla luodaan edellytyksiä onnistumiselle. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella johdon toteuttamat turvallisuuskävelyt ja henkilöstön osallistaminen ovat keskeisiä edellytyksiä, jotka mahdollistavat tämän toteutuksen ja onnistumisen alueella.

Potilas- ja asiakasturvallisuusriskit tulee ennakoida ja arvioida säännöllisesti ja raportoinnin tulee olla läpinäkyvää (STM, 2022, s. 35) Tätä vastuuta on jaettu hyvinvointialueilla laajasti, riskienhallintaa ei pidetä enää vain johdon tehtävänä, vaan osana jokaisen työntekijän työprosessia. Helovuon ja muut (2015, s. 8-12) korostavat, että kaikkiin organisaation kaikkiin toimiin tulee sisällyttää riskienhallintaa, kuten perehdyttämiseen, toimintatapoihin ja ohjeistuksiin. Macchi ja muiden (2011, s. 27) kuvaamat kansalliset potilasturvallisuustyön ohjeistukset ja turvallisuuden johtamismallit ohjaavat riskienhallinnan työtä ja tukevat hyvinvointialueilla yhtenäisten käytäntöjen rakentamista. Näiden mallien pohjalta hyvinvointialueilla voidaan kehittää organisaatioiden riskienhallinnan strategiaa.

Helovuon ja muiden (2011 s.56) esittämää systeemilähtöistä virheisiin liittyvää lähestymistapaa on havaittavissa myös alueiden riskienhallinnan toteuttamisessa. Vaikkakin systeemilähtöinen lähestymistapa on monipuolisemmin edustettuna riskienhallinnan toteutumisessa, nousee yksilölähestymisen näkökulmia Etelä-

Pohjanmaan hyvinvointialueelta. He linjaavat riskienhallintajärjestelmän vastuiden määrittelyyn päättämisestä, jossa jonkun on kuitenkin lopulta otettava vastuu tehdystä päätöksestä ja hyväksyttävä siihen liittyvä riski.

Pro gradu -tutkielmassa tarkastelussa olleiden hyvinvointialueiden tulosten perusteella potilasturvallisuuden strateginen johtaminen näyttäytyy monin tavoin rakenteellisesti ja suunnitelmallisesti tuettuna alueilla. Alueiden välillä nousee kuitenkin vaihtelua siinä, miten käytännön johtamistyössä strategiset periaatteet toteutuvat turvallisuuskulttuurissa, osaamisen kehittämisessä ja riskienhallinnassa. Hyvinvointialueiden potilasturvallisuuden johtamisen jako kolmeen pääteemaan mahdollisti monipuolisten tulosten saamisen sekä tulosten vertailun alueiden välillä. Teemat nousivat luontevasti esiin aineistosta pohjautuen pro gradu -tutkielmassa käytettyyn teoreettiseen viitekehykseen.

Valikoidun aiheen yhtenä haasteena on, että kaikilla alueilla ei ole julkisesti saatavaa suunnitelmaa alueen potilasturvallisuuden toteutumisesta, mikä lisää haastetta siihen, minkä hyvinvointialueen dokumentteja tarkastellaan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Alueita olisi tärkeä vertailla myös kaikkia keskenään, jotta saisi mahdollisimman laajan käsityksen potilasturvallisuuden toteutumisesta yli aluerajojen.

Tutkielma nosti esiin, miten vahvasti sidottuna potilasturvallisuus on osana terveydenhuollon lakisääteisiä velvoitteita ja kuuluu jokaiselle potilaalle yhdenvertaisesti riippuen missä päin Suomea hoito toteutetaan. Tähän näkökulmaan viitaten esihenkiköiden potilasturvallisuuskoulutuksissa ei tulisi hyvinvointialueiden välillä näkyä merkittävää eroa. Mikäli johdon koulutuksissa laadullisesti ja sisällöllisesti esiintyy vaihtelevuutta, puhumattakaan siitä, että koulutusta ei järjestetä johdolle ollenkaan, syntyy väistämättä eriarvoisuutta siinä, miten potilasturvallisuutta edistetään ja johdetaan käytännössä.

Tämä väistämättä heikentää potilasturvallisuuden laatua kansallisesti ja vaikuttaa negatiivisesti potilaiden saaman hoidon turvallisuuteen. Yhdenmukaisilla koulutuskäytännöillä niin henkilökunnalle kuin johdolle voidaan varmistaa, että kaikilla esihenkilöillä on ajantasainen sekä näyttöön perustuva ymmärrys alueen potilasturvallisuuden periaatteista sekä omasta roolistaan, kuinka sitä alueella johdetaan. Kokonaisuutena tämä tukee valtakunnallisesti asetettujen strategioiden ja menetelmien vaikuttavaa toimeenpanoa arjen toiminnassa.

Hyvinvointialueilla strategiset menetelmät ovat osa johtamisen käytännön johtamistyötä hyvinvointialueilla. Alueilla tunnistetaan potilasturvallisuuden johtamisen periaatteisiin ja niihin ollaan sitoutuneita. Käytännön toteutuksen osalta strategioissa on kuitenkin edelleen kehittämistarpeita. Kehittämistarpeet ovat osa sellaisia, joita alueet itse ovat tunnistaneet ja sisällyttäneet omiin suunnitelmiinsa. Toisinaan kehittämiskohtia nousi puolestaan tämän tutkimuksen kautta esiin alueiden välisessä vertailussa, jossa havaitaan esimerkiksi merkittäviä alueiden välisiä eroavaisuuksia koulutuskäytännöissä ja riskienhallinnassa.

Kuten tutkimuksessa on noussut esiin kustannukset, jotka syntyvät potilasturvallisuuteen panostamisesta ovat lopulta vain murto-osa haittojen synnyttämistä kustannuksista.

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Tämän tutkielman luotettavuus perustuu huolellisesti tehtyyn aineiston valintaan, teoreettiseen viitekehykseen ja systemaattiseen analyysiin. Tutkimuksessa hyödynnettiin julkisesti saatavilla olevia hyvinvointialueiden asiakas- ja potilasturvallisuusstrategioita, jotka edustavat alueiden virallista ja ajankohtaista näkökulmaa potilasturvallisuuden johtamiselle.

Tämän tutkielman dokumenttianalyysi suoritettiin laadullisena menetelmänä sisällönanalyysin keinoin. Tutkielman aineistosta nousi teoreettisen viitekehyksen pohjalta kolme teemaa, joita tutkielmassa analysoitiin aineiston pohjalta. Tutkielman luotettavuutta lisää myös se, että tutkielmassa saatuja tuloksia tarkasteltiin monipuolisesti eri lähteiden valossa ja tuloksia oli myös mahdollista vertailla keskenään. Kankkunen & Vehviläinen (2017, s. 198) nostavat, että tutkielman uskottavuus edellyttää, että tulokset ovat kuvattuna niin selkeästi, jotta lukija ymmärtää miten tutkielmassa on analyysia tehty ja mitkä ovat tutkimuksen mahdolliset rajoitukset ja vahvuudet. Tutkielman uskottavuutta on pyritty lisäämään kokoavien taulukoiden muodossa tutkimuksen tulos osuudessa, jossa on esitetty tutkimuksen kolme teemaa ja päällimmäiset eroavaisuudet sekä myös keskeiset strategiat ja menetelmät, jotka nousevat näistä kuudesta hyvinvointialueesta. Tutkielmassa on myös pyritty kuvailemaan analyysia mahdollisimman selkeästi ja tarkasti.

Tutkimuksen rajoitteena, joka liittyy erityisesti laadulliseen tutkimukseen, on tutkijan oma subjektiivisuus. Aaltio ja Puusa (2020, s. 169-170) kuvaavat, ettei laadullinen tutkimus voi koskaan olla täysin objektiivista, sillä tutkija on vuorovaikutuksessa tutkimuksen kohteen kanssa. Tässä tutkielmassa tutkijan ei tarvinnut tunnistaa omaa subjektiivisuutta ja tuoda sitä erityisesti esiin. Tutkija ei ole itse kerännyt tutkielman aineistoa tutkimusta varten, sillä tutkimuksessa on hyödynnetty hyvinvointialueiden itse tuottamia dokumentteja, jotka eivät myöskään ole vuorovaikutteisesti tuotettua aineistoa. Näin ollen tämä sulkee pois mahdollisuuden sille, että aineiston kanssa olisi oltu tutkielman aikana suorassa vuorovaikutuksessa. Tämä tuo kuitenkin mukanaan vastuuta tutkijalle tulkita aineistoa.

Tutkimusten eettisten periaatteiden näkökulmasta, tutkimuksessa noudatettiin läpi koko tutkimuksen hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkimuksessa käytetty aineisto koostui pelkästään julkisista asiakirjoista eli kaikki tutkimuksessa nousseet havainnot hyvinvointialueista ovat muodostuneet julkisten dokumenttien pohjalta. Näin ollen tutkimusta varten ei ole myöskään tarvinnut pyytää tutkimuslupaa hyvinvointialueilta.

### 6.3 Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Potilasturvallisuus ja sen johtaminen tulevat aina olemaan ajankohtaisia tutkimuskohteita, sillä potilasturvallisuus ei ideaalitulanteessa saisi vaarantua missään hoidon vaiheessa. Kuten Ronkaisen ja Nykäsen (2025) kirjoittama Ylen artikkeli kuitenkin osoitti, potilasturvallisuuden vaarantumista tapahtuu ja sen seuraukset voivat osoittautua pahimmaksi mahdolliseksi. Tällaiset tilanteet osoittavat miten merkittävää on, että potilasturvallisuuden perusta eli itse johtaminen on kunnossa, jotta potilasturvallisuus voi toteutua käytännössä eli hoidon yhteydessä toimintaympäristössä mahdollisimman hyvin.

Hyvinvointialueiden dokumenteista nousi ilmi, että usealla hyvinvointialueella on asetettu selkeitä kehittämiskohteita potilasturvallisuuden kokonaisvaltaiseen edistämiseen. Tavoitteet ovat suunnattu erityisesti kehittämään lähivuosien toimintaa ja ne liittyvät esimerkiksi turvallisuuskulttuurin vahvistamiseen, koulutusten kehittämiseen ja toimintojen ja järjestelmien yhdenmukaistamiseen. Vaikka osa alueista on listannut selkeitä kehittämiskohteita, joiden olisi määrä olla tavoitettuna viimeistään vuonna 2025, jää niiden konkreettinen vaikutus hyvinvointialueiden toimintaan vielä nähtäväksi. Tämä avaa monipuolisia ja merkittäviä mahdollisuuksia aiheen jatkotutkimukselle.

Kuten Waring ja kumppanit (2010) totesivat tutkimuskohteena potilasturvallisuus sekä sen johtaminen ovat tutkimuskohteina nuoria, ja tutkimukselle tyypillistä on ollut kapea-alaisen teorian hyödyntäminen. Hyvinvointialueet, joiden dokumentit valikoituivat pro gradu -tutkielmaan aineistoksi ovat olleet vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä vuodesta 2023 lähtien. Voidaan siis katsoa, että alueiden potilasturvallisuuden järjestäminen ja sen toteutuminen ovat myös kategoriassaan nuoria. Kuten Takala sekä Holmström toteavat (2011, 2015) aikaisemmin Suomessa tehdyt tutkimukset potilasturvallisuuteen liittyen ovat koskeneet erilaisten ympäristöjen ja näkökulmien arviointia sekä esimerkiksi vaaratapahtumien raportoimista.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli puolestaan keskittyä potilasturvallisuuden käsittelemiseen johtamisen näkökulmia avaten, keskittyen strategioihin ja niistä saatuun tukeen ja ohjaukseen hyvinvointialueiden käytännön johtamisen näkökulmasta.

Tuula Saarikoski (2024, s. 78) on listannut väitöskirjassaan ”Potilasturvallisuudesta raportoitujen tietojen käyttö johtamisessa neljässä sairaanhoitopiirissä”, aiheeseen soveltuvia jatkotutkimusaiheita. Hänen esittämät jatkotutkimusaiheet nostavat myös esiin sen, että aihe on ajankohtainen ja kansallisella tasolla tutkimukselle on tarvetta. Hän esittää, että tutkimusta tarvitaan hyvinvointialueiden asiakas- ja potilasturvallisuusjohtamisen näkymisestä ja tilasta johtamisen eri tasoilla. Tutkimuskohteiksi hän lisää hyvinvointialueiden lisäksi hallituksen, aluevaltuuston ja ylimmän johdon, joiden vaikutusvalta ja roolit potilasturvallisuuden edistämässä ovat keskeisiä ja näin ollen oivallisia jatkotutkimuskohteiksi.

Hän lisää jatkotutkimusaiheeksi myös asiakas- ja potilasturvallisuuden sisällön esimerkiksi käytännön johtamisen tai päivittäisen käytännöistä. Tässä lähestymistavassa tutkijalla on mahdollista tarkastella sitä, miten turvallisuus muotoutuu osaksi arjen toimintoja ja minkälaisia käytänteitä ja rakenteita tullaan tarvitsemaan näiden edistämiseksi. Näiden jatkotutkimusaiheiden toteuttaminen olisi erityisen mielenkiintoista toteuttaa osallistavalla tutkimusmenetelmällä, kuten kysely- tai haastattelututkimuksilla, jotka kohdistuisivat eri yksikötasoihin. Tällainen tutkimus voisi tarjota arvokasta tietoa siitä, miten eri organisaatioiden tasoissa potilasturvallisuuden johtaminen rakentuu ja miten sitä voidaan kestävästi kehittää osaksi toimintakulttuuria.

## Lähteet

- Aaltonen, A-L & Rosenberg, P. (toim.). (2013). *Potilasturvallisuuden perusteet*. Duodecim.
- Aaltio, I. & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa, A. Juuti, P. & Aaltio, I. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. s. 169-170. Gaudeamus
- Alahuhta, S. & Volmanen, P. (2015). Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? *Finnanest* 2015;48 Noudettu 10.10.2024 osoitteesta [https://say.fi/files/volmanen\\_alahuhta\\_olemmeko\\_potilasturvallisuuden\\_edistamisen\\_eturintamassa.pdf](https://say.fi/files/volmanen_alahuhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf)
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. (DOI <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>).
- Aouad, M. Jalbout Hastie, M. & Yazbeck, V. (2024). Adaptive leadership in crisis: a healthcare system’s resilience journey. *BMI Leader*, leader-2023-000958-. (DOI <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000958>).
- Autti, T. & Keistinen, T. (2013). *Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet*. Teoksessa Aaltonen, A-L & Rosenberg, P. (toim.). *Potilasturvallisuuden perusteet*. (s. 141-156) Duodecim.
- Ball, D-R. & Frerk, C. (2015). A new view of safety: Safety 2. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 115(5), 645–647. Noudettu 05.02.2025 osoitteesta (DOI <https://doi.org/10.1093/bja/aev216>).
- Beyea, S-C. (2008). Being a Patient Safety Leader. *AORN Journal*, 87(1), 221-223. (DOI <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.12.022>).
- Bjerregård Madsen, J. Kaila, A. Vehviläinen-Julkinen, K. & Miettinen, M. (2020). Hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työn sisältö erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 32 (2). 75-85. Noudettu 11.01.2025 osoitteesta <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/27074>

- Battles, J-B. Dixon, N-M. Borotkanics, R-J. Rabin-Fastmen, B. & Kaplan, H-S. (2006). Sensemaking of Patient Safety Risks and Hazards. *Health Services Research*, 41: 1555-1575. (DOI <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00565.x>).
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40. (DOI <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>).
- Dixon-Woods, M. McNicol, S. & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality & Safety*. (DOI <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000760>).
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. (DOI <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>).
- Elo, S. Kajula, O. Tohmola, A. & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225. Noudettu 10.02.2025 osoitteesta <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987>
- Endsley, M-A. (1995). Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Human Factors*, 37(1), 32-64. (DOI <https://doi.org/10.1518/001872095779049543>).
- Edwards M-T. (2017). An Organizational Learning Framework for Patient Safety. *American Journal of Medical Quality*. 32(2):148-155. (DOI <https://doi.org/10.1177/1062860616632295>).
- Etelä-Karjalan hyvinvointialue. *Laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma vuosille 2023-2024*. Noudettu 28.02.2025 osoitteesta <https://www.ekhva.fi/wp-content/uploads/2023/07/EKHVA-laadun-seka-asiakas-ja-potilasturvallisuuden-taytantonpanon-suunnitelma-2023-2024.pdf>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. *Asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma*. Noudettu 28.02.2025 osoitteesta [https://www.hyvaep.fi/uploads/2024/02/asiakas\\_ ja\\_potilasturvallisuussuunnitelma2024.pdf](https://www.hyvaep.fi/uploads/2024/02/asiakas_ ja_potilasturvallisuussuunnitelma2024.pdf)

- Flick, U. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*. United Kingdom: SAGE Publications. (DOI <https://doi.org/10.4135/9781526416070>).
- Forbes, J., & Arrieta, A. (2024). Comparing hospital leadership and front-line workers' perceptions of patient safety culture: an unbalanced panel study. *BMJ Leader*, 8(4), 335–339. (DOI <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000922>).
- Fujita, S. Wu, Y. Iida, S. Nagai, Y. Shimamori, Y. & Hasegawa, T. (2019). Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 98(50), e18352–e18352. (DOI <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018352>).
- Glisson, C. (2007). Assessing and Changing Organizational Culture and Climate for Effective Services. *Research on Social Work Practice*, 17(6), 736–747. (DOI <https://doi.org/10.1177/1049731507301659>).
- Goula, A. Stamouli, M-A. Latsou, D. Gkioka, V. & Kyriakidou, N. (2021). Learning Organizational Culture in Greek Public Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1867. (DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph18041867>).
- Granfer, A. (2023). Adaptive Leadership in Healthcare: A Pilot Study. *Journal of Business Studies Quarterly*, 12(4), 14–21. Noudettu 20.04.2025 osoitteesta <https://www.proquest.com/docview/2829875518/fulltextPDF/A96DCF7686B14BCDPQ/1?accountid=14774&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Heinijoki, V., & Pommelin, P. (2019). *Potilasturvallisuustaito*. BoD - Books on Demand.
- Helovu, A. Kinnunen, M. Peltomaa, K., Pennanen, P., & Peltomaa, K. (2011). *Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Fioca.
- Helovu, A. Kinnunen, M. Kuosmanen, A. & Peltomaa, K. (2015). Potilasturvallisuus ja riskien hallinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. *Suomen Potilasturvallisuusyhdistys*. Noudettu 09.03.2025 osoitteesta [https://bin.yhdistysavain.fi/1606342/hZr2YZ69DnHjm2NdNz5x0\\_b1CB/RH-opas\\_nettiin\\_korjattu.pdf%2002112015.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1606342/hZr2YZ69DnHjm2NdNz5x0_b1CB/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf%2002112015.pdf)

- Holmström, A. Laaksonen, R. & Airaksinen, M. (2015). How to make medication error reporting systems work – Factors associated with their successful development and implementation. *Health Policy*, 119, 1046–1054. (DOI <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.03.002>).
- Hujanen, A. ja Taskinen H. (Toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). *Tutkimus hoitotieteessä (3.-5. painos.)* Sanoma Pro Oy.
- Kanta-Hämeen hyvinvointialue. *Kanta-Hämeen hyvinvointialueen Asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2024-2025*. Noudettu 28.02.2025 osoitteesta <https://omahame.fi/documents/680684/809401/OmaHämeen+asiakas-+ja+potilasturvallisuussuunnitelma.pdf/0d77bdaa-d533-7c7d-5562-a1373b30f910?t=1684761209114>
- O'Kelly, C., & Dubnick, M. J. (2006-07-01). Taking Tough Choices Seriously: Public Administration and Individual Moral Agency. *Journal of public administration research and theory*, 16(3), 393-415. (DOI <https://doi.org/10.1093/jopart/mui050>).
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue. *Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2023-2024*. Noudettu 28.02.2025 osoitteesta <https://www.keusote.fi/wp-content/uploads/2022/12/Keski-Uudenmaan-hyvinvointialueen-Laatu-asiakas-ja-potilasturvallisuussuunnitelma-2023-2024.pdf>
- Klemola, K. Uusi-Ilkainen, J. & Askola, T. (2014). *Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdamisen käsikirja*. Sitra. Noudettu 05.01.2025 osoitteesta [https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali\\_ja\\_terveyspalveluiden\\_tietojohdamisen\\_kasikirja-2.pdf](https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_tietojohdamisen_kasikirja-2.pdf)
- Kontio, R. Koponen, L. Sillanpää, K. (2018) Kilpailukyky muuttuvassa sote-toimintaympäristössä. *Tutkiva Hoitotyö* 16(1). Noudettu 10.02.2025 osoitteesta <https://www.emagz.fi/reader/issue/10228/182420/36>

- Kim, N-Y. & Kwak, S-J. (2024). Relationship between nurses' critical thinking disposition and patient safety incident reporting: The mediating role of patient safety culture in a comprehensive nursing service ward. *PloS One*, 19(12), e0325679-.  
Noudettu 18.04.2025 osoitteesta <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315679>
- Kymenlaakson hyvinvointialueen laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2023-2024. Noudettu 28.02.2025 osoitteesta <https://kymenhva.fi/wp-content/uploads/2023/02/Kymen-HVA-laatu-asiakas-ja-potilasturvallisuussuunnitelma-2023-2024.pdf>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021*. Finlex. Noudettu 21.04.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/2021/612>
- Lehesvuo, R. & Jalonen, H. (2022). Terveydenhuollon vaaratapahtumien hallinta. *Hallinnon Tutkimus* Vol 41 Nro 2. (DOI <https://doi.org/10.37450/ht.109159>).
- Leape, L- L, Brennan, T-A, Laird, N, Lawthers, A. G, Localio, A. R, Barnes, B. A. . . . Hiatt, H. (1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England journal of medicine*, 324(6), 377. (DOI <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>).
- Lämsä, A., Päivike, T., & Hautala, T. (2013). *Organisaatiokäyttötymisen perusteet*. Edita.
- Macchi, L. Pietikäinen, E. Reiman, T. Heikkilä, J. & Ruuhilehto, K. (2011). Patient safety management. Available models and systems. *VTT Working papers No. 169*, VTT Technical research centre of Finland, Noudettu 18.04.2025 osoitteesta <https://publications.vtt.fi/pdf/workingpapers/2011/W169.pdf>
- Marks, C-M. Kasda, E. Paine, L. & Wu, A- W. (2013). "That Was a Close Call": Endorsing a Broad Definition of Near Misses in Health Care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 39(10), 475. (DOI [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(13\)39061-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39061-8)).
- Mattila, K. (2013) Potilasturvallisuuden mittarit. Teoksessa Aaltonen, A-L & Rosenberg, P. *Potilasturvallisuuden perusteet*. s. 375-384. Duodecim.

- Miller, F-A. & Alvarado, K. (2005). Incorporating Documents Into Qualitative Nursing Research. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 37(4), 348–353. (DOI <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00060.x>).
- Morse, J. M. (2012). *Qualitative Health Research: Creating a new discipline*. Walnut Creek, Calif: Left Coast Press. (DOI <https://doi.org/10.4324/9781315421650>).
- Niiranen, V. Seppänen-Järvelä, R. Sinkkonen, M. Vartiainen.(2010). *Johtaminen sosiaalialalla*. Helsinki. Gaudeamus.
- Niiranen, V. Joensuu, M. Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. (toim.) (2014). *Johtajana muutoksissa*. Kuntaliitto. Noudettu 12.12.2024 osoitteesta: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1617-johtajana-muutoksissa-acta-nro-253>
- Parvinen, P., Lillrank, P. M. & Ilvonen, K. (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa: Käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum.
- Pedraza-Rodríguez, J.A., Ruiz-Vélez, A., Sánchez-Rodríguez, M. I., Fernández-Esquinas, M. (2023). Management skills and organizational culture as sources of innovation for firms in peripheral regions. *Technological Forecasting and Social Change*, 191. (DOI <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2023.122518>).
- Pennanen, P. & Seitsonen, H. (2013). Valvira- potilas- ja laiteturvallisuuden edistäjä. Teoksessa Aaltonen, A-L & Rosenberg, P. (toim.). *Potilasturvallisuuden perusteet*. (s. 167-188) Duodecim.
- Pennanen, P. & Seitsonen, H. (2013). Valvira- potilas- ja laiteturvallisuuden edistäjä. Teoksessa Aaltonen, A-L & Rosenberg, P. (toim.). *Potilasturvallisuuden perusteet*. (s. 167-188) Duodecim.
- Pennanen, P. Jansson, M. Torkki, P. Harjumaa, M. Pajari, I. Laukka, E. Lakoma, S. Härkönen, H. Verho, A. Martikainen, S. Kouvonen, A. Leskelä, R-L. (2023). *Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisukirja 2023:52 Noudettu 26.11.2024 osoitteesta [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165147/VNTEAS\\_2023\\_52.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165147/VNTEAS_2023_52.pdf)

- Plsek, P. E. & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625. (DOI <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>).
- Pietikäinen, E., Reiman, T., & Oedewald, P. (2008). *Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*. VTT. Noudettu 03.11.2025 osoitteesta <https://publications.vtt.fi/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>
- Pietikäinen, E., Oedewald, P., Haavisto, M.-L., Reiman, T., Ruuhilehto, K., & Heikkilä, J. (2010). Pyrkivätkö turvallisuuskriittiset organisaatiot oppimaan kokemuksistaan? Kokemustiedon käsittelyä ohjaavat oletukset ydinvoimateollisuudessa ja terveydenhuollossa. *Työelämän tutkimus*, 8(3), 279-290. Noudettu 03.11.2024 osoitteesta <https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/87387>
- Pietikäinen, E., Heikkilä, J., Reiman, T., VTT, Heikkilä, J., & Reiman, T. (2012). *Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen*. VTT. Noudettu 03.11.2025 osoitteesta <https://publications.vtt.fi/pdf/technology/2012/T58.pdf>
- Piirainen, K. Piirainen, S. Kuha, S. Ylisirniö, M. Kanste, O. (2023). Sosiaali-terveysalan lähiesihenkilöiden kokemuksia hoitotyön varahenkilöstä henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta. *Hoitotiede*, 35 (4), 365-381. Noudettu 15.11.2024 osoitteesta <https://www.proquest.com/scholarly-journals/sosiaali-ja-terveysalan-lahiesihenkiloiden/docview/2903038384/se-2>
- Pohjanmaan hyvinvointialue. (2023). *Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimenpideohjelma palvelunjärjestäjille ja tuottajille 2022-2026*. Noudettu 11.01.2025 osoitteesta <https://pakes.pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/04/Asiakas-ja-potilasturvallisuusstrategian-toimenpideohjelma.pdf>
- Pohjanmaan hyvinvointialue. *Pohjanmaan hyvinvointialueen laadunhallinnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma*. Noudettu 21.03.2025 osoitteesta <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/2022/12/OVPH-Laadunhallinnan-asiakas-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-2023.pdf>

- Putko, L., Koskela, J. & Nyström, P. (2020). Tilannetietoisuus-kiitelty ja kiistelty turvallisuustekijä. *Finnanest* 53 (5), 427-430. Noudettu 03.03.2025 osoitteesta [https://say.fi/files/putko\\_tilannetietoisuus.pdf](https://say.fi/files/putko_tilannetietoisuus.pdf)
- Puusa, A. (2020). Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Reason, J. (2000). Human error. *The Western journal of medicine*, 172(6), 393-396.
- Reiman, T. & Oedewald, P. (2008). *Turvallisuuskriittiset organisaatiot: Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen*. Edita.
- Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2014) Patient safety indicators as tools for proactive safety management and safety culture improvement. In P. Waterson (Ed.), *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application* 183-206. Ashgate. Noudettu 05.02.2025 osoitteesta <https://cris.vtt.fi/en/publications/patient-safety-indicators-as-tools-for-proactive-safety-managemen>
- Ricciardi, W. & Cascini, F. (2021). Guidelines and safety practices for improving patient safety. Teoksessa Donaldson, L. Ricciardi, W. Sheridan, S. (toim.) *Textbook of patient safety and clinical risk management.(1 st ed)*. (s. 19-28). Springer Nature. (DOI <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>).
- Ronkainen, A. & Nykänen, H. (2025, 12. maaliskuuta) Potilas nukutettiin magneettitutkimuksessa ja hän kuoli- Otkes käynnistää Kuopiossa sattuneesta tapauksesta tutkinnan. *YLE*. Noudettu 12.04.2025 osoitteesta <https://yle.fi/a/74-20149090>
- Ryky, P. (2022). Oppimisen johtaminen. *Teoreettinen katsaus klassikkoihin ja uudempiin malleihin*. TYÖ-2030 - Työn ja hyvinvoinnin kehittämisohjelma. (URN <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-391-032-4>).
- Räsänen, K. & Meretoja, O.(2013). *Potilasturvallisuuden perusteet, Työhyvinvoinnin ja henkilökunnan jaksaminen*. Duodecim, Helsinki.
- Saarikoski, T. (2024). *Potilasturvallisuudesta raportoitujen tietojen käyttö johtamisessa neljässä sairaanhoitopiirissä*. [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto] (URN <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-5351-3>).

- Schein, E. (1984). Coming to a New Awareness of Organizational Culture. *Sloan management review*, 25(2), 3-16. Noudettu 19.10.2024 osoitteesta <https://becomingaleaderblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/11/coming-to-a-new-awareness-of-organizational-culture-schein-1984.pdf>
- Serre, N. Espin, S. Indar, A. Bookey-Bassett, S. & LeGrow, K. (2022). Long-Term Care Nurses' Experiences With Patient Safety Incident Management: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(2), 188–194. (DOI <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000583>).
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex. Noudettu 10.12.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/2014/1301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). *Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja2017:9 Noudettu 10.09.2024 osoitteesta [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09\\_2017\\_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021\\_suomi.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). *Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Noudettu 10.09.2024 osoitteesta [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM\\_2022\\_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ja vastuut*. Noudettu 10.09.2024 osoitteesta <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. (2006). *Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto*. Stakes työpapereita 28/2006. Noudettu 13.09.2024 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Summer, C-E. Lykens, K. Singh, K-P. Mains, D-A. & Lackan, N-A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165. (DOI <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>).
- Takala, R. S. K., Pauniahho, S., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomberg, K., Helminen, M., . . . Ikonen, T. S. (2011). A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: Improvements in activities and communication. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 55(10), 1206-1214. (DOI <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2011.02525.x>).
- Tartaglia, R. (2021). Brief story of clinical risk manager. Teoksessa Donaldson, L. Ricciardi, W. Sheridan, S. (toim.) *Textbook of patient safety and clinical risk management*. (1st ed). 19-28. Springer Nature (DOI <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>).
- Terkamo-Moisio, A. Leino-Kilpi, H. Kaakinen, P. Palonen, M. Peltonen, L.-M. Vaartio-Rajalin, H. & Häggman-Laitila, A. (2021). Hoitotyön johtamisen tehtäväkuvat ja johtamisosaaminen jatkuvan oppimisen opintokokonaisuuteen osallistuvilla opiskelijoilla. *Hoitotiede*, 33(4), 220-230. Noudettu 02.02.2025 osoitteesta <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128970/78007>
- Terveystieteiden tutkimus* 1326/2010. Finlex. Noudettu 25.11.2024 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Teperi, J, Porter, M-E. Vuorenkoski, L. Baron, J-F. (2009). The Finnish Health Care System: a Value-Based Perspective. Sitra reports 82. *Sitra*. Noudettu 15.03.2025 osoitteesta [https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/Finnish Health Care System S ITRA2009 78584c8b-10c4-4206-9f9a-441bf8be1a2c.pdf](https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/Finnish%20Health%20Care%20System%20SITRA2009%2078584c8b-10c4-4206-9f9a-441bf8be1a2c.pdf)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.).

- Tiirinki, H. & Syrjä, V. (2020). Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallinen tilannekuva- viranomaisorganisaatioiden roolit ja tietopohja. *Työpaperi 42/2020*. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 15.03.2025 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140813/URN\\_ISBN\\_978-952-343-596-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140813/URN_ISBN_978-952-343-596-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2021). *Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta*. VTV 7/2021 Noudettu 10.11.2024 osoitteesta <https://www.vtv.fi/julkaisut/potilas-ja-asiakasturvallisuuden-ohjaus-ja-seuranta/>
- Vartola, J. (2009). Byrokratia modernin hallinnan muotona. Teoksessa Karppi, I., & Sinervo, L.-M. *Governance : uuden hallintatavan jäsentyminen*. Ilari Karppi & Lotta-Maria Sinervo (toim.). Tampereen yliopisto, kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta, hallintotieteiden keskus.
- Vehko, T. Hyppönen, H. Ryhänen-Tompuri, M. Heponiemi, T. (2019). Miten tietojärjestelmät palvelevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä? Vaikutukset työhön ja hyvinvointiin. *Digitö ja stressi -hankkeen loppuraportti*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 4/2019. Noudettu 15.12.2024 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137659/URN\\_ISBN\\_978-952-343-279-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137659/URN_ISBN_978-952-343-279-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vincent, C. Taylor-Adams, S. & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ (Online)*, 316(7138), 1154-1157. (DOI <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>).
- Vincent, C. & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham: Springer Nature. (DOI <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>).
- Virkki, M., Leskelä, R., Ikonen, T., Haatainen, K., Welling, M., Rauhala, A., . . . Ylitalo, P. (2021). *Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi*. Valtioneuvoston kanslia. (URN <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-334-0>).

- Viitanen, E. & Konu, A. (2009), Leadership style profiles of middle-level managers in social and health care. *Leadership in Health Services*. Vol. 22 No. 2, pp. 108-120. (DOI <https://doi.org/10.1108/17511870910953779>).
- Waring, J. Rowley, E. Dingwall, R. Palmer, C. & Murcott, T. (2010). Narrative Review of the Uk Patient Safety Research Portfolio. *Journal of health services research & policy*, 15 Suppl 1, 26. (DOI <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009042>).
- Wears, R. Sutcliffe, K. & Rite van, E. (2014). Patient Safety: A Brief but Spirited History. Teoksessa Zipperer, L. Patient safety: Perspectives on evidence, information and knowledge transfer. Routledge. (DOI <https://doi.org/10.4324/9781315599700>).
- Williams, M. & Reid, J. (2009). Patient safety: leading improvement. *Nursing Management*(2013), 16(1), s. 30-34. Noudettu 18.04.2025 osoitteesta <https://www.proquest.com/scholarly-journals/patient-safety-leading-improvement/docview/236922412/se-2>
- World Health Organization (WHO), *Global Patient safety report 2024*. Noudettu 23.01.2025 osoitteesta <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
- WHO, Collaborating Center for Patient Safety. *Nine patient safety solutions*. 2007. Noudettu 23.01.2025 osoitteesta <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>