

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Laadunhallintasuunnitelma

Laadittu: 29.10.2021

Hyväksytty: 29.10.2021
14.12.2021

Katselmoitu: 03.10.2022

Työryhmä

Laatuneuvosto

VSSHJ johtoryhmä

Ayl + työryhmä

Työryhmä:

Koivuviita Niina, arviointiyliääkäri, työryhmän pj.
Heikkilä Asta, arviointiylihoitaja
Laurila Heikki, projektijohtaja
Pekonen Arja, potilasturvallisuuspäällikkö
Pohjola Minna, suunnittelija
Saarni Sirpa, koulutussuunnittelija
Tuomola Terhi, suunnittelija
Vuorio Hanna, ylihoitaja

Muutoshistoria:

14.12.2021 Hyväksytty.

03.10.2022 Katselmoitu, ei muutostarpeita tällä hetkellä. Päivitetään hyvinvointialueelle siirtymisen jälkeen.

Sisällys

Johdanto ja yhteenveto	3
1. Hoidon saatavuus ja hoitoketjut	5
2. Asiakas- ja potilaslähtöisyys.....	6
3. Henkilöstön osaaminen	10
4. Laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmä.....	14
5. Laadun ja potilasturvallisuuden mittaaminen, arviointi, seuranta ja raportointi	17
6. Ennakoiva potilasturvallisuustyö	24
7. Vaaratapahtumat.....	26
8. Infektioturvallisuus.....	27
9. Lääkehoidon turvallisuus.....	29
10. Laiteturvallisuus.....	30
11. Säteilyturvallisuus.....	31
12. Valvonta-asiat	31
13. Tutkimus ja opetus	32
14. Yhteistyö	32
15. Viestintä	33
16. Viiteluettelo.....	34

Johdanto ja yhteenveto

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP:n) laadunhallintasuunnitelman tavoitteena on tukea laadun ja potilasturvallisuuden systemaattista ja jatkuvaa kehittämistä. Suunnitelma perustuu kansalliseen lainsäädäntöön, organisaation strategiaan, toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin ja toiminnan systemaattiseen arviointiin ja parantamiseen.

Terveydenhuollon laatu jaotellaan usein kuuteen eri osa-alueeseen. Laadukkaan hoidon tulisi olla vaikuttavaa, tehokasta, turvallista, potilaskeskeistä, oikea-aikaista ja tasa-arvoista (Institute of Medicine, IOM, Committee on Quality of Healthcare in America, 2001). Eurooppalaisen määritelmä korostaa vaikuttavuuden, turvallisuuden, potilaskeskeisyyden, tehokkuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi lääketieteellistä laatua (Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patients safety 2014). Tärkeitä osa-alueita ovat myös henkilöstön hyvinvointi ja kehittyvä organisaatio. Laadun seurannan tulee perustua sen eri osa-alueiden mittaamiseen.

VSSHP:ssä on käynnistynyt v. 2021 merkittävä strategiauudistus, joka ohjaa myös laadunhallintasuunnitelmaamme. Strategian neljä painopistealuetta liittyvät kaikki läheisesti myös laadunhallintasuunnitelmaan:

- 1) Asiakaskokemus: Tavoitteena Suomen paras asiakaskokemus
- 2) Henkilöstökokemus: Tavoitteena Suomen arvostetuin työpaikka
- 3) Kuntayhteistyö: Tavoitteena laadukkaat, yhdenvertaiset ja kustannustehokkaat palvelut
- 4) Jatkuva parantaminen ja uudistuminen: Tavoitteena Pohjoismaiden paras yliopistosairaala

VSSHP:n arvot vaikuttavat sekä päivittäiseen että pidemmän aikavälin toimintaamme ja ohjaavat myös laadunhallintasuunnitelmaamme (kuva 1.1)



Kuva 1.1 VSSHP:n arvot

Taulukko 1.1 Terveydenhuollon laadun eri näkökulmia
<p>Potilastyön kliininen laatu, mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliiniset potilaslaaturekisterit • Potilasturvallisuus • Potilaiden raportoima vaikuttavuustieto (PROM)
Tutkimuksen laatu
Opetuksen laatu
<p>Prosessien, rakenteiden ja resurssien muodostaman kokonaisuuden laatu, mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SHQS • FINAS (Finnish Accreditation service) ISO/EN standardit
<p>Asiakaskokemuksen laatu, mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NPS • Potilastyytyväisyyskysely
Henkilöstökokemuksen laatu

Laatutyön työkaluja ovat mm. laatumittarit, vaaratapahtumailmoitukset sekä havainnointikierrot. Potilaan / asiakkaan rooli laatutyössä korostuu nykyään entisestään. Niinpä tärkeitä laatumittareita ovat potilaiden raportoimat tapahtumat ja kokemukset. Henkilöstökemusta mitataan säännöllisesti toistuvilla henkilöstökyselyillä. Toimintaprosessien laadun parantamisen työkaluna on ensisijaisesti SHQS- ja ISO/EN standardijärjestelmät. Laatutyöhön liittyy läheisesti myös tiedon raportointi johdon / arvioinnin tietopöydällä, jota aktiivisesti kehitetään. Sen myötä laatutietoa pystytään jatkossa hyödyntämään reaaliaikaisesti. Potilasturvallisuusraportti julkaistaan kerran vuodessa.

1. Hoidon saatavuus ja hoitoketjut

Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy tietoja on kerätty vuodesta 2005 lähtien, jolloin kiireettömään hoitoon pääsyn säännökset astuivat voimaan. Tietojen raportoinnin perusta on terveydenhuoltolain (1326/2010) 51–53 §. Hoitoon pääsyn toteutumista valvovina viranomaisina toimivat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot (AVI). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tuottaa valvontaa varten tarvittavat tiedot Valviralle ja aluehallintovirastoille.

Tiedonkeruu on toteutettu kolme kertaa vuodessa (30.4., 31.8. ja 31.12. ajankohdista). Koronapandemian aiheuttamien hoitoviipeiden ja kertyneen hoitovelan kartoittamiseksi, vuoden 2021 alusta lähtien tiedot on kerätty vuoden jokaisen kuukauden viimeisen päivän tilanteesta.

VSSHP:ssä hoitoonpääsytilastot tuottaa 2M-IT. Tilastot tulevat tarkastettavaksi arviointiyli-lääkärille, jonka tehtävänä on evaluoida kiireettömän hoidon toteutumista toimialueittain sekä arvioida kirjaamisen laatua ja oikeellisuutta. Hoitoonpääsytiemme löytyvät sairaanhoitopiirin verkkosivuilta talous- ja toimintalukujen alta.

Kehittämistoimenpiteet

- Parannetaan kirjaamisen laatua oikeamman rekisteritiedon varmistamiseksi yhteistyössä arviointiyli-lääkärin, tietohallintoyli-lääkärin, 2M-IT:n ja toimialueiden kanssa.
- Varmistetaan potilaiden hoidon tasavertaisuutta seuraamalla asuinkuntaakohtaisia tilastoja johdon tietopöydän kautta.
- Kehitetään arvioinnin tietopöytä, jonka osaksi hoitotakuutiedot otetaan.

- Kehitetään tulevan hyvinvointialueen hoito- ja palveluketjuja yhteistyössä alueen peruspalvelujen kanssa.

2. Asiakas- ja potilaslähtöisyys

Asiakaskokemus muodostuu meidän ja asiakkaidemme välisessä vuorovaikutuksessa. Kaiken keskiössä on asiakas (käyttäjäasiakas eli potilas). Kehitämme toimintakulttuuriamme niin, että jokaisen asiakkaan on mukava tulla meille. Haluamme, että asiakaskokemuksemme tunnetaan ja tunnustetaan koko maassa.

Asiakaskokemus on nostettu sairaanhoitopiirin strategiassa omaksi painopistealueekseen. Asiakaskokemuksen kehittämistä on tehty projekti-ASKO. Projektipäällikön lisäksi projektissa toimii moniammatillinen projektiryhmä. Projektissa vuoden 2021 aikana selvitettiin asiakkaiden keskeisimpiä odotuksia ja kiteytettiin palvelulupaus vastaamaan asiakkaiden odotuksia. Tunnistettiin kriittiset asiakaskohtaamiset ja kuvattiin asiakaspolkua. Selvitimme mikä on tämänhetkinen asiakaskokemuksen taso ja määrittelimme halutun tason. Saimme luotua myös asiakaskokemuksen johtamisen ja jatkuvan kehittämisen mallin.

Lisäksi lähdimme pohtimaan palautteen antamisen sujuvuutta asiakkaille sekä tiedon hyödynnettävyyttä ammattilaisten näkökulmasta. Tunnistimme tiedolla johtamiseen liittyviä kehittämistoimenpiteitä.

- Palautteen antamisen helppous ja sujuvuus asiakkaille
- Palautteen raportointikäytänteiden kehittäminen
- Palautteiden analysointiin käytettävän työpanoksen vähentäminen
- Laadullisen palautteen parempi hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä
- NPS:n eli suositteluindeksin käyttöönotto

Taulukko 2.1 ASKO-projektin tavoitteet vuonna 2022.

1. Asiakaskokemusorganisaation toiminnan aloittaminen ja kehittäminen
2. Henkilöstön koulutus ja valmennus palvelutilanteisiin
3. Asiakaskokemuksen säännöllinen mittaaminen ja seuranta
4. Digitaalisten asiakaskanavien ja polkujen tunnistaminen sekä kehittäminen
5. Asiakaskäyttöön tarkoitetun mobiilisovelluksen käyttöönotto ensimmäisten palveluiden osalta

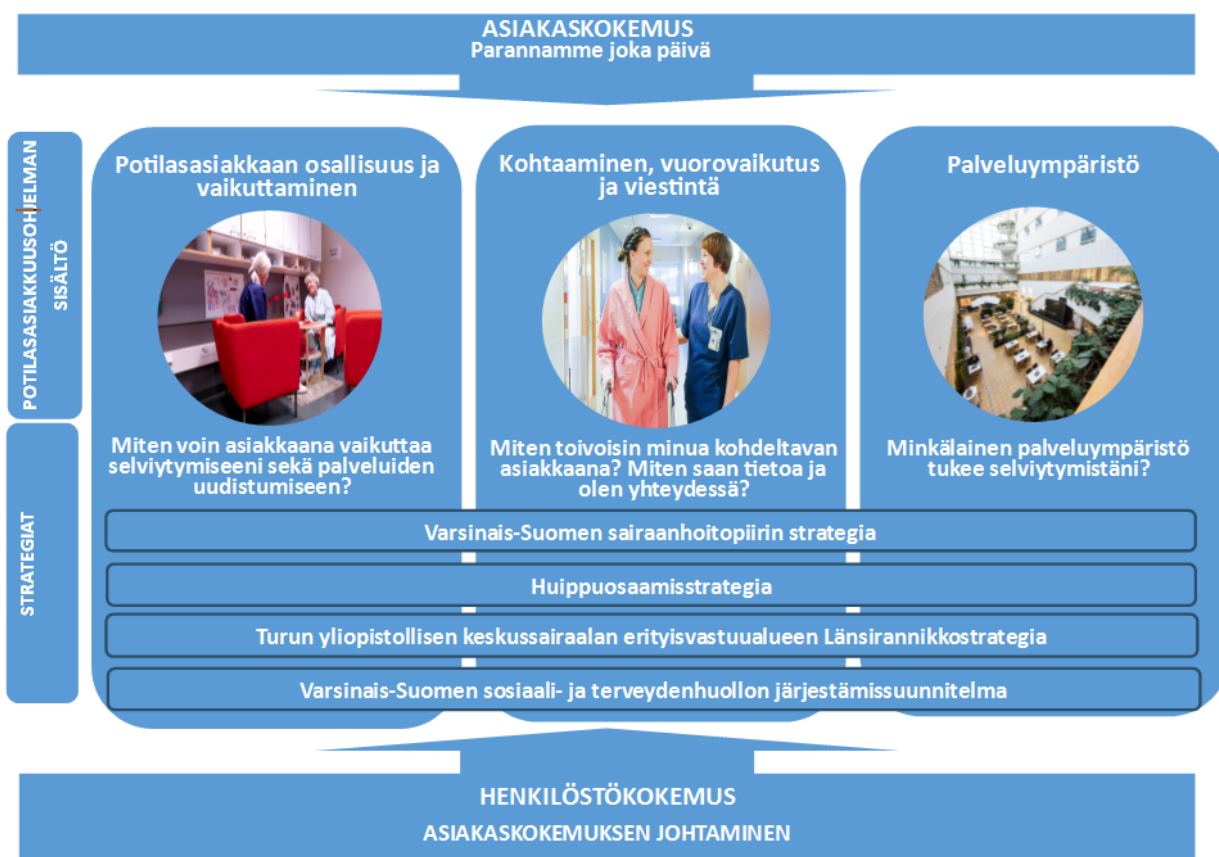
Ammattilaisemme kohtaavat asiakkaansa yhä useammin sähköisten asiointi- ja hoitopalveluiden välityksellä. Asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttavat sairauden hoidon lisäksi kaikki palveluprosessissa tapahtuvat kohtaamiset. Ennen palvelutapahtumaa, esimerkiksi puhelinyhteys tai nettisivut, palvelutapahtuman aikana terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja jälkeen, esimerkiksi annettujen ohjeiden selkeys.

Tekemällä asiakasymmärryksen perustuvia valintoja, vahvistamme hyvän asiakaskokemuksen toteutumista toiminnassamme ja huomioimme asiakkaiden odotukset palveluitamme kohtaan. Asiakaslähtöinen palvelulupauksemme on seuraava:

Lupaamme, että tulet ystävällisesti kohdatuksi ja kuulluksi jokaisessa kohtaamisessa.

Asiakaskokemuksen kehittämisessä on nostettu keskeisiksi seuraavat asiat (kuva 2.1):

1. Potilasasiakkaamme ja heitä edustavat tahot ovat mukana hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä palvelutoiminnan kehittämisessä. Asiakkaita kannustetaan antamaan palautetta palvelukokemuksistaan eri keinoin.
2. Kohtaamme potilasasiakkaat ystävällisesti tasavertaisina kumppaneinamme. Tarjoamamme asiantuntemus perustuu luottamukseen ja potilasturvallisuuteen. Asiakaspalvelussa ja potilasohjeistuksessa huomioimme äidinkielen ja kulttuurin.
3. Sairaalamme ovat turvallisia, esteettömiä ja palvelut saavutettavia. Ammattilaisemme ovat ystävällisiä ja tottuneita kohtaamaan vaikeitakin tilanteita.



Kuva 2.1 Asiakaskokemuksen kehittämisen keskeiset osa-alueet.

Kehittämisen koordinaatio

Kehittämistä viedään eteenpäin vuonna 2022 edelleen ASKO- projektiryhmässä ja tukena ovat moniammatillinen Potilasasiakkuus ja palvelukulttuuri -työryhmä, sekä asiakkaat ja muu henkilöstö. Olemme mukana valtakunnallisessa Asiakaslähtöisyyden kehittämisverkosto – SOTEssa. Verkoston tavoitteena on käydä kansallista keskustelua, luoda ja kehittää kansallisesti yhtenäisiä asiakaspalautteikäytäntöjä, asiakkaan osallistumismahdollisuuksia sekä asiakkaan palvelukokemusta kokonaisuudessaan. Osallistumme vuosittain kansalliseen asiakaspalautteen keruuseen. Verkostossa seurataan 5 kansallisen kysymyksen tilannetta organisaatioittain.

Asiakaskokemuksen laadun mittaaminen

Asiakastyytyväisyys on yksi tärkeä osa arvoa tuottavaa toimintaamme ja palveluidemme laatua. Terveystuolain (1326/2010) ja potilaslain (785/1992) mukaisesti palautteen sisältämää tietoa hyödynnetään potilaslähtöisen hoidon ja hoitoprosessien suunnittelussa ja toteuttamisessa yhdessä asiakkaidemme kanssa.

Asiakastyytyvyyttä seurataan VSSHP:ssä säännöllisesti. Tällä hetkellä on käytössä koko organisaation laajuudella kahta rinnakkaista palautteenkeruujärjestelmää. Palautetta voi antaa esimerkiksi nettisivujen kautta, palautelomakkeella ja tekstiviesteillä. Myös muita palautteenantomahdollisuuksia on palvelusta riippuen.

Vuonna 2022 jatkuvana tavoitteenamme on asiakkailta saatavan palautteen määrän kasvu.

Kehittämistoimenpiteet vuodelle 2022

- Jatkuvan kehittämisen ja johtamisen mallin ottaminen käyttöön ja kehittäminen
- Palautemallin- ja toimintatapojen kehittäminen
- Viestintä asiakaskokemuksen tuloksista, niin sisäisesti kuin asiakkaillekin
- Asiakaspolkujen kuvaaminen (jatkuu vuodelta 2021)
- Valmennukset henkilöstölle

Asiakasosallisuus

VSSHP:n asiakaslähtöisen toiminnan tavoitteena edistää asiakkaiden osallisuutta, niin että heidän äänensä tulee paremmin kuulluksi toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa. Sairaalan asiakaslähtöistä toimintaa edistetään asiakasraati- ja kokemusasiantuntijatoiminnalla ([linkki vsshp:n asiakasraati- ja kokemusasiantuntijatoiminnan internetsivulle](#)) sekä järjestöyhteistyöllä.

Asiakasraati on perustettu vuonna 2015. Asiakasraati ottaa kantaa konkreettisiin asioihin, kuten: tilojen asiakaslähtöisyyteen, kielelliseen tasa-arvoon ja internetsivujen sisältöön. Asiakasraati on laatinut Hyvän asiakaspalvelun periaatteet. Asiakasraadın toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen.

Kokemusasiantuntijatoiminta on käynnistynyt vuonna 2017. Kokemusasiantuntijalla (KAT) tarkoitetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kouluttamaa henkilöä, jolla on omakohtaista kokemusta sairaudesta tai vammasta, joko sitä sairastavana, siitä kuntoutuvana, palvelun käyttäjänä tai omaisena. Sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijat palvelevat sairaanhoitopiirin toimi- ja palvelualueilla. Tehtävät ovat moninaisia.

Keräämme palautetta ([linkki palautelomakkeeseen](#)) kokemusasiantuntijatoiminnasta.

3. Henkilöstön osaaminen

VSSHP:n henkilökunnan osaamis- ja koulutusvaatimukset vaihtelevat ammattiryhmittäin ja työtehtävittäin. Osaamista ylläpidetään tarvelähtöisesti VSSHP:n osaamisen hallinnan mallin mukaisesti (kuva 3.1), joka sisältää osaamisen arvioinnin ja kehittämissuunnitelman laatimisen. Osaamisen kehittämissuunnitelmassa huomioidaan koko sairaanhoitopiirin yhteisesti sovitut kehittämiskohteet ja toimialue-/yksikkökohtaiset kehittämisalueet, jotka konkretisoidaan kunkin työntekijän kohdalla henkilökohtaiseksi kehittämissuunnitelmaksi vuosittaisessa kehityskeskustelussa.



Kuva 3.1 VSSHP:n henkilökunnan osaamisen hallinnan malli

Perehdytys, täydennyskoulutukset, työkierto ym. osaamisen kehittäminen ja osaamista osoittavat suoritetut luvat, kortit ja passit dokumentoidaan VSSHP:n osaamisenhallintajärjestelmään (Sympa-HR).

Perehdytys

Osaamisen varmistaminen aloitetaan kattavalla perehdytyksellä uuden työntekijän työsuhteen alussa, tehtäviä vaihtavalle, sijaisille ja harjoitteluaan suorittaville opiskelijoille. VSSHP:n perehdytysohjelma koostuu kaikille yhteisestä perehdytyksestä sekä toimialue-/työyksikkökohtaisesta perehdytyksestä. Kaikille yhteinen perehdytys sisältää paitsi kaikille yhteistä materiaalia myös lisämateriaalia potilashoidossa tai esimiestehtävissä aloittaville työntekijöille. Perehdytys on esimiehen vastuulla ja perehdytyksen toteutusta varten on tarjolla tarkistuslistoja, perehdytysuunnitelman pohja sekä muuta tukimateriaalia.

Kaikille yhteinen perehdytys sisältää seuraavat koulutukset, joista osa suoritetaan uudelleen täydennyskoulutuksena määrätyin väliajoin:

- Tietoturva ja tietosuojat (2 v välein)
- Infektioiden torjunta (suositus 5 v välein)
- Potilasturvallisuutta taidolla
- Paloturvallisuutta taidolla (3 v välein)
- Alkusammutusharjoitus (3 v välein)
- Henkilöturvallisuutta taidolla (3 v välein)
- Elvytysharjoitus (säännöllisesti yksikön ohjeiden mukaisesti)
- Vuorotellen vaikuttaen
- Henkilöstöasioiden ABC
- Kestävää kehitystä terveydenhuollossa

Potilasturvallisuusosaamisen varmistamiseksi jokainen uusi työntekijä suorittaa Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutuksen sekä perehtyy yksikössä käytössä oleviin potilasturvallisuuden menettelytapoihin (esim. ISBAR, tarkistuslistat, potilaan tunnistaminen), ohjeisiin ja lääkintälaitteisiin (laitepassi). Lisäksi työntekijän tulee perehtyä VSSHP:n potilasturvallisuussuunnitelmaan ja lääkehoitosuunnitelmaan.

Laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat lääkehoitosuunnitelman mukaisesti Lääkehoidon osaaminen verkossa (LOVe) -koulutuskokonaisuudesta nimikkeen ja tehtävänkuvan mukaiset osiot ja siihen liittyvät näytöt viiden vuoden välein uudistettavaa lääkehoitolupaa varten.

Terveydenhuollon laitteen turvallisen käytön vaatima perehdytys, koulutus ja laitepassin suoritus toteutetaan työyksiköissä. Laitepassin laajuus ja siihen sisältyvät laitteet määritetään yksiköittäin työyksikössä käytettävien laitteiden mukaisesti (Laki terveydenhuollon tarvikkeista ja laitteista 629/2010).

Täydennyskoulutus

Lean- ja laatukoulutukset

VSSHP hyödyntää SHQS laatustandardia toimintaprosessien laadun kehittämisessä ja laadunhallintajärjestelmän rakentamisessa. Laatutavoitteita toteutetaan strategisen päämäärän – jatkuva parantaminen ja uudistuminen - mukaisesti lean-ajattelun pohjalta. Kehittämispalvelut -yksikkö järjestää säännönmukaisesti sisäistä laatu- ja lean-koulutusta koko henkilöstölle suunnattuna:

- Lean-kehittäjän koulutusohjelma
- Lean koulutusohjelma johdolle ja esimiehille
- SHQS Laatukoulutus LAKO
- SHQS Sisäisen auditoijan koulutus SAKO

Lean-koulutusten tavoitteena on osallistaa henkilökuntaa toimintaprosessien laatutyöhön ja sitä kautta edistää myös palvelun laatua ja potilasturvallisuutta. Laatutyön jalkauttamisessa tärkeä rooli on myös tulosaluekohtaisilla laatukoordinaattoreilla.

Potilasturvallisuuskoulutus

VSSHP:ssä järjestetään säännönmukaisesti myös sisäistä potilasturvallisuuskoulutusta potilasturvallisuuspäällikön koordinoimana. Koulutuksia järjestetään mm. HaiPro- vaarapahtumien ilmoitusjärjestelmästä, lääkehoidon turvallisuudesta (lääkelaskukoulutukset, kanylointikoulutukset, lääkehoidon eri reitit, ym.) sekä vaihtuvista teemoista potilasturvallisuuden teemapäivinä. Lisäksi Lääkehoidon osaaminen verkossa – koulutuskokonaisuuteen kuuluvat kurssit ovat jatkuvasti henkilökunnan käytettävissä:

- LOP - Lääkehoidon osaamisen perusteet
- LOP - Rokote
- LOP – PKV
- Covid 19 -opintopolku
- IV - Lääke- ja nestehoito laskimoon
- IV-AKU Akuuttitilanteiden ja ensihoidon lääkkeet
- IV-RTG Röntgenhoitajien syventävä IV-koulutus
- KIPU 1 - Kivun lääkehoidon perusteet
- KIPU 2 - Kivun lääkehoito eri tilanteissa
- ABO - SPR:n verensiirron kurssimateriaali
- PSYK - Mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien lääkehoito

- LAS Lasten lääkehoito
- SuuLOP - Lääkehoito suun terveydenhuollossa
- GER- läkkäiden lääkehoito
- MiniLOP - Lääkehoidon osaamisen perusteet lääkehoitoon kouluttamattomille

Myös Potilasturvaportin verkkokoulutukset ovat jatkuvasti henkilökunnan käytössä:

- ISBAR -menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun
- Laiteturvallisuus
- Potilaan tunnistaminen
- Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta
- Vaaratapahtumien raportointi - HaiPro
- Vakavien vaaratapahtumien käsittely
- Väsymysriskin hallinta

Säteilysuojelukoulutus

Säteilyn käyttöön osallistuvien työntekijöiden tehtävien edellyttämää säteilysuojelukoulutusta järjestetään vuosittain sisäisenä luentokoulutuksena Kuvantamisen toimialueen koordinoimana, mutta myös verkkokoulutuksena:

- Säteilysuojelun yleiset perusteet
- Säteilyn käyttö kuvantamistutkimuksissa
- Säteilyn käyttö isotooppilääketieteessä
- Säteilyn käyttö sädehoidossa.

Kurssien sisältö vastaa Säteilyturvakeskuksen ST 1.7 suosituksia täydennyskoulutuksesta ja koulutuksella voidaan suorittaa osia täydennyskoulutusveloitteesta eri ammattiryhmille. Sisältö on uudistetun säteilylainsäädännön (859/2018) mukainen.

VSSHP:n työntekijöillä on käyttöoikeudet myös Duodecimin ylläpitämän Oppiporttiin, jossa voi opiskella useita eri terveydenhuollon koulutuksia.

Infektioidentorjuntakoulutukset

Vuosittain järjestetään viisi alueellista infektion torjuntakoulutusta. Lisäksi järjestetään yksikkökohtaisia koulutuksia tarpeen mukaan. Moodlessa on Infektioiden torjunta -verkkokurssi sekä keskuslaskimokatetrihoidon verkkokurssi.

Kehittämistoimenpiteet

- Johtamisosaamisen kehittäminen sisältäen osaamisen johtamisen näkökulma
- Perehdytyksen dokumentoinnin kehittäminen tulosaluekohtaisilla sähköisillä perehdytyslomakkeilla (SympaHR)
- Ruotsin kielen osaamisen lisääminen ja siten omalla äidinkielellä saatavan hoidon lisääminen kieliohjelman mukaisesti

4. Laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmä

Laadunhallinnan standardit

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on kevästä 2018 alkaen sitouduttu laadunhallintaan ja toimintojen kehittämiseen sosiaali- ja terveystalvakuille kehitetyn Social and Health Quality Standard, SHQS laatustandardin mukaisesti. Lisäksi käytössä on muita laatustandardeja, esimerkiksi Kuvantamisen ja Laboratorio toimialueilla on käytössään akkreditoidut ISO-standardeihin perustuvat laatujärjestelmät.

Laatustandardien avulla organisaatio arvioi omaa toimintaansa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin, hyviin hoitokäytäntöihin ja näyttöön perustuvaan toimintaan sekä jatkuvan laadunparantamisen periaatteisiin. Laatustandardien mukaiseen toimintaan sisältyvät säännölliset itsearviointit, sisäiset auditoinnit ja johdon katselmukset. Arviointien perusteella tehdään jatkuvaa toiminnan laadun kehittämistyötä. Laatustandardien mukaiset laatujärjestelmät tukevat yksikköjen johtamista, toiminnan jatkuvaa parantamista, jatkuvaa oppimista sekä parantavat tutkimusten ja toiminnan laatua, toistettavuutta, luotettavuutta ja vaikuttavuutta.

Tavoitteena on ottaa SHQS käyttöön koko sairaanhoitopiirissä ja edetä kohti ulkoista laaduntunnustusta strategiassa esitettyjen tavoitteiden mukaisesti. Ne yksiköt, joilla on tällä hetkellä käytössään jokin muu laatustandardi kuin SHQS, voivat jatkaa niiden käyttöä ja käyttävät SHQS:ää soveltuvin osin toimintansa jatkuvassa parantamisessa.

Taulukko 4.1. SHQS käyttöönoton tavoitteet sairaanhoitopiirin strategiassa 2021–2025.

VUOSI	TAVOITTEET VUODELLE
2021	Otamme käyttöön Sosiaali- ja terveystieteiden laatuohjelman (SHQS) koko sairaanhoitopiirissä
2022	Yliopistollisen sairaanhoitopiirin laadunohjaus ja laatutyö etenee kohti ulkoista auditointia
2023	Tavoittelemme SHQS-laaduntunnustusta
2024	SHQS-laaduntunnustuksen pohjalta toiminnan jatkuva parantaminen ja arviointi etenee Pohjoismaiden viitekehyksessä
2025	Laatujohtamisemme ja laadunhallintamme on Pohjoismaiden yliopistosairaanalan verkostossa parasta

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuut ja organisointi

Sairaanhoitopiirin organisaatiossa ([linkki sairaanhoitopiirin organisaatiokaavioon](#)) ylintä päätösvaltaa käyttää kuntayhtymän valtuusto. Käytännön toimintaa johtaa sairaanhoitopiirin johtaja apunaan johtoryhmä ([linkki sairaanhoitopiirin johtoryhmän kokoonpanoon VSSHP:n internetsivulla](#)). Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden organisointia on esitetty kuvassa 4.1.

Johdon ja esimiesten vastuita, tehtäviä ja toimivaltaa on kuvattu toimintasäännössä, hallintosäännössä ([linkki vsshp:n strategiat ja säännöt internet-sivulle](#)) sekä tehtävänkuivissa (taulukko 4.2.). Tulosvastuullinen johto vastaa toiminnan laadusta, laadunhallinnan menettelyjen toimeenpanosta ja valvonnasta sekä potilasturvallisuuden toimeenpanosta ja seurannasta.

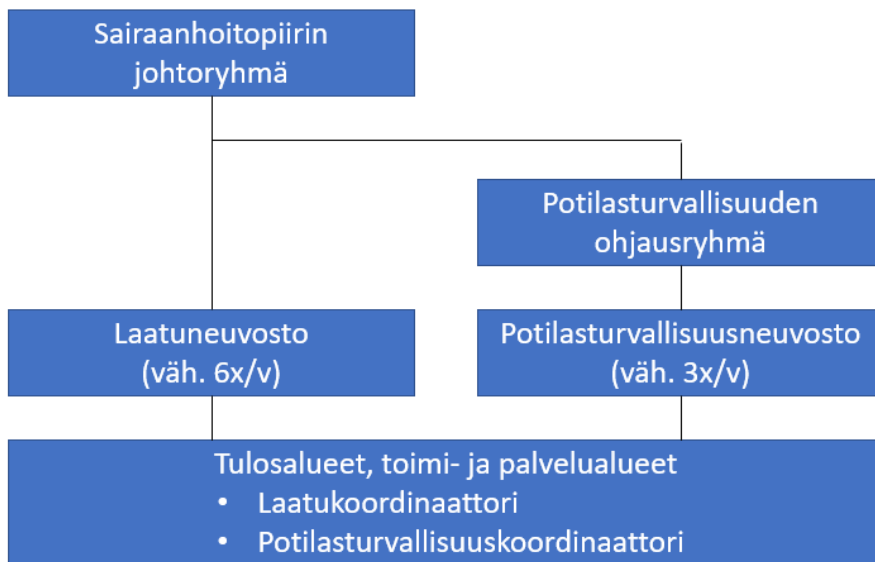
VSSHP:n laatuneuvosto tukee toimi-, tulos- ja palvelualueiden johtoa laadunhallinnan tehtävissä. Laatuneuvoston tehtävänä on ylläpitää sairaanhoitopiirin laadunhallinnan suunnitelmaa, edistää sairaanhoitopiirin laatujärjestelmän kehittämistä, koordinoita ja kehittää laadunhallinnan menettelyjä, seurata itsearviointien ja auditointien tuloksia, ylläpitää laatuasiantuntijoiden verkostoja sekä seurata lean-implementointia. Laatuneuvoston ohjausryhmänä toimii sairaanhoitopiirin johtoryhmä. Laatuneuvosto koostuu toimi-, tulos- ja palvelualueiden nimetyistä laatukoordinaattoreista ja muista laadunhallinnan asiantuntijoista.

Potilasturvallisuudesta vastaa johtajaylilääkäri yhdessä hallintoylihoitajan kanssa. Tulosalueilla sekä toimi- ja palvelualueilla vastuu potilasturvallisuudesta on linjaorganisaation esimiehillä. Potilasturvallisuuden edistämistä ja varmistamista sairaanhoitopiirissä koordinoi potilasturvallisuuspäällikkö. Jokaisella toimialueella on oma potilasturvallisuuskoordinaattori. Yksiköissä toimivat potilasturvallisuuden yhdyshenkilöt. Potilasturvallisuuspäällikkö, potilasturvallisuuskordinaattorit sekä erikseen nimettävät potilasturvallisuuden asiantuntijat muodostavat potilasturvallisuusneuvoston, joka seuraa potilasturvallisuutta, varmistaa potilasturvallisuusmenettelyjen toteutumista ja laatii kehitysehdotuksia menettelyjen parantamiseksi. Potilasturvallisuuden ohjausryhmä koordinoi potilasturvallisuustyötä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii johtajaylilääkäri. Potilasturvallisuuden vastuita on kuvattu tarkemmin VSSHP:n potilasturvallisuussuunnitelmassa.

Taulukko 4.2. Laatu- ja potilasturvallisuusvastuut sairaanhoitopiirin ohjeistuksissa

	Vastuu
Toimialuejohtaja	Johtaa ja valvoo toimialueensa terveyden- ja sairaanhoitoa.
Palvelualuejohtaja	Johtaa palvelualueitaan ja vastaa palvelujen tuottamisesta toimialueille.
Vastuualuejohtaja	Vastaa potilashoidon, diagnostiikan ja palveluiden sisällöstä ja laadusta sekä toiminnan ja hoidon kehittamisestä.
Palvelu- tai muun vastaavan yksikön päällikkö	Johtaa yksikköään sekä vastaa palveluiden sisällöstä ja laadusta.
Sairaalaylihoitaja	Ylläpitää ja kehittää sairaalan laatujärjestelmää.
Ylihoitaja	Johtaa hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta sekä palvelun laatua ja potilaslähtöisyyttä. Lisäksi ylihoitaja ylläpitää ja kehittää toimi-, tulos- tai palvelualueensa laatujärjestelmää. Tähän kuuluu laadunhallinnan osaamisen varmistaminen, laatujärjestelmä ja sen prosessit sekä jatkuva parantaminen.
Osastonhoitaja	Vastaa yksikön asiakaspalvelusta, hoitotyön laadusta, potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä työturvallisuudesta ja viestinnästä yhteistyössä yksikön johdon kanssa. Lisäksi hän osallistuu prosessien ja hoidon laadun kehittämiseen.
Apulaisosastonhoitaja	Kehittää asiakaspalvelua, hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta sekä osallistuu työturvallisuuden kehittämiseen.

	Vastuu
Hallinnollinen osastonhoitaja	Vastaa omien yksiköiden asiakaspalvelusta, hoitotyön laadusta, laatujärjestelmän noudattamisesta, potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä työturvallisuudesta ja viestinnästä yhteistyössä yksikön johdon kanssa. Lisäksi hän osallistuu prosessien ja hoidon laadun kehittämiseen.
Jokainen sairaanhoitopiirin työntekijä	Vastaa oman työnsä laadusta, noudattaa potilasturvallisuutta varmistavia menettelytapoja ja toimii VSSHP:n arvojen mukaisesti.



Kuva 4.1 Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden organisointi

Kehittämistoimenpiteet

- SHQS käyttöönotto etenee johdon tuella
- Toimi-, tulos- ja palvelualueet arvioivat ja kehittävät toimintaansa SHQS kriteerien mukaisesti

5. Laadun ja potilasturvallisuuden mittaaminen, arviointi, seuranta ja raportointi

Painopiste: VSSHP strategia – Jatkuva parantaminen ja uudistuminen – tavoitteena Pohjoismaiden paras yliopistosairaala

Painopistealueesta vastaavat hallintoylihoitaja ja johtajaylilääkäri.

Taulukko 5.1 Jatkuvan parantamisen ja uudistumisen tavoitteet ja toimenpiteet vuodelle 2021

Tavoitteet	Toimenpiteet
1. Valitsemme vakiintuneet arviointiperusteet ja mittarit yliopistosairaalan perustehtävälle (potilashoito, tutkimus, koulutus) erityisvastuualueyhteistyö huomioiden	<ul style="list-style-type: none"> • Selvitämme olemassa olevat mittaristot (potilas, koulutus, tutkimus) • Valitsemme käytettävät mittarit, tavoitetasot, aikataulut (potilas, koulutus, tutkimus) • Käynnistämme mittariston käyttöönoton (potilas, koulutus, tutkimus)
2. Laadimme digi-ohjelman yliopistollisen sairaanhoitopiiriin ja sairaalan tehokkuuden ja kilpailukyyn kehittämiseksi	<ul style="list-style-type: none"> • Yliopistosairaalan potilashoidon ydinprosessien kuvaukset on laadittu, vähintään 1/toimialue • Yliopistosairaalan potilashoidon ydinprosessien kuvaukset on digitalisoitu • Viestintäsuunnitelma TKI-toiminnan (tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta) osalta
3. Kartoitamme nykyiset tutkimuksen rahoituskanavat ja mahdollisuudet niiden parempaan hyödyntämiseen	<ul style="list-style-type: none"> • Rahoituskanavien kartoitus ja hakuprosessien tukeminen • TKI-toiminnan viestintäsuunnitelma ja yhteistyön syventäminen (Terveyskampus Turku)
4. Henkilöstömme hallitsee kestävän kehityksen ajattelun	<ul style="list-style-type: none"> • Kestävä kehitys -ajattelu etenee koulutuksen ja kehittämishankkeiden tuella
5. Otamme käyttöön Sosiaali- ja terveystieteiden laatuohjelman (SHQS)	<ul style="list-style-type: none"> • SHQS-laatuohjelman käyttöönotto etenee johdon tuella

MILA-mittaaminen ja laatu -projektissa vuoden 2021 aikana on tavoitteena löytää kansainvälisen sekä kansallisen vertailun mahdollistavat mittarit yliopistosairaalan potilashoidon, koulutuksen ja tutkimuksen osa-alueilta. Mittaamalla toimintaamme suhteessa kansainväliin ja kansallisiin vertailukohtiin sekä kehittämällä toimintaamme yhä paremmaksi, kehitämme kohti Pohjoismaiden parasta yliopistosairaala. Projektissa valmistaudutaan myös koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yhtenäiseen SHQS-laatuohjelman ulkoiseen auditointiin.

Potilasturvallisuussuunnitelmassa on määritelty raportoitavat potilasturvallisuusindikaattorit VSSHP:ssä. Potilasturvallisuuden kansallisten mittareiden kehittämiseksi on käynnissä kansallinen VN TEAS -hanke, jossa tavoitteena on kehittää ehdotus potilas- ja asiakasturvallisuuden mittaamiseen. Yhteiset, kansalliset potilasturvallisuusmittarit tulevat täsmentymään vuoden 2021 aikana tämän projektin myötä. Näiden käyttöönoton pilotti on sovittu toteutettavaksi VSSHP:ssä.

VSSHP on mukana kansallisessa **hoitotyönsensitiivisessä tietotuotannossa**, jota toteutetaan Hoitotyön kansallisen vertaiskehittämisen (HoiVerKe) verkostossa. Verkostossa seurataan indikaattoreita, jotka ovat keskeisiä kansainvälisissä akkreditoinneissa. Tietotuotannossa huomioidaan kansainväliset määrittelyt. Verkostoyhteistyö mahdollistaa hoitotyön vertaiskehittämisen ja hyvien käytänteiden jakamisen. Tavoitteena on potilaan hoidon laadun jatkuva parantaminen ja potilasturvallisuuden varmistaminen. Lisäksi tavoitteena

on tunnistaa hoitotyön laadun poikkeamat tutkimuksen, koulutuksen ja perehdytyksen tu-
eksi.

VSSHP:ssä on kerätty vuodesta 2018 alkaen hoitotyön potilaspalautetta (HoPP-kysely) ja
tietoa hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyydestä ja työhön sitoutumisesta (NES+-kysely).
Vuoden 2020 loppuvuoden aikana tietotuotanto laajentui potilaille haittaa aiheuttaneisiin
kaatumisiin ja putoamisiin sekä sairaalajaksolla syntyneisiin painehaavoihin, joista tietoa
kerätään kuukausitasolla ja raportoidaan neljännesvuositasolla.

Laatumittarointi

VSSHP:n laatumittaroinnin tavoitteena on kyetä vertailemaan eri tulosyksiköiden sekä
koko sairaalan toimintaa:

1. Saman yksikön sisällä eri aikapisteissä.
2. Toisiin samankaltaisiin yksiköihin ja sairaaloihin Suomessa ja Pohjoismaissa.
3. Standardeihin, kuten lakien ja säädösten asettamiin tai akkreditaatiotahojen tuotta-
miin.
4. Kirjallisuuden ja tutkimuksen tuottamiin parhaimmiksi määriteltyihin tavoitekäytäntöi-
hin.

Laatumittareiden tulosten raportointi VSSHP:n sisällä

Taulukko 5.2. Laatumittareiden tulosten raportointi VSSHP:ssä.

	Vastaava taho	Raportoinnin frekvenssi
Laadunhallintasuunnitelman päivitys ja raportointi	AYL, AYH	1 x vuodessa
Laadun osavuosisikatsaukset (arviointi- n tietopöytä)	AYL	2–3 x vuodessa
Laatumittareiden ja tulosten käsittely	VSSHP, TYKS, toimialueet	4 x vuodessa
Potilasturvallisuusraportointi	Potilasturvallisuuspäällikkö	1 x vuodessa

	Vastaava taho	Raportoinnin frekvenssi
Henkilöstökyselyn raportointi	Henkilöstöjohtaja	1 x vuodessa
Asiakaskokemuksen raportointi	Projektipäällikkö	1–2 x vuodessa
Potilasasiamiesten raportointi	Johtava potilasasiamies	1 x vuodessa

Viranomaisraportointi

1. Hoitopääsytiedot THL:lle joka kuun lopun poikkileikkaustilanne.
2. Haittatapahtumien ilmoittaminen Hilmoon

Haittavaikutus on tapahtuma, joka normaaliin hoitoon verrattuna aiheuttaa potilaalle objektiivista lääketieteellistä haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Haittavaikutuksena ilmoitetaan diagnosoitavissa oleva haittavaikutus eli sen pitää olla ilmaistavissa ICD-10-luokituksen koodein.

Erikoissairaanhoidon Hilmo-tiedot toimitetaan THL:lle Hilmo 2020 oppaan mukaisesti.

Tällä hetkellä Hilmo-tiedot toimitetaan 2 viikon välein THL:ään ja tätä jatketaan toistaiseksi:

- a. Vuodeosastohoidon hoitojaksoista.
- b. Avohoitokäynneistä tai muusta tietosisällön mukaisesta avohoidon yhteystavasta.
- c. Päiväkirurgisista toimenpiteistä.
- d. Jaksottaisessa vuodeosastohoidossa olleiden potilaiden jokaisesta jaksosta.
- e. Pitkäaikaishoidon potilaan avohoitokäynneistä tai hoitojaksoista, kun hän on tullut varsinaisesta hoitopaikastaan akuutin sairauden tai muun syyn vuoksi hoitoon.
- f. Potilaista, joiden hoidollinen erikoisala vaihtuu; erikoisalan vaihtumiseksi katsotaan tilanne, jossa Hilmon erikoisalan koodi vaihtuu kahden merkin tarkkuudella (esimerkiksi potilas siirtyy kirurgiasta sisätaudeille tai silmätaudeilta korvataudeille), ja hoidollinen tarkoittaa sitä lääketieteen erikoisalaa, joka hoitaa häntä ensisijaisesti.

Kliiniset laaturekisterit

VSSHP:n lääketieteellisen laadunseurannan keskeisiä työvälineitä ovat kliiniset laaturekisterit. BCB:n kanssa yhteistyössä tuotettuja rekistereitä on 44 ja StellarQ:n kanssa 3. Kaikkien käytössä olevien rekisterien tiedot viedään kerran vuorokaudessa VSSHP:n tietoaal- taaseen. Näiden lisäksi Tieto Oy ylläpitää kansallista leikkaus- ja tehohoidon rekisteriä.

Taulukko 5.3. VSSHP kliiniset laaturekisterit

Toimialue	Laaturekisteri	Toimittaja
TO1 Tules	<ul style="list-style-type: none">• Luu- ja tukikudospankki<ul style="list-style-type: none">○ Prote○ Lonkka- ja polvirekisteri• Alaraaja<ul style="list-style-type: none">○ Polvipotilaat○ Jalkaterä ja nilkkapotilaat• Yläraaja<ul style="list-style-type: none">○ Käsikirurgiapotilaat○ Olkapääpotilaat• Selkäkirurgiarekisteri	BCB Medical
TO2 Sydänkeskus	<ul style="list-style-type: none">• Tahdistinrekisteri<ul style="list-style-type: none">○ Kardiologiarekisteri• PCI / Angio• TAVI-rekisteri• Sydänkirurgiarekisteri• Vajaatoimintarekisteri	
TO3 Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka	<ul style="list-style-type: none">• Verisuonikirurgiarekisteri• Lihavuuskirurgiarekisteri• Tyrärekisteri	
TO4 Neurokeskus	<ul style="list-style-type: none">• Aivoverenkiertohäiriörekisteri• Aneurysmarekisteri• Aivovammarekisteri	

Toimialue	Laaturekisteri	Toimittaja
	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrokefalusrekisteri • Selkäkirurgiarekisteri (TO1) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • MS-taudin hoidon seuranta • MYMS-liittymä • Liikehäiriöiden vaikuttavuusjärjestelmä 	Stellar Q
TO5 Medisiininen	<ul style="list-style-type: none"> • HIV-rekisteri • Nefrologiarekisteri • Diabetesrekisteri • Myeloomarekisteri Kantasolusiirtorekisteri • IBD-rekisteri • Astmarekisteri • Valohoitorekisteri C-hepatiittirekisteri 	BCB Medical
	<ul style="list-style-type: none"> • Go Treat It Rheuma rekisteri 	Diagraph IT
TO6 Operatiivinen toiminta ja syöpätaudit	<ul style="list-style-type: none"> • Kaihirekisteri • Rintasyöpärekisteri • Verkkokalvorekisteri • Kielekerekisteri 	BCB Medical
TO7 Naistenklinikka	<ul style="list-style-type: none"> • Urogynekologiarekisteri 	
TO8 Lasten ja nuorten klinikka	<ul style="list-style-type: none"> • Lasten syöpärekisteri • Diabetesrekisteri • Vastasyntyneiden teho • Epilepsiarekisteri 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Lasten lihastautien vaikuttavuusjärjestelmä 	Stellar Q
TO9 Psykiatria	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrian neuromodulaatiorekisteri • Psykoterapiarekisteri 	BCB Medical

Toimialue	Laaturekisteri	Toimittaja
	<ul style="list-style-type: none"> • Skitsofreniarekisteri 	
TOTEK	<ul style="list-style-type: none"> • Tehohoitorekisteri • Leikkausrekisteri 	Tieto Oy

Taulukko 5.4. Kliinisten potilaslaaturekistereiden ohjausryhmä

Vastaava taho	rooli
Sairaalajohtaja	Puheenjohtaja
Tietohallintojohtaja	Jäsen
Arviointiylilääkäri	Jäsen
2M-IT palvelupäällikkö	Jäsen

Kliiniset laaturekisterit ovat etenemässä/kehittymässä parempien analytiikkatyökalujen myötä pelkästä tiedon varastoinnista kohti merkittävää tiedolla johtamisen tukea. Tulevaisuudessa korostuu potilaiden tuottaman PROM- (potilaan kokema hoitotulos), PREM- (potilaan kokemus hoidosta) sekä PRIM- (potilaan raportoima vaaratapahtuma) tiedon merkitys. Käynnissä on keskustelu sairaanhoitopiirin yhteisestä elämänlaatumittaristosta.

Kliiniset laaturekisterit pystyvät jo tuottamaan jonkin verran kansallista vertaisarviointitietoa. Kansallista kliinisten laaturekisterien ohjausryhmää johtaa tällä hetkellä HUS:n diagnostiikkajohtaja. VSSHP on mukana myös THL:n kansallisessa laaturekisterihankkeessa, jossa tällä hetkellä on mukana seitsemän tautikohtaista rekisteriä sekä hoitotyönsensitiivisen laadun työryhmä ja perusterveydenhuollon laadun seuranta.

Laatutiedon analysointi ja hallinta

Laatutiedon hallintaa ja analysointia varten on kehitteillä arvioinnin tietopöytä (kuva 5.2.). Sen avulla pyritään helpottamaan tiedon analysointia ja tiedolla johtamista.

Näkymä koko VSSHP, suodatusmahdollisuus TYKS/TYKS akuutti/toimialueet ja vastualueet			
KUVA- mittarit	<p>Potilasturvallisuus</p> <p>osa tiedoista toimitetaan kansalliselle tasolle, kansallinen sisältö muotoutuu v 2021 aikana, VNTEAS</p> <p>Vastuussa potilasturvallisuuspäällikö</p> <p>Vuosiraporttiin vaadittavat määrälliset indikaattorit (MILA sisällön kautta), tavoitteena visualisointi 2/2022 (mahdollisesti kansallinen visualisointi). Mittareiden määrittely loppuvuoden 2021 aikana.</p>	<p>MILA (Potilashoito)</p> <p>VALMISTUU v. 2021 AIKANA</p> <p>Vastuussa JYL, HYH, KEPAn johtaja, ARYL, ARYH</p> <p>Käyttöönoton aloitus v. 2021 aikana. Tavoitteena visualisointi.</p>	<p>Kliiniset laaturekisterit</p> <p>DATA TIETOALTAASSA</p> <p>Hoitotyösensitiiviset mittarit</p> <p>KIRJAAMISEN KEHITTÄMISTYÖ KÄYNNISSÄ</p> <p>Vastuussa AYH</p>
	<p>ESH Tunnusluvut</p> <p>VALMIS KOKONAISUUS</p> <p>(kansallinen vertailu, kukaan ei kansallisella tasolla kokoa)</p> <p>Vastuussa ARYL</p> <p>Tavoitteena visualisointi 1-2/2022.</p>	<p>Hoitotakuu</p> <p>VALMIS KOKONAISUUS</p> <p>(toimitetaan THL:ään, kansallinen vertailu)</p> <p>Vastuussa ARYL</p> <p>Tavoitteena visualisointi 12/2021.</p>	<p>Lääkebudjetit ja uudet kalliit lääkkeet</p> <p>SISÄLTÖ TALOUSPORTAALISTA JA APTEEKISTA, EDELLYTTÄÄ POIMIINTAA</p> <p>Vastuussa ARYL, apteekki, JYL</p> <p>Tavoitteena visualisointi 2022.</p>

Kuva 5.2. Arvioinnin tietopöydän alustava sisältö, vastuuhenkilöt ja aikataulu vuosille 2021–2022.

Kehittämistoimenpiteet

- Kehitämme arvioinnin tietopöytä, jonka osaksi mittareilla tuotettu laatu-tieto implementoidaan.
- Näiden lisäksi kehitämme yhdessä toimialueiden kanssa tulosityksiköiden omia laatumittareita / potilastyön laaturekistereitä

6. Ennakoiva potilasturvallisuustyö

Riskien hallinta on keskeinen osa järjestelmällistä potilasturvallisuuden ja laadun kehittämistä. Keräämällä aktiivisesti tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttavista uhkatekijöistä pyritään määrittämään niihin liittyvät riskit ja riskien hallintaan vaadittavat toimet, jotta mahdolliset vaaratapahtumat voidaan ehkäistä ennalta. VSSHP:n riskienhallinnan politiikka 2019 määrittelee VSSHP:n riskienhallinnan vastuut, tavoitteet ja periaatteet. Myös VSSHP:n potilasturvallisuussuunnitelmassa (luku 6) käsitellään riskien hallintaa.

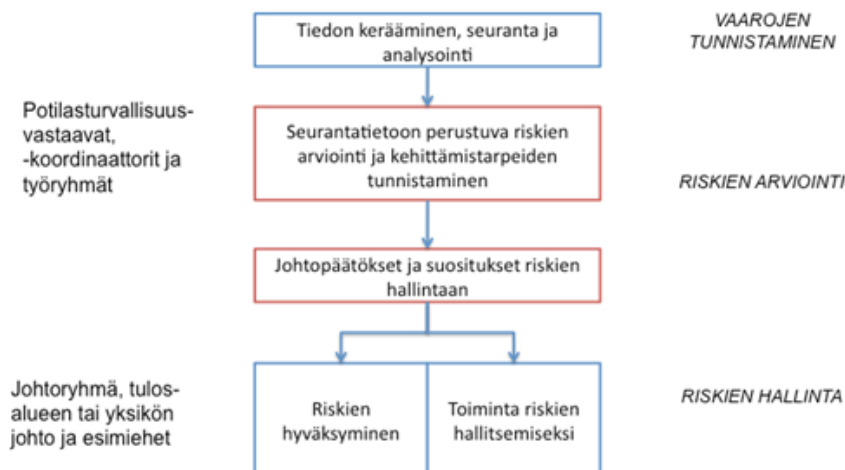
Riskien arviointia ja hallintaa tehdään sekä ennakoivasti että reaktiivisesti (jälkikäteen).

Ennakoiva riskien arviointi suoritetaan:

- Osana toimintaan kohdistuvan muutoksen suunnittelua
- Osana toiminnan normaalia kehittämistä erillisenä riskikartoituksena.

Reaktiivinen riskien arviointi suoritetaan:

- Osana yksittäisen vaaratapahtuman käsittelyä
- Osana vaaratapahtumajoukon tarkastelusta esiin nousevan ongelman käsittelyä.

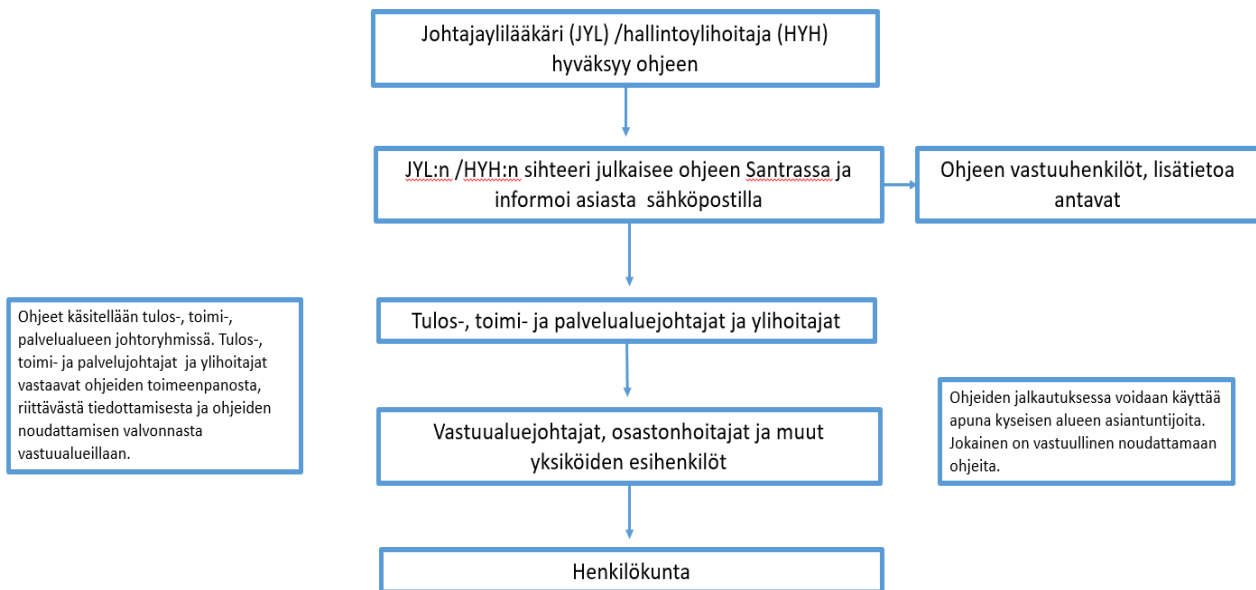


Kuva 6.1. Riskien arviointi ja hallinta

Riskien hallinnassa keskeistä on, että kukin toimintayksikkö tunnistaa omaan toimintaansa liittyvät riskit ja arvioi riskien vakavuutta ja toteutumisen todennäköisyyttä ja sen perusteella päättää toimista riskien hallitsemiseksi.

Sairaanhoitopiirissä on keskitetysti ohjeistettuja menettelytapoja (mm. Johtajaylilääkäri- ja Hallintoylihoitajan ohjeet sekä laadunhallinta-asiakirjoja (Potilasturvallisuussuunnitelma (luku 10), Lääkehoitosuunnitelma), joilla pyritään varmistamaan turvallinen ja laadukas potilashoito. Yksiköiden esimiehet vastaavat siitä, että sovittuja menettelytapoja noudatetaan.

Julkaistavat ohjeet tullaan käsittelemään seuraavasti:



Kuva 6.2. Johtajaylilääkärin ja hallintoylihoitajan ohjeiden julkaisu- ja jalkautusprosessi

7. Vaaratapahtumat

Potilaan turvallisuutta vaarantavista tapahtumista tehdään vaaratapahtumailmoitus HaiPro-raportointijärjestelmään. Kuka tahansa sairaanhoitopiirin työntekijä voi tehdä ilmoituksen. Myös potilas tai omainen/läheinen voi tehdä ilmoituksen vaaratapahtumasta ([linkki vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen VSSHP:n sivuilla](#)). Vaaratilanteiden käsittelyssä keskitytään tapahtuman myötävaikuttaneisiin tekijöihin ja toiminnan kehittämiseen ja riskien poistamiseen vastaavien tapahtumien välttämiseksi tulevaisuudessa. Näin edistetään avoimen turvallisuuskulttuurin kehittymistä. (Kts. Potilasturvallisuussuunnitelma, luku 2.4 ja 5).

- Vaaratapahtumien selvityksestä ja toiminnan kehittämisestä vastaavat yksikön vastuuhenkilöt yhteistyössä potilasturvallisuusasiantuntijoiden kanssa.
- Kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on mahdollisuus vapaaehtoiseen vaaratapahtumien raportointiin
- Vaaratapahtumat käsitellään luottamuksellisesti sovitun menettelytavan mukaan huomioiden syyllistämättömyys ja asianosaisten tukeminen tilanteen jälkeen

- Henkilöstölle tiedotetaan työyksiköissä potilasturvallisuuden kehityksestä ja toimenpiteistä potilasturvallisuuden parantamiseksi
- Vaaratapahtumia käsitellään säännöllisesti henkilöstön kanssa ja kehitetään toimintatapoja tapahtumista oppimalla
- Potilailla ja omaisilla on mahdollisuus raportoida hoidossa havaitsemistaan turvallisuuspuutteista ja saada siitä palautetta
- Vaaratapahtumia raportoidaan sairaanhoitopiiriin ja sen alueella olevien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintayksiköiden välillä

Kun yksikön HaiPro-käsittelijä luokittelee tapahtuman seurauksen potilaalle vakavaksi ja/tai tapahtuman riskiluokan korkeaksi (IV tai V), ohjautuu ilmoitus vakavan vaaratapahtuman käsittelyyn, jonka koordinoinnista vastaa potilasturvallisuuspäällikkö. Päätöksen vakavan vaaratapahtuman selvityksestä tekee johtajaylilääkäri. Potilasturvallisuussuunnitelmassa (Liite 3) on kuvattu vakavan vaaratapahtuman selvityksen prosessi.

Kun potilaalle aiheutuu hoidon seurauksena vaaratapahtuma, tästä kerrotaan avoimesti potilaalle. Tapahtuma ja sen mahdolliset seuraukset käydään läpi potilaan ja potilaan halutessa, myös hänen läheistensä kanssa. Tilanteessa tulee huomioida, että potilas ja läheiset voivat tarvita erityistä tukea tapahtuman ja sen seuraamusten ymmärtämiseksi ja työstämiseksi.

Potilasturvallisuuden kehitystä seurataan säännöllisesti. Tavoitteena on varmistaa, että saatavilla olevaa potilasturvallisuustietoa käsitellään järjestelmällisesti riskien tunnistamiseksi ja tarvittavien kehittämistoimien toteuttamiseksi. Kerran vuodessa tehdään vuosiraportti potilasturvallisuussuunnitelman (luku 4) mukaisesti.

8. Infektioturvallisuus

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyn vuoden 2021 painopistealueita ovat:

- 1) Käsihygienian toteutumisen tehostaminen potilaskontakteissa
 - a) VSSH- ja osastotasolla seurataan käsihuuhteen kulutusta 1000 hoitopäivää tai käynti/toimenpidettä kohden. VSSH:ssä on somaattisten vuodeosastojen kulutus-tavoite 200 ml/hoitopäivä ja teho-osastojen 400 ml/ hoitopäivä.
 - eDesin ([linkki VSSH:n käsihuuhdekulutusmittariin](#)) kautta yksikkö seuraa huuhtokulutusta (vuodeosastot ja toimenpideyksiköt) kvartaaleittain (ml/ hoitopäivä).

b) Käsihygienian toteutumista ja oikeaa suoritusta tuetaan yksiköiden säännöllisesti suorittamalla havainnoinnilla. Tavoitteena on saada havainnointien perusteella tehdyt huomiot osaksi päivittäistä johtamista. Tavoitteena on laajentaa se kaikkiin yksiköihin, joissa havainnoiteja on mahdollista tehdä.

- eHuuhe ([linkki VSSH:n käsihuuhteen käyttöaikaa kuvaavaan mittariin](#)) ohjelma mahdollistaa havainnointien toteutumisen sähköisen ja ajantasaisen seurannan ja raportoinnin.

2) Hoitoon liittyvien infektioiden seurannan tehostaminen ja yksiköiden oman vastuun korostaminen

- Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta on tartuntatautilain mukaan jokaisen yksikön esimiehen vastuulla.

Jokaisen yksikön/erikoisalan tulee seurata aktiivisesti oman alansa keskeistä toimintaa kuvaavien hoitoon liittyvän infektioiden esiintymistä ja huolehtia niiden ilmoittamisesta käytössä olevalla SAI-ohjelmalla (Neotide) ja johdon tietopöydän hoitoon liittyvät infektiot -tietojen avulla.

3) Verisuonikanyyleihin liittyvien yleisinfektioiden torjunta systemaattisella kanyyliin seurannalla.

Noin kolmannes hoitoon liittyvistä bakteremioista (verenmyrkytys) liittyy verisuonikanyyleihin ja niistä noin 60 % on estettävissä poistamalla tarpeettomat kanyylit ja tehostamalla niiden hoitoa sekä infektoituneiden kanyyliin vaihtamisella. Ennen verenkiertoon pääsemistä bakteeri aiheuttaa yleensä paikallisen tulehdusreaktion.

a) Kansainvälisesti ja kansallisesti käytetty mittari verisuonikatetrialueen ärsytyksen/infektion luokittelua varten, VIP-score (The Visual Infusion Phlebitis score), pilotoidaan loppuvuodesta 2021 ja tavoitteena on ottaa se käyttöön vuonna 2022 valtaosassa yksiköistä. Sen käyttöönottoa laajennetaan ja systemaattista kirjaamista (hoitotaulukko, Medanets) jokaisessa työvuorossa tuetaan. Tavoitteena on saada verisuonikatetrit vaihdetuiksi tai poistetuiksi ennen kuin niihin liittyvä yleisinfektion riski on merkittävästi kasvanut.

b) Keskuslaskimokatetrien hoitoon liittyvän Moodlen verkkokurssin hyödyntäminen. Verkkokurssin käyttö on aloitettu v. 2019, mutta kurssin laajentamista ja käyttöä

osana lääkehoidon näyttökriteereitä korostetaan yksiköissä, joissa keskuslaskimokatetrit tai PICC:t ovat käytössä. Yksikössä seurataan kurssin suorittaneiden määrää, infektioiden seurannan lisäksi.

- 4) Mikrobilääkekulutuksen seuranta ja käytön ohjausta tehostetaan osana mikrobilääke-resistenssin torjuntaa
- Mikrobilääkekulutuksen kontrolloimisella voidaan vähentää painetta resistenttien mikrobin esiintymiselle.
- a) Mikrobilääkekulutuksen seurannan osastokohtainen seuranta vuosi/ kvartaaleittain on aloitettu v.2019 eAntibioottiohjelmalla ([linkki VSSHP:n antibioottien kulutusta kuvaavaan seurantaan](#)). Kulutusseuranta tehdään tunnetummaksi ja ohjataan yksiköitä seuraamaan kulutusta ohjelman kautta (Santra).
- b) Uranus-järjestelmän päivityksen myötä (5/2021) tavoitteena on, että jokaisen mikrobilääkemääräyksen indikaatio kirjataan sairaskertomukseen. Indikaation kirjaaminen mahdollistaa lääkityksen tarpeen uudelleenarvion ja varhaisemman lopetuksen.
- 5) Influenssarokotuskattavuus pidetään kattavana. ePiikki ohjelman ([linkki VSSHP:n henkilöstön influenssarokotteen ottamista kuvaavaan kaavioon](#)) kautta seurataan vuosittain yksiköiden kausi-influenssarokotuskattavuutta (loka-joulukuu). Tavoitteena on yli 90 % rokotuskattavuus.

9. Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa lääkitysturvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen.

- **Lääkitysturvallisuus** tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Se kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan saaman lääkehoidon turvallisuus. Toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi ovat osa lääkitysturvallisuutta.
- **Läáketurvallisuus** tarkoittaa pääasiassa lääkkeeseen valmistena liittyvää turvallisuutta, johon sisältyy lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tunteminen ja arvioiminen, lääkkeen laadukas valmistusprosessi, valmisteiden merkitseminen ja valmisteeseen liittyvä informaatio.

STM:n Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen ([linkki Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivulle, lääkehoitosuunnitelman laatimisen oppaaseen](#)) sekä

VSSHP:n lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon käytäntöjä ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.

Sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelma on lähtökohtana uusia työyksikkökohtaisia lääkehoitosuunnitelmia kirjoitettaessa. Toimialuejohto vastaa lääkehoitosuunnitelmien kirjaamisesta organisaatorakenteen kannalta järkevälle tasolle siten, että jokaisella työntekijällä on käytössään toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaan pohjautuva kuvaus lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta työyksikössä.

Potilashoitoa toteuttavalla hoitohenkilöstöllä tulee olla voimassa lääkehoidon lupa, Johtajaylilääkärin ohje 1/2021.

Kehittämistoimenpiteet

- VSSHP lääkehoitosuunnitelman päivitys Turvallisen lääkehoito-oppaan mukaisesti ja työyksikkökohtaisten lääkehoitosuunnitelmien ohjeistus ja niiden päivittäminen.
- Lääkkeiden järjestäminen terapiaryhmittäin lääkkeiden varastointitiloissa.
- Kotilääkityksen tarkistamisprosessin selkeyttäminen ja parantaminen.
- Osastofarmasian lisääminen kaikille toimialueille.

10. Laiteturvallisuus

Ammattimaisten käyttäjien velvollisuutena on huolehtia käytössä olevien laitteiden toimintakunnosta, käyttöohjeiden saatavuudesta, käyttökoulutuksesta ja tuotteiden jäljitettävyyden varmistamisesta. Henkilöllä, joka käyttää terveydenhuollon laitetta, tulee olla sen käytön vaatima koulutus ja kokemus (L629/2010). Tämän varmistamiseksi VSSHP:ssä on käytössä laitepassi (lomake HT 254a). Yksiköt voivat halutessaan käyttää myös omia laitepassejaan. Yksiköt määrittelevät yksikkökohtaiset kriittiset laitteet, joiden osaaminen tulee varmistaa. Yksikkö päättää myös laitepassin uusintavälistä (1, 3, 5 ja 10 v). Laitepassin suoritus esitetään esimiehelle ja suoritus kirjataan Sympaan.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset lääkinnällisistä laitteista (2017/745) ja In vitro -diagnostisista laitteista (2017/746) ohjeistavat lääkinnällisten laitteiden käyttöä. Asetuksia täydentävät lääkinnällisistä laitteista annettu laki (719/2021) sekä laki eräistä EU-direktiiveissä säädetyistä lääkinnällisistä laitteista (629/2010). Laitteita ja tarvikkeita tulee

käyttää niiden käyttötarkoituksen mukaisesti, niiden tulee olla CE-merkittyjä, perehdytyksistä ja niiden kirjaamisesta on huolehdittava, vaaratilanteet on raportoitava ja laitteet on huollettava valmistajan ohjeiden mukaisesti.

Lääkinnällisten laitteiden aiheuttamasta vaaratilanteesta, joka on johtanut tai olisi voinut johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen on aina tehtävä vaaratilanneilmoitus Fimealle. Ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava vaaratilanteesta niin pian kuin mahdollista. Fimean vaaratapahtumailmoituksen voi tehdä suoraan sähköisesti samalla kuin tekee HaiPro-ilmoituksen, linkki Fimean sivuille löytyy vaaratapahtumailmoituksesta. Tehtäessä vaaratilanneilmoitus Fimeaan suoraan HaiPro-ohjelmasta, jää Fimean ilmoitus myös sähköisesti järjestelmään

Potilaiden käyttöön luovutetaan ainoastaan sellaisia laitteita, välineitä ja tarvikkeita, jotka täyttävät terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (L629/2010) asettamat vaatimukset (Potilasturvallisuussuunnitelma: 7.2.2 Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden luovuttaminen).

11. Säteilyturvallisuus

Säteilyn käytössä noudatetaan yksikkökohtaisia menetelmäohjeita. Säteilyturvakeskus (STUK) valvoo laitteita, tiloja ja toimintaa myös viranomaistarkastusten sekä laitekatsastusten yhteydessä. Lisäksi se opastaa ja neuvoo ongelmatilanteissa. Säteilyn käyttöön liittyvistä poikkeavista tapahtumista ja vaaratilanteista tehdään HaiPro-ilmoitus. Lisäksi säteilyturvallisuuspoikkeamista ilmoitetaan Säteilyturvakeskukselle sen antamien ohjeiden mukaisesti joko viiveettä tai vuosi-ilmoituksen yhteydessä. Ilmoitusvelvollisuus perustuu säteilylakiin 859/2018 ja asetukseen 1512/1991. Mikäli säteilyturvallisuuspoikkeama liittyy säteilyä tuottavan laitteen vialliseen toimintaan, tehdään HaiPro-ilmoituksen yhteydessä myös Fimean ilmoitus.

12. Valvonta-asiat

Johtajaylilääkärin ohje 3/2018 ohjeistaa reklamaatioiden käsittelyprosessin. Vuoden 2021 aikana on aloitettu yhteistyö muiden yliopistosairaaloiden kanssa tavoitteena kehittää ja yhdenmukaistaa potilasvahinkojen käsittelyä ja seuranta.

Valvira, Fimea ja aluehallintovirastot hoitavat yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa. Valvira hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa ja lupahallintoa sekä niihin liittyvää kentän ja viranomaisten ohjausta sekä valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa. Fimean tehtäviin kuuluu muun muassa lääkealan lupa- ja valvontatehtävät, se myös valvoo terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden vaatimuksenmukaisuutta ja turvallista käyttöä. Aluehallintovirasto (AVI) valvoo, että terveystalvelujen laatua ja potilasturvallisuutta suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan lakien ja asetusten mukaisesti.

Viranomaistarkastuksia tehdään säännöllisesti VSSHP:n eri yksiköissä. Vuoden 2021 aikana Fimea teki tarkastuksen Tyks sairaala-apteekkiin.

13. Tutkimus ja opetus

TYKS on kansallisesti ja kansainvälisestikin merkittävä terveystieteen opetuksen ja tutkimuksen keskus. VSSHP:n kaikki sairaalat toimivat opetussairaaloina. Jokaisella VSSHP:n työntekijällä on opetusvelvollisuus. Yhteistyö Turun yliopiston ja muiden korkeakoulujen sekä ammatillisten oppilaitosten kanssa on tärkeä osa jokapäiväistä toimintaamme.

Kaikkeen tutkimukseen, jonka kohteena ovat potilaat tai koehenkilöt tai heistä peräisin olevat kudokset tai näytteet ja joissa hyödynnetään VSSHP:n henkilökuntaa, tiloja, laitteita, potilasasiakirjoja, tietojärjestelmiä, rekistereitä tai jota rahoitetaan VSSHP:n saamalla tutkimusrahoituksella, tarvitaan tutkimuslupa. Lisäksi tarvitaan eettisen toimikunnan puoltava lausunto lääketieteelliseen tutkimukseen, jossa puututaan ihmisen, ihmisen alkion tai siikön koskemattomuuteen.

Tavoitteet:

Edistetään näyttöön perustuvaa potilashoitoa.

14. Yhteistyö

Alueellinen yhteistyö

STM:n asetuksen mukaan (341/2011) laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytännönpanossa tarvitaan yhteistyötä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella muiden sosi-

aali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. VSSHP koordinoi alueellista potilasturvallisuusyhdyshenkilöverkostoa. Tämän lisäksi myös lähisairaaloissa on kehitetty alueellista yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden osalta. VSSHP:n alueella on käytössä yhteinen HaiPro-puusto. Tällöin voidaan tehdä ilmoituksia rajapinnat ylittävistä vaaratapahtumista.

Kansallinen yhteistyö

VSSHP tekee kansallista yhteistyötä laadun ja potilasturvallisuuden hallintaan liittyvissä asioissa mm. toimimalla aktiivisesti useissa valtakunnallisissa verkostoissa, mm. arviointiyliääkäriverkostossa, HoiVerKe-verkostossa, potilasturvallisuuden verkostoissa ja THL:n laaturekisteriverkostossa.

No Harm -potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus koordinoi potilasturvallisuuden kehittämistä kansallisesti (mm. osaamisen varmistaminen, lääkitysturvallisuus). VSSHP on aktiivisesti toiminnassa mukana ja osallistuu myös VN-TEAS-hankkeen pilotointiin.

15. Viestintä

Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmat löytyvät tällä hetkellä sairaanhoitopiirin intranetista. Laadunhallintasuunnitelma on julkaistu myös vsshp.fi -internetsivulla, ja sen avulla potilaat ja heidän läheisensä voivat saada tietoa suunnitelmasta sekä mahdollisuudesta edistää ja vaikuttaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen.

Henkilöstölle suunnatun laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta koskevan yleisen viestinnän kanavina toimivat esimerkiksi VSSHP:n intranet Santra, henkilöstölehti Hospitaali, yksiköiden omat uutiskirjeet ja tiedotteet, perehdytys- ja koulutustilaisuudet, kokoukset ja niiden pöytäkirjat sekä muut erilaiset tiedotustilaisuudet, kuten potilasturvallisuusviikon koulutukset ja Second victim -koulutukset.

Arviointiyliääkärin johtama työryhmä arvioi laadunhallintasuunnitelmaa vuosittain ja päivittää sitä tarvittaessa.

16. Viiteluettelo

- Toimintaa ohjaavat keskeiset säädökset ja ohjeet
- Kansanterveyslaki 66/1972
- Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004
- Tartuntatautilaki (1227/2016)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021, STM
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009
- Lääkelaki 395/1987
- Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010
- Lääkeväärennösdirektiivi 2011/62/EU, direktiiviä tarkentava asetus 2016/161
- Säteilylaki 582/1991
- Laki eräistä EU-direktiiveissä säädetyistä lääkinnällisistä laitteista 629/2010
- Laki lääkinnällisistä laitteista 719/2021
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Laki sosiaalihuollon ammatillisten henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005
- Läkinnällisiä laitteita koskeva IVD-asetus (EU) 746/2017
- Läkinnällisiä laitteita koskeva MD-asetus (EU) 745/2017
- Potilasvahinkolaki 585/1986