

LAAPO-suunnitelma 2020

HUS LAATU- JA POTILASTURVALLISUUS -SUUNNITELMA

Sisältö

Johdanto ja yhteenveto	1
1 Hoidon saatavuus ja hoitoketjut.....	3
2 Asiakas- ja potilaslähtöisyys.....	3
3 Henkilöstön osaaminen	4
4 Laatujärjestelmä ja laadun varmistus.....	6
5 Laadun mittaaminen ja seuranta	9
6 Ennakoiva laatu- ja potilasturvallisuustyö.....	13
7 Vaaratapahtumat	15
8 Infektioturvallisuus	18
9 Lääkehoidon turvallisuus	19
10 Lääkinnälliset laitteet	20
11 Säteilyturvallisuus	20
12 Valvonta-asiat	21
13 Tutkimus ja opetus.....	21
14 Yhteistyö	22
15 Viestintä.....	23
Liitteet.....	24

Johdanto ja yhteenveto

HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan Laatu- ja potilasturvallisuus (LAAPO) -suunnitelma ja -raportti on kaksiosainen dokumentti, mutta yksi kokonaisuus.

Terveydenhuolto-organisaation ja sen henkilökunnan tärkein vastuualue on tarjota laadukasta ja turvallista hoitoa ja palveluita kaikille potilaille. LAAPO-suunnitelma perustuu kansalliseen lainsäädäntöön, organisaation strategiaan, toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin sekä toiminnan systemaattiseen seurantaan ja parantamiseen. LAAPO-suunnitelma toimii myös HUSin omavalvontasuunnitelmana.

Terveydenhuollon laatu jaotellaan eri ulottuvuuksiin, jotka ovat USAn Agency for Healthcare Research and Qualityn (ent. Institute of Medicine, IOM) mukaan potilaskeskeisyys, saatavuus, turvallisuus, tehokkuus, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus. EU määrittelee sen näin (Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety 2014): vaikuttavuus, turvallisuus, lääketieteellinen laatu, potilaskeskeisyys, tehokkuus ja yhdenvertaisuus. Lisäksi usein otetaan mukaan henkilöstön hyvinvointi- ja kehittyvä organisaatio –ulottuvuudet.

Laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseen HUSissa liittyy Joint Commission International (JCI) laatujärjestelmän käyttöönotto ja akkreditointitatuksen hakeminen. Tämä akkreditaatio tulee olemaan myös HUSin omavalvontaprosessissa keskeinen laadunhallinnan viitekehys. Joillakin yksiköillä on jo omia laatujärjestelmiä käytössään, mutta koko organisaatiota ja kaikkia ammattiryhmiä koskevaa järjestelmää HUSissa ei ole ja sitä tarvitaan. HUSin korkean lääketieteellisen laadun rinnalle laatujärjestelmän käyttöönoton myötä kehitetään systemaattisempia toiminnan vakiointimalleja, johtamisjärjestelmän selkeyttämistä ja laatukulttuurin omaksumista. Laatutyön työkaluja ovat tämän dokumentin lisäksi JCI-laatujärjestelmä, laatumittarit, vaaratapahtumailmoitukset sekä havainnointikierrot ja tärkeimpänä potilaan äänen kuuleminen. Laajalla rintamalla HUSissa edistetään myös digitalisaatiota, joka laatutyön kannalta on erinomainen toimintojen vakioija ja prosessien sujuvoittaja.

LAAPO-suunnitelman tavoitteena on tukea laadun ja potilasturvallisuuden systemaattista järjestämistä ja jatkuvaa kehittämistä HUSissa. Suunnitelma pyrkii edistämään toiminnan riskikohtien tunnistamista sekä ohjaamaan ja kannustamaan jokaista työntekijää toimimaan hyväksyttävien käytäntöjen ja periaatteiden mukaisesti sekä ottamaan huomioon HUSin uuden strategian päämäärät. LAAPON pidemmän aikavälin tavoitteisiin sisältyy terveyshyödyn ja vaikuttavuuden lisääminen, laatu- ja potilasturvallisuuden parantaminen, kansallinen yhteistyö, kansainvälistyminen ja laatu- ja potilasturvallisuustutkimuksen lisääminen ja siihen osallistuminen. LAAPO-suunnitelmasta tehdään myös versio, jota käytetään uuden henkilöstön perehdytykseen sekä julkaistaan internetissä yhtenä HUSin laatu- ja potilasturvallisuustyöstä kertovana materiaalina.

Tieto laatu- ja potilasturvallisuusmittareiden mukaisista tuloksista ja tehdyistä toimenpiteistä koostetaan laatu- ja potilasturvallisuusraporttiin, LAAPO-raporttiin, joka laaditaan laajempina raporttina vuosittain ja lyhyempinä laadun osavuositarkastuksina kolmannesvuosittain. LAAPO-suunnitelmassa ja -raportissa on korostettu painopistealueita, jotka on valittu vuoden 2019 alussa LAAPO-suunnitelmaan 2019-2020, Vuoden 2021 alussa julkaistavassa suunnitelmassa tulee olemaan uudet painopistealueet.

Potilaille laatu ja sen osana potilasturvallisuus ovat ensiarvoisen tärkeitä. HUSin arvot Kohtaaminen, Edelläkävijyys ja Yhdenvertaisuus (KEY) ovat hyvä pohja laatutyölle.

Kohtaaminen

1. Potilaskeskeinen laatujärjestelmä
2. Asiakastytyväisyyskysely
3. Rajapinnat potilaaseen (mm. Maisa, Omavointi, chatit, Terveyskylä), viestintä
4. Potilaan osallistaminen

Edelläkävijyys

1. Laatujärjestelmä, kansainvälinen laatusairaala, hyvä toiminnan laatu nostaa kliinistä laatua
2. Ennakoivan laatutyön korostaminen
3. Painopistealueet
4. Laatumittarointi, laaturekisterit

Yhdenvertaisuus

1. Laatujärjestelmä kaikille ammattiryhmille, koko HUSiin
2. Ohjeet, ohjepankki
3. Vakiointi

Myös HUSin uuden strategian viisi päämäärää toimivat johtotähtinä laatu- ja potilasturvallisuustyössä:

Tuotamme potilaillemme mitatusti parasta hoitoa ja palvelua
 Olemme paras yhteisö oppia, tutkia ja tehdä merkityksellistä työtä
 Tuotamme terveyttä tehokkaasti ja vaikuttavasti
 Kannamme vastuumme yhteiseksi hyväksi
 Toteutamme asiakaslähtöisen digitaalisen muutoksen

LAAPO-raportin vaikutus LAAPO-suunnitelmaan on olennainen ja sitä on tarkoitus vielä jatkossa voimistaa. 2019 LAAPO-raportissa nousevat esiin erityisesti uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoon liittyvät vaaratapahtumat ja haasteet hoidon saatavuuden suhteen. Potilaan äänen parempi kuuleminen tarve nousee esiin edellisen vuoden raportista. JCI-hanke oli paljon esillä myös vuonna 2019. Laatuysteistyö HUSista ulospäin otti askelia eteenpäin vuonna 2019, mutta sen lisäämistä jatkossa tarvitaan.

Vuosi 2020 tulee olemaan tärkeä laatujärjestelmän käyttöönottoon valmistautumisen vuosi. Lisäksi Apotti (Epic) – potilastietojärjestelmän laaja-alainen käyttöönotto HUSissa tapahtuu tänä vuonna. Se tulee lisäämään toimintamme vakioimista ja parantamaan LAAPO-alueen raportointia. Toivottavasti Apotin erilaisten varoitus- ja tarkastustoimintojen seurauksena potilasturvallisuutemme lisääntyy. Käyttöönottovaiheessa riskejä ja potilasturvallisuutta tul- laan seuraamaan tarkasti.

HUSin strategian lupaus:

Lupauksemme on antaa joka päivä, jokaiselle potilaalle, yhä parempaa hoitoa.

21.03.2020
 Sanna-Maria Kivivuori
 Laatuylilääkäri, HUS

1 Hoidon saatavuus ja hoitoketjut

Tausta

Potilaan on päästävä kiireelliseen hoitoon nopeasti sen mukaan kuin hänen sairautensa tai vammansa edellyttää. Kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäismääräajoista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Hoidon tarpeen arviointi ja hoito tulee järjestää yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Toimet

- Parannetaan hoitoon pääsyä kehittämällä edelleen HUSin sairaaloiden välistä yhteistyötä sekä tehostamalla jonon hallintaa ja toiminnan suunnittelua hoidon tarpeen mukaisesti.
- Varmistetaan potilaiden tasavertainen hoitoon pääsy asuinkunnasta, hoitopaikasta ja erikoisalasta riippumatta kehittämällä hoitoon pääsyn HUS-tasoista seurantaa ja koordinaatiota.
- Kehitetään päivystysten ja vuodeosastojen toimintaa ja yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa siten, että päivystyspotilaiden läpimenoaikavoitteet toteutuvat.
- Parannetaan leikkaussalien toimintaa ja ohjausta siten, että päivystysleikkaukseen pääsy toteutuu lääketieteellisen hoidon tarpeen mukaisessa ajassa.
- Hoito- ja palveluketjuja kehitetään yhteistyössä alueen peruspalvelujen kanssa monipuolisesti muun muassa Apotti-, integraatio- ja suuriin rakennushankkeisiin liittyen. Sote-uudistuksessa on myös tärkeää säilyttää koko palveluketjun kehittämisen näkökulma.

2 Asiakas- ja potilaslähtöisyys

Painopiste: Asiaksnäkökulman voimistaminen

Tausta

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilaan näkemyksen kuulemista. Meidän tulisi ottaa potilaat enemmän mukaan ja osallistaa heitä. Potilaan äänen kuuleminen tulisi nostaa esille kuten myös kehittämistoimenpiteiden tekeminen potilaalta kuullun perusteella. Nykytilanteessa tapamme kuulla potilasta ovat asiakastyytyväisyyskysely, muistutukset, kantelut, potilasvahinkoilmoitukset, hoitotyön kyselyt, yksikkökohtaiset kyselyt, HUSin avoin palautekanava sekä kokemusasiantuntijaraadit. Jatkossa voisi kanavinamme olla lisäksi potilasedustus toiminnan ja johtamisen työryhmissä sekä potilaiden tekemät vaaratapahtumailmoitukset HaiPro-järjestelmään. Potilaalla on useita kanavia kommunikoida HUSin terveydenhuollon ammattilaisen kanssa fyysisen käynnin lisäksi; edellä mainittujen palautereittien lisäksi Terveyskylä, kliinisten laaturekisterien Omavointi-palvelu, erilaiset chattipalvelut ja tulevaisuudessa Apotin Maisa (sähköisen asioinnin väylä ammattilaisen ja kansalaisen välillä). Näiden reittien laadun ylläpito on myös tärkeää. Toimenpiteet potilaalta saadun kommunikaation perusteella olisi tärkeä nostaa enemmän esiin. Painopiste käsittää asiakasnäkökulman voimistamisen asiakaspalautteiden avulla.

Toimet

Asiakaspalautteiden HUS-tason mittareina ovat palautteiden määrä ja suositteluprosentti. Tavoitteena on, että yli 90 % todennäköisyydellä (FFT, Friends and family test) asiakkaat suosittelevat HUSin palvelua vastaavassa palvelutarpeessa olevalle ystävälle tai sukulaiselleen. Asiakaspalautteen tilannekatsaus toimitetaan kuukausittain HUS johtoryhmälle, kehittämisen johtoryhmälle ja LAAPO johtoryhmälle.

Palautteen antamisen yksinkertaistaminen potilaan näkökulmasta

- Yhdenmukaistetaan eri palautekäytäntöjä, jolla vähennetään erilaisten kyselyjen määrää ja yksinkertaistetaan palautteen antamisen prosessia asiakkaan näkökulmasta.
- Kehitetään viestimistä potilaille, heidän läheisillensä sekä ammattilaisille.
- Kuvataan asiakaspolku ja palautteen antamisen prosessit palvelumuotoilun keinoin.

- Kanavien selkeytys HUS nettisivujen uudistuksen yhteydessä.
- Lisätään tekstiviestikyselyihin käyntipäivätieto ja ohjaus antamaan tarvittaessa avointa palautetta HUS-verkkosivulomakkeiden kautta.

Kehittämisen- ja muutosprosessien jalkautuksen tuki yksiköille

- Asiakaspalautteiden seuranta- ja analysointiprosessien mallien ja ohjeiden päivittäminen.
- Avointen palautteiden tekoälyä hyödyntävän analytiikan kustomointi HUSin tarpeisiin.
- Viestintä onnistuneista kehittämisprosesseista asiakaspalautteiden hyödyntämisessä.

Asiakaspalautteiden seuranta ja analyysi

- Seurataan asiakaspalautteille asetettuja HUS taseisia ja tulosaluekohtaisia tavoitteita ja mittareita.
- Näytetään järjestelmässä FFT, NPS ja laskennallinen NPS ja lisätään ikäluokat näkyville raporttiin.
- Määritellään minimitaso vastausprosentille.
- Päivitetään asiakaspalautteiden seuranta- ja analysointiprosessien malleja ja ohjeita.
- Tulokset määrittelevät asiakaspalautteille omat operatiiviset tavoitteensa, joita seurataan säännöllisesti yksiköiden johtoryhmissä.

www.hus.fi –sivuilla [palauteseurannassa](#) on esimerkkejä siitä, mitä on HUSissa tehty palautteiden seurauksena

3 Henkilöstön osaaminen

Painopiste: Laatutyöhön liittyvä koulutus

Tausta

HUSin työntekijöiden koulutusvaatimukset vaihtelevat ammattiryhmittäin, työtehtävittäin, tuloksetyksiköittäin, erikoisaloittain. [HUSin perehdytysohjelman](#) päämääränä on varmistaa suunnitelmallinen perehdytys uusille ja tehtävää vaihtaville, pitkältä vapaalta palaaville työntekijöille ja lyhytaikaisille sijaisille sekä koulutustaan tai harjoitteluaan suorittaville opiskelijoille ja vapaaehtoisille sekä ulkopuolisten palveluomittajien työntekijöille. Perehdytykseen sisällytetään laatu- ja potilasturvallisuusperusteita ja tullaan jatkossa sisällyttämään LAAPO-suunnitelmaan tutustuminen. Yleisperehdytyksen lisäksi on työyksikkökohtainen ja ammatillinen perehdytys. Perehdytys on esimiehen vastuulla.

Lakisääteiset ja HUSin velvoittamat koulutukset

- [Terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat Potilasturvallisuuden verkkokoulutuksen](#) osana perehdytystään. Potilasturvallisuuden verkkokoulutuskokonaisuus on pakollinen yleispäättöksen §15/2016 mukaisesti.
- [Työpaikan hätäensiapuvalmiuskoulutus](#) ei-hoitotyötä tekeville. Työpaikkaselvitys, johtajaylilääkärin ohje 10/2009 ja soveltamisohje.
- Laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat [Lääkehoidon osaaminen verkossa \(LOVe\)](#) viiden vuoden välein, johon kuuluu kuusi erilaista peruskurssikokonaisuutta ja neljä erikoisosiota.
- Terveydenhuollossa säteilyn käyttöön osallistuvien työntekijöiden tehtävien edellyttämä pätevyys ja tarvittava ”[Säteilysuojelukoulutus terveydenhuollossa, 10.12.2012](#)” [Säteilylaki 859/2018, HE 28/2018](#). Uusi [Säteilysuojelu terveydenhuollossa](#) –verkkokoulutuskokonaisuuden sisältö vastaa Säteilyturvakeskuksen ST 1.7 suosituksia täydennyskoulutuksesta, ja koulutuksella voidaan suorittaa osia täydennyskoulutusveloitteesta eri ammattiryhmille. Sisältö on uudistetun säteilylainsäädännön (859/2018) mukainen. (Duodecim Oppiportti).
- Terveydenhuollon laitteen turvallisen käytön vaatima koulutus/perehdytys ja kokemus laitteen käyttäjällä [Laki terveydenhuollon tarvikkeista ja laitteista \(629/2010\)](#).
- Henkilöturvallisuuskoulutus
- I.v.-lupakoulutus
- [Paloturvallisuuskoulutukseen](#) osallistutaan vähintään viiden vuoden välein.

HUSin suosittelemat koulutukset

- LAAPO-yksikön tuottama koulutus, ks. Toimet
- [Estä painehaavat](#)
- [Kaatumisen ehkäisy](#)
- [Kivun hoito](#)
- [Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa](#)
- [Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja ravitsemushoito](#)

HUSin työntekijöillä on käyttöoikeudet Duodecimin ylläpitämän Oppiporttiin, jossa voi opiskella useita eri terveydenhuollon koulutuksia. Koulutusten suorittamisesta sovitaan esimiehen kanssa. Koulutukset katsotaan ulkoiseksi koulutukseksi.

Toimet

LAAPO-yksikkö järjestää laatu- ja potilasturvallisuuskoulutusta. Sen järjestämissä koulutuksissa on tarkoituksena mm. välittää Joint Commission International (JCI) akkreditaatioon liittyviä ajankohtaisia asioita sekä yleisesti lisätä koulutusta, joka parantaa laatua ja potilasturvallisuutta. Koulutusten tavoitteena on herättää henkilökunnan kiinnostus laatutyöhön, osallistaa henkilökuntaa ja sitä kautta edistää asiakaslähtöisyyttä.

Laatuvastaavaparit ovat tärkeässä roolissa potilashoitoon liittyvän laatu työn parantamisessa, kehittämisessä sekä hoitoon liittyvien ohjeiden jalkauttamisessa.

Vuoden 2020 LAAPO-koulutusta

- HUS-tasoisia potilasturvallisuuskoulutuspäiviä, jotka tarjotaan myös alueen perusterveydenhuollolle/ sosiaalihuollolle
- HUSin ja alueen kuntien vaaratapahtumien yhteisraportoinnin seminaari
- Organisaation/yhteistyökumppaneiden järjestämien potilasturvallisuuskoulutusten hyödyntäminen (mm. turvallisen lääkehoidon toteuttaminen)
- Kansallinen LOVE-SYTO-koulutus suunnitteilla
- HaiPro-koulutukset laatu päälliköille, ja laatu päälliköiden järjestämät HaiPro-koulutukset käsittelijöille
- Vakavien vaaratapahtumien Ishikawa-menetelmäkoulutuksen tarvetta/ muotoa arvioidaan jatkuvasti ja koulutusta järjestetään tarvittaessa
- Osastotunneilla järjestettyä laatu koulutusta
- Kehityskeskusteluja tullaan kehittämään niin, että niissä huomioidaan myös laatuosaaminen ja toisaalta käydään läpi oman taitokirjon eri osa-alueita aikaisempaa tarkemmin.

JCI-laatu järjestelmään liittyvät koulutukset:

- laajempia, kaikille avoimia, luentosalikoulutuksia järjestetään neljästi vuodessa
- JCI-yksiköiden laatuvastaaville järjestetään erikseen koulutusta
- JCI:n liittyvää koulutusta erityistyöntekijöille, ylihoitajille, erikoisalasta vastaaville lääkäreille, linjajohtajille, tulosityksiköiden henkilöstöpäälliköille
- Syksyllä järjestetään HUSin ylimmälle johdolle JCI-koulutusta
- Syksyllä todennäköisen JCI-laajentumissuunnitelman myötä koulutusten suunnittelu aloitetaan heti tuleville akkreditoituville HUSin tulosityksiköille
- Pop-up tapahtumia järjestetään JCI akkreditaatiosta ja laatu työstä tiedottamiseksi ja näkyvyyden parantamiseksi HUS-tasolla. Pop-up-tapahtumassa pyritään luomaan positiivista mielikuvaa JCI:sta ja lisäämään vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa.

Laatu- ja potilasturvallisuusasioiden edistäminen vaatii vastuuhenkilöiltä vaadittavaa pätevyyttä, kokemusta ja koulutusta laadun ohjauksesta. LAAPO-työn avainhenkilöiden koulutusta ja sen näkymistä kunkin omassa henkilöstöhallintojärjestelmässä tullaan painottamaan.

4 Laatujärjestelmä ja laadun varmistus

Painopiste: JCI akkreditaatiohanke

Tausta

Terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta ohjaa lainsäädäntö ja sen perusteella annetut asetukset ja määräykset. Keskeisiä normeja terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta on listattu liitteeseen 1.

Tavoitteena on:

- JCI-hankkeen eteneminen vaiheistetusti.
- JCI akkreditaation saaminen kuudelle tulosyksikölle vuonna 2021.
- Tehdä suunnitelma hankkeen laajentumisesta muihin HUSin tulosyksiköihin.

Toimet

Laatujärjestelmän hankinnan neljä pääviestiä:

1. HUS haluaa lisätä potilaskeskeisyyttä.
1. HUS haluaa osoittaa olevansa yksi kansainvälisistä laatusairaaloista.
2. Potilaiden yhdenvertaisuutta halutaan lisätä yhdenmukaistamalla toiminta- ja hoitotapoja.
3. Järjestelmällistä ja ennakoivaa laatu- ja potilasturvallisuustyötä edistetään.

Toimintaa ohjaavaan LAAPO-yksikön vuosikelloon sisältyy keskeisimmät laadun ja potilasturvallisuuden vakioidut tapahtumat. Vuosikelloon on laitettu laadun ja talouden välinen kokous huhtikuuhun, jolloin LAAPO-suunnitelma ja –raportti ovat valmiita ja mahdollisuus vaikuttaa seuraavan kauden budjettiin vielä on olemassa. Taloushallinnon lisäksi tiivistä yhteistyötä tehdään henkilöstöhallinnon- ja tietohallinnon kanssa. JCI:n tuella on tarkoitus saada aikaan laadun parannustoimia. Ne dokumentoidaan LAAPO johtoryhmän ja tulosyksiköiden johtoryhmien muistioihin. Toimien tehokkuuteen ja ylläpitoon kiinnitetään myös huomiota.

HUS haluaa saavuttaa ja osoittaa systemaattisella laatujärjestelmän käyttöönotolla valmiutensa huippulaadukkaana sairaalana. JCI maailman suurimpana sairaaloiden akkreditaatioita myöntävänä organisaationa on kansainvälinen sairaanhoidon korkean laadun osoitus. HUSiin rakennettava laadunhallintajärjestelmä systematisoi laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toimeenpanoa. JCI:n valintaa laatujärjestelmäksemme tukivat voimakas potilaskeskeisyys ja se, että järjestelmä on alun perin suunniteltu terveydenhuoltoon. Keskeisiä asioita arvioinnissa ovat laadun johtaminen, potilaskeskeisyys ja vakiointi eli variaation vähentäminen.

JCI on yhdysvaltalaisen Joint Commissionin (JC) osa, joka akkreditoi terveydenhuollon toimijoita USA:n ulkopuolella. Laadun ja potilasturvallisuuden viitekehyksenä toimii JCI:n standardikirja (6. painos, 1.7.2017), joka on erillinen laadunhallinnan käsikirja. Standardikirja päivittyy kolmen vuoden välein, seuraavaksi 7.2020. Sekä alkupe-
räinen että suomennettu [standardikirja](#) on tallennettu HUSin intranetin JCI-kotisivuille ja on kaikkien työntekijöiden saatavilla. JCI edellyttää, että akkreditoitua hakevat sairaalat noudattavat akkreditointiprosessissa rehellisyyttä, lahjomattomuutta ja avoimuutta.

HUSissa suoritettu JCI:n alkutarkastus (9.2017) kohdistui Lasten ja nuorten sairauksien tulosyksikköön ja Syöpäkeskukseen. JCI-hankkeen varsinainen toimeenpano käynnistyi maaliskuussa 2018.

Päätavoitteena on kuuden tulosyksikön akkreditointi omina sairaaloinaan ("Hospital in a hospital") vuonna 2021. Yhteensä niissä on henkilöstöä noin 8000 eli kolmasosa HUSista.

- Uusi lastensairaala, Lasten ja nuorten sairaudet
- Leikkaussalit, teho ja kivunhoito
- Naistentaudit ja synnytykset
- Psykiatria
- Pää- ja kaulakeskus
- Syöpätaudit

Laadunarviointiin liittyvä JCI:n Tracer-menetelmä (Tracer methodology, auditointityyppinen havainnointimenetelmä) on tärkeä osa akkreditointiprosessia. Tracer-kierron tavoite on sekä jäljitellä varsinaisen akkreditaatiotarkas-

tuksen yksikkökierroksia opetusmielessä, löytää yhdessä henkilökunnan kanssa laadunparannuskohteita, että kannustaa yksikköä laadunparannustoimintaan. Tarkastuksilla pyritään kiinnittämään huomiota toiminnan puutteisiin ja siten edesauttamaan laatua parantavaa toimintaa. JCI:n tekemiä tarkastustyyppisiä ovat alkutarkastus (9.2017), varsinainen akkreditaatiotarkastus sekä kolmen vuoden välein suoritettava uusintatarkastus.

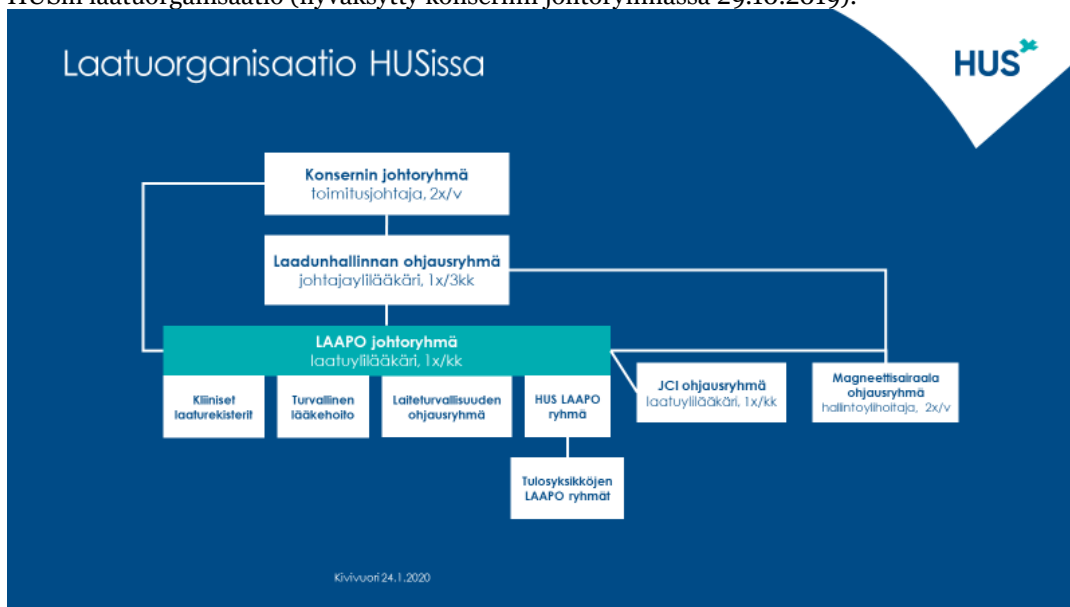
Johtaminen, vastuhenkilöt ja laatuorganisaatio

Kokonaisvastuu terveydenhuollon toimintayksikön laadusta ja potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Se vastaa organisaation laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman toteutumisesta ja sen jatkuvasta tukemisesta. Sen velvollisuuksiin kuuluu priorisoida koko sairaalan laajuisesti mittaus- ja parannuskohteet sekä arvioida parannusten vaikutuksia.

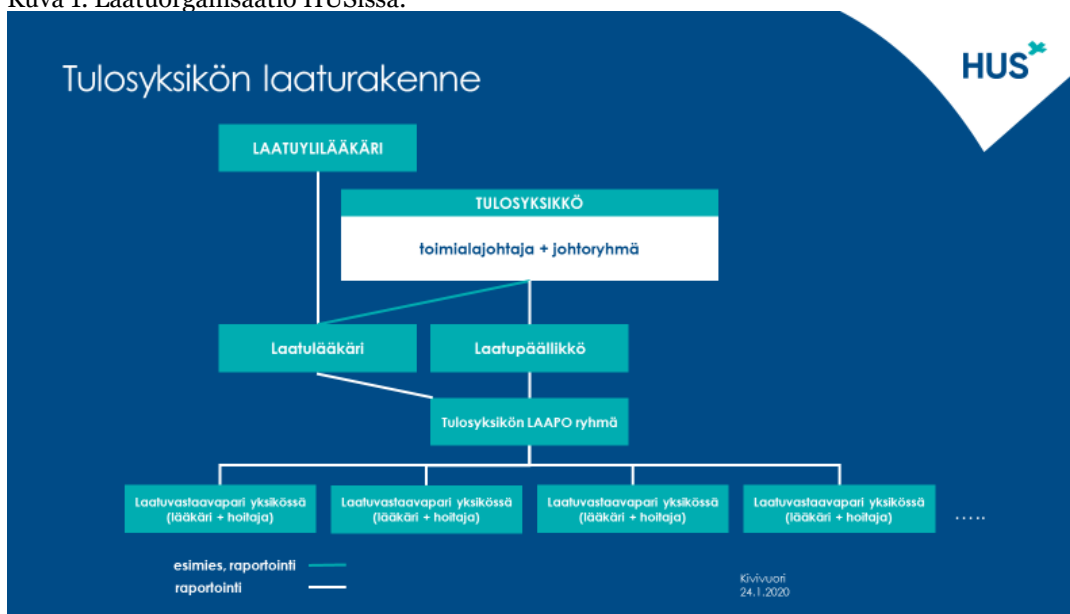
Laatu ja potilasturvallisuus otetaan huomioon HUSin toiminnan suunnittelussa, seurannassa, toimintalinjauksissa ja resursoinnissa. HUSin johto tuo laadun ja potilasturvallisuuden esiin yhtenä tärkeimmistä asioista toiminnassaan. JCI-laatuakREDITointi toimii omavalvonnan viitekehyksenä HUSissa.

Vastuukuvaukset

HUSin laatuorganisaatio (hyväksytty konsernin johtoryhmässä 29.10.2019).



Kuva 1. Laatuorganisaatio HUSissa.



Kuva 2. Tulosyksikön laaturakenne.

HUSin hallitukselle esitellään laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma ja –raportti vuosittain.

Toimitusjohtaja ja kuntayhtymän johtoryhmä käyttävät saatavilla olevia laatumietoja koko sairaalan yhteisten mittaus- ja parannusprioriteettien määrittämiseen ja arvioivat sairaalan laajuisten ja tulosyksikkö/sairaanhoidaluekohtaisten parannusten tehokkuuden, resurssien käytön ja varmistavat riittävät resurssit laadunhallintaan.

Johtajaylilääkäri toimii terveydenhuoltolain 57 §:n mukaisena terveydenhuollon toimintayksikön vastaavana lääkärinä. HUSin yhtymähallinnon toimintaohjeen mukaan johtajaylilääkäri vastaa potilasturvallisuuden sekä hoidon laadun, saatavuuden, vaikuttavuuden seurannasta, kehittämisestä ja valvonnasta.

Laatuyylilääkäri. Johtajaylilääkäri on delegoinut laadun ja potilasturvallisuuden seurannan, kehittämisen ja valvonnan sairaanhoitopiiriin laatuyylilääkärille. Hän toimii LAAPO johtoryhmän puheenjohtajana ja laadunhallinnan ohjausryhmän varapuheenjohtajana. Hän vastaa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmasta ja raportista ja on vastuussa JCI-hankkeen suunnittelusta, ohjeistamisesta, toteutuksesta ja seurannasta. Hän johtaa LAAPO (Laatu ja potilasturvallisuus) -yksikköä.

Jokainen HUSin henkilökuntaan kuuluva tekee laatu- ja potilasturvallisuustyötä koko ajan. Muut laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät avainhenkilöt on esitelty liitteessä 2.

Laadun ja potilasturvallisuuden (LAAPO) johtoryhmä

LAAPO johtoryhmä on päättävä elin, jossa jäsenenä ovat muun muassa HYKSin toimialajohtajat ja sairaanhoitoalueiden edustus. Laatuyylilääkäri toimii puheenjohtajana. Myös henkilöstöllä on edustus ryhmässä. LAAPO johtoryhmän tehtävänä on edistää HUS-laajuisesti laatua nostamalla esiin potilaan ja henkilöstön roolin. Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman painopisteiden seuranta kuuluu myös tämän ryhmän keskeisiin tehtäviin. Ryhmä on laatu- ja potilasturvallisuustyötä ohjaava ja siihen kantaa ottava taho. Tälle ryhmälle tuodaan 4 kk välein laadun osavuositarkastus ja HaiPro-vaaratilanneraportti vakavien tapahtumien raportteineen. Ryhmä hyväksyy Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman ja –raportin ennen sen menoa konsernin johtoryhmään ja HUS hallitukseen. Vuosittain valitaan yksi tai kaksi laadunhallintaan liittyvää HUS-tasoisista parannuskohdetta perustuen laatumittareiden ja auditointien tuloksiin.

Muut laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvien työryhmien kuvaukset on esitelty liitteessä 3.

Painopiste: JCI kansainväliset potilasturvallisuustavoitteet

Tausta

JCI:n kansainväliset potilasturvallisuustavoitteet ovat:

- Potilaiden asianmukainen tunnistaminen.
- Diagnostisia tutkimuksia koskevan viestinnän tehokkuuden parantaminen.
- Riskilääkkeiden turvallisuuden parantaminen.
- Leikkausturvallisuuden varmistaminen.
- Terveydenhoitoon liittyvien infektioiden riskin pienentäminen.
- Tunnistetaan kaatumisvaarassa olevat potilaat.

Koska kansainväliset potilasturvallisuustavoitteet ovat erityisen tärkeä osa JCI:n vaatimuksissa, ne haluttiin nostaa erillisenä, omana painopisteenä esiin. Niiden täydellinen toteutuminen organisaatiossa on edellytys akkreditaatio-tarkastuksen läpimenoille.

Toimet

- Kukin tulosyksikkö vastaa kliinisesti merkittävien tutkimusten (esim. lab, rgt) ja niiden hälytysrajojen määrittämisestä.
- Kuvataan kliinisesti merkittävien tutkimustulosten vastausten ilmoitusprosessi.
- Kuvataan kaatumis- tai putoamisvaarassa olevan potilaan ohjausprosessi.
- Edesautetaan näihin tavoitteisiin liittyvien johtajaylilääkärin ja muiden ohjeiden jalkautumista.

Magneettisairaala

Magnet® Hospital eli Magneettisairaala-status on kansainvälinen tunnustus erinomaisesta hoitotyöstä ja sen tulokista. Magneettisairaala-mallissa potilaan erinomaiseen hoitoon pyritään muun muassa osallistavalla johtamisella ja hoitotyön kehittämällä. Magneettisairaalassa hoitotyön johtajat tukevat ja kannustavat työntekijöitä. Myös voimaannuttavat rakenteet, kuten systemaattinen perehdytys, monipuolinen täydennyskoulutus ja mahdollisuus mentorointiin, tukevat hoitotyön tekemistä parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitotyötä toteutetaan innovoiden ja näyttöön perustuen, uusimman tutkimustiedon avulla.

Magneettisairaala-mallissa hoitotyön laatua mitataan tulosuuttujilla, joihin hoitotyöllä voidaan vaikuttaa. HUSissa on sovittu seurattavan sairaalapotilailla ainakin sairaalajaksolla syntyneiden painehaavojen, potilaalle haittaa aiheuttaneiden kaatumisten sekä keskuslaskimokanyyli- ja virtsatiekatetri-infektioiden määrää kuukausittain. Potilaiden tyytyväisyyttä hoitotyöhön mitataan neljännesvuosittain ja hoitajien tyytyväisyyttä vuosittain. Laadunseurannassa on keskeistä, että jokainen yksikkö saa omat tulokset käyttöönsä ja tavoitearvoa heikompiin tuloksiin reagoidaan nopeasti.

Suunnitelmana on, että Sydän- ja keuhkokeskus, Syöpäkeskus ja Lasten ja nuorten sairauksien tulosyksikkö aloittaisivat hakuprosessin loppuvuodesta 2020 ja Psykiatria myöhemmin. Hakuprosessin kesto on noin kaksi vuotta.

ISO-standardit Diagnostiikkakeskuksessa ja HUS Tietohallinnossa

Potilaan hoitoketjussa kuvantaminen ja laboratoriot toimivat potilasta hoitavien yksiköiden sisäisinä toimittajina. Sekä HUSLABin että HUS Kuvantamisen noudattamien standardien kulmakiviä ovat asiakkaan tarpeen ymmärtäminen, prosessien hallittu ja yhdenmukainen toteuttaminen, toiminnan tulosten mittaaminen ja mittauksista johdettu toiminnan jatkuva parantaminen.

HUSLAB on akkreditoitu laboratoriodien laadulle ja pätevyydelle laadittujen standardien SFS-EN ISO 15189:2013 ja SFS-EN ISO/IEC 17025:2005 mukaisesti. Akkreditoinnissa HUSLAB osoittaa akkreditointielimelle (FINAS) toiminnassaan täyttävänsä näiden standardien vaatimukset. HUSLABin toiminnassa laatu ilmenee oikeana vastauksena, oikeasta tutkimuksesta, oikealle potilaalle, oikeaan aikaan.

Kuvantamisdiagnostiikan laatu on tulos yhdenmukaisesti parhaita käytäntöjä toteuttavasta, oikea-aikaisesta kuvantamistutkimuksesta ja oikea-aikaisesta lausunnosta, joka on johdonmukainen, soveltuva ja tarkka vastaus kliinikon tarkoittamaan kysymykseen tai kysymyksiin. Kansainvälinen sertifiointilaitos Bureau Veritas myönsi HUS Kuvantamiselle SFS-EN ISO-9001:2015 mukaisen sertifikaatin v. 2018. Bureau Veritas seuraa ISO 9001-vaatimustenmukaisuuden toteutumista vuosittaisilla auditointikäynneillä ja laajempi uudelleensertifiointi tapahtuu joka kolmas vuosi. Tämän lisäksi sertifiointi edellyttää HUS Kuvantamiselta koko toiminnan kattavaa sisäistä auditointia.

HUS Tietohallinto on sertifioitu ISO-9001:2015 ja tuotekehitys (CE) ISO13485 kansainvälisten vaatimusten mukaisesti. Sertifiointipalvelun tuottaa Kiwa Inspecta. Ulkoinen auditointi suoritetaan vuosittain.

Muut laatuun liittyvät järjestelmät HUSissa

- Syöpäkeskus – Comprehensive Cancer Center
- Syöpäkeskus – Säteilyturvatarkastukset
- Hyytymishäiriöyksikkö – Comprehensive Cancer Center
- Aikuisten ja lasten kantasolusiirrot – JACIE

5 Laadun mittaaminen ja seuranta

Painopiste: Laatutyön mittarointi ja raportointi

Tausta

HUSin laatumittaroinnin tavoitteena on kyetä vertailemaan sairaanhoitoalueita ja tulosyksiköitä neljällä tavalla:

1. Samaa yksikköä eri aikaväleillä, esimerkiksi kuukaudesta kuukauteen tai vuodesta seuraavaan.
2. Toisiin samankaltaisiin yksikköihin.
3. Standardeihin, kuten akkreditointitahojen asettamiin standardeihin tai lakien ja säädösten asettamiin standardeihin.
4. Kirjallisuudessa parhaiksi tai paremmiksi määriteltyihin tavoitekäytäntöihin tai käytäntöohjeistuksiin.

Nämä vertailut auttavat ymmärtämään epätoivotun muutoksen lähteen ja luonteen sekä keskittämään parannustoimia.

HUSin laatumittaristo on rakennettu pohjautuen seitsemään laadun ulottuvuuteen (ks. Johdanto ja yhteenveto). Kullakin HUSin laatu-ulottuvuudella on omat mittarinsa. Kehittyvä organisaatio tarkoittaa yksikön halua ja kykyä kehittyä ja ottaa uusia toimintatapoja käyttöön kuten esimerkiksi digitalisaatioon liittyviä uudistuksia.

JCI edellyttää, että organisaatioiden on kerättävä tietoa osana niiden laadunparantamisjärjestelmää. Tiedon keruu, analysointi ja käyttö ovat keskeisiä kaikissa laadunparantamisjärjestelmissä. HUSissa laatumittareita (Taulukko 1.) seurataan HUS-tason lisäksi sairaanhoitoalueittain ja tulosyksiköittäin.

Toimet

Vuonna 2020 laatumittarit pysyvät pääosin ennallaan. Seuraavat muutokset mittareihin kuitenkin tehdään:

- Päivystyksen läpimenoajan sijaan mitataan alle 60 minuutissa lääkäreille hoitoon päässeiden osuutta.
- Hoitopaikan suositteluissa siirrytään keväällä FFT-kyselyn käytöstä NPS-kyselyyn.
- Henkilöstön hyvinvointi -ulottuvuuteen lisätään toinen mittari, työolobarometrin ”Suositteletko omaa yksikköäsi ystäville” eli ENPS (E=employee).
- Kuolleisuuden 30 vuorokauden mittausjakso siirretään alkamaan sairaalahoidon aloituksesta, ei kotiutuksesta.
- Seurataan alle kahdessa kuukaudessa eettistä käsittelyä vaativien tutkimuslupien osuutta.
- Apotin käyttöönoton jälkeen potilastietoihin perustuvissa mittareissa voi tulla vielä täsmennyksiä.
- HUS Total –järjestelmän alusta vaihtuu Cognoksesta PowrBI:in, mikä vaatii jonkin verran opettelua käyttäjältä

Taulukko 1. HUS-tasoiset laatumittarit, jotka valittu seitsemän eri laadun ulottuvuuden mukaan.

Laatumittarit 2020	Tavoitearvo
OIKEA-AIKAISUUS	
Alle 60 minuutissa lääkärille päässeiden potilaiden osuus	↑
<31vrk hoitoon päässeiden osuus, hoitotakuun piirissä olevat	> 80%
POTILAAN NÄKEMYS JA TURVALLISUUS	
Hoitopaikan suosittelu	↑
HaiProt, tapahtui potilaalle -tilanteiden osuus	↓
Käsihuuhteen käyttö, 3ml ottokertoja / hetu / vrk	↑
Painehaavojen ilmaantuvuus hoidetuista potilaista	↓ (1,9% kriittinen raja)
Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm /1000 potilaspäivää kohden	↓ (0,8 kriittinen raja)
Potilasmuistutukset	↓
HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI	
Vakinaisen henkilökunnan lähtövaihtuvuus	5.5-6.5%
Henkilöstö suosittelee yksikköä	↑
TOIMINNAN TEHOAKUUS	
Hoitojakson pituus, päivää (LOS, length of stay)	↓
Alle 30 vrk readmissio samasta syystä	↓
KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS	
Kuolleisuus, <30 vrk sairaalahoidon alkamisesta	↓
KEHITTYVÄ ORGANISAATIO	
Eettistä käsittelyä vaativat tutkimusluvut käsitellään nopeasti, alle 2 kk:ssa	> 90%
OIKEUDENMUKAISUUS	
<31 vrk hoitoon päässeiden osuuden vaihteluväli kunnittain	↓

Raportointi

- Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma ja –raportti vuosittain.
- Laadun osavuositarkastukset tammi-huhtikuun ja tammi-elokuun.
- Johdon kuukausiraporttiin laatumittarit HUS-tasoisena ja lyhyt analyysi niistä.
- Vuonna 2020 laatukoordinaattori ja controller tulevat kuukausittain analysoimaan HUS-tasoisesti ja tulosyksikötasoisesti laatumittarit. Selkeästi muuttuva suunta viestitetään kyseiselle toimialajohtajalle standardoidulla viestillä.

- Tuloksikoiden johtoryhmissä käsitellään mittarit säännöllisesti kuukausittain ja päätetään seuraavista toimenpiteistä. Johtoryhmien muistioista tulee löytyä mittareiden seurannan tuloksena päätetyt kehittämistoimet, joiden tehokkuutta ja ylläpitoa seurataan dokumentoidusti. Yhteisten mittareiden lisäksi kullakin tuloksikolla voi olla omia laatumittareita.
- On mietittävä, mitä mittareita kliiniset yksiköt seuraavat ja kuinka niitä raportoidaan. Päivittäisjohtamisen taulut ovat hyvä foorumi laatu- ja potilasturvallisuusmittareille, mutta vielä kaivataan tähän rakennetta.
- Saavutettujen ja ylläpidettyjen toimenpiteiden raportointi kuuluu myös tavoitteisiin. Esimerkiksi HaiPro-kehittämistoimenpiteiden ylläpito ks. Vaaratapahtumat.
- Onnistumisen työkalun käyttöönottoa harkitaan.

JCI-tuloksiköt

- Valitsevat vuosittain viisi **kliinistä** prosessia, joiden ohjeistuksen laatu ja jalkautus erityisesti priorisoidaan (2 uutta, 2 vanhaa ja yksi haastava). Nämä kuuluvat myös raportoitaviin osa-alueisiin.
- Tekevät vähintään yhden päätöksen vuodessa koskien koko tuloksikön laajuista priorisoitua laadunparannusprojektia ja osoittavat siitä seuranneet resurssisäästöt.
- Valitsevat kukin enintään viisi lisämittaria HUS-tasoisten laatumittarien lisäksi, jotka tullaan linkittämään laatu ja potilasturvallisuussivulle intranettiin.

HUS-tasoisten laatumittareiden lisäksi eri osa-alueet mittaroivat toimintaansa. HUSissa on tarkoitus mm. JCI-tuloksiköissä kerätä ja analysoida seuraavia asioita:

- Kaikki vahvistetut verensiirtoreaktiot.
- Kaikki vakavat lääkkeisiin liittyvät haitalliset tapaukset.
- Kaikki merkittävät lääkintävirheet.
- Kaikki merkittävät eroavaisuudet ennen toimenpidettä ja toimenpiteen jälkeen tehtävissä diagnooseissa.
- Haitalliset tapahtumat toimenpiteen aikaisen sedaation aikana sedaation antopaikasta riippumatta.
- Haitalliset tapahtumat anestesian aikana anestesian antopaikasta riippumatta.
- Muut haitalliset tapahtumat (esim. terveydenhuollosta peräisin olevat infektiot ja tartuntatautien leviäminen).

HUSilla on lisäksi pyrkimyksenä seurata tulevaisuudessa OECD:n (The Organisation for Economic Co-operation and Development) eli Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön suosittelemia potilasturvallisuusindikaattoreita (Taulukko 2).

Taulukko 2. OECD:n suosittelemat potilasturvallisuusmittarit

Vierasesineen jääminen potilaaseen leikkauksessa
Leikkauksen jälkeinen laskimo- tai keuhkotromboosi tekonivelkirurgiassa
Leikkauksen jälkeinen verenmyrkytys abdominaalikirurgian jälkeen
Synnytyksiin liittyvät repeämät

Tiedon vahvistaminen

Tietojen vahvistaminen on osa johdon valitsemaa parannusten tekoprosessia. Laatumittarien osalta esimerkiksi tieto vahvistetaan vertaamalla tietoa alkuperäiseen lähdejärjestelmään: HaiProjen osalta tietoa verrataan HaiPro-järjestelmään kerättyyn dataan ja lähtövaihtuvuuden osalta Harppi-järjestelmään kerättyyn dataan.

Uuden laatumittarin käyttöönottovaiheessa datan sekä mittarin oikeellisuus varmistetaan yhdessä klinikoiden ja tietohallinnon asiantuntijoiden kesken vertaamalla uusia tuloksia aiemman mittarin tuloksiin sekä vertaamalla mittarin tuottamaa tulosta päivittäiseen toimintaan. Esimerkkinä uudesta mittarista on päivystyksen läpimenoajan mittaustavan muutokset.

Tietojen validoinnista LAAPO-yksikön osalta vastaavat controllerina toimiva tuotantotalouden DI, sekä arviointiyli-lääkärinä toimiva anest. el, dosentti, eMBA pyrkien kattamaan tiedon monipuolisen tuotantotaloudellisen ja lääketieteellisen arvioinnin. Sairaalan johto vastaa julkistettavien laatu- ja tulostietojen oikeellisuudesta.

Ulkoisten tietokantojen datasta oppimisen prosessi

Tärkeimmät ulkoiset kansalliset vertailuraportit (THL) esitellään LAAPO johtoryhmässä arviointiyli-lääkärin ja controllerin toimesta heti niiden julkaisemisen jälkeen. THL:n tuottavuus- ja hoidon saatavuusraportit esitellään LAAPO joryssä 2 kertaa vuodessa.

Viranomaisraportointi

HUSin on annettava Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL)

1. Hoitoonpääsy tiedot THL:n [Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn seuranta – Määrittelyt ja ohjeistus 2013](#) oppaan mukaisesti huhtikuun, elokuun ja joulukuun lopun poikkileikkaustilanteesta.
 - a. Vuodeosastolle, päiväkirurgiaan sekä avohoitoon odottavista potilaista raportoidaan erikoisaloittain lukumäärät ja odotusajat poikkileikkaustilanteessa.
 - b. Hoidon tarpeen arviointia ajanvarauskäynnille odottavien potilaiden lukumäärät ja odotusajat erikoisaloittain poikkileikkaustilanteessa.
 - c. Erikoisaloittain saapuneet läheteet, käsitellyt läheteet ja läheteiden käsittelyajat kumulatiivisena tietona vuoden alusta.
 - d. Jonoryhmittäin yleisimmät leikkaukset ja konservatiiviset hoidot poikkileikkaustilanteessa.
 - e. Jonoryhmittäin toteutuneet yleisimmät leikkaukset ja konservatiiviset hoidot vuoden alusta, kumulatiivinen tieto.
 - f. Alle 23-vuotiaiden lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hoitoa odottavien potilaiden lukumäärät ja odotusajat (psykiatria, oikeuspsykiatria, nuorisopsykiatria ja lastenpsykiatria); vuodeosastohoitoon, päivähoitoon ja avohoitoon odottavat potilaat, poikkileikkaustieto.
 - g. Alle 23-vuotiaiden lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hoidon tarpeen arviointia ajanvarauskäynnille odottavien potilaiden lukumäärät ja odotusajat (psykiatria, oikeuspsykiatria, nuorisopsykiatria ja lastenpsykiatria), poikkileikkaustieto.

2. Haittatapahtumien ilmoittaminen Hilmoon

Haittavaikutus on tapahtuma, joka normaaliin hoitoon verrattuna aiheuttaa potilaalle objektiivista lääketieteellistä haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Haittavaikutuksena ilmoitetaan diagno-soitavissa 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 hoitajaksoista.
- b. Avohoitokäynneistä tai muusta tietosisällön mukaisesta avohoidon yhteystavasta.
- c. Päiväkirurgisista toimenpiteistä.
- d. Jaksottaisessa vuodeosastohoidossa olleiden potilaiden jokaisesta jaksosta.
- e. Pitkäaikaishoidon potilaan avohoitokäynneistä tai hoitajaksoista, 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.

Vuoden 2020 aikana tavoitteena on saada Hilmo 2020 tietosisällön mukainen toimitus käyntiin uudelta Tietoaalta THL:n haluamassa json-tiedostomuodossa ja saada lisättyä tiedot uuden Hilmo-ilmoituslajin mukaisesti hoitoonpääsyä odottavista. Tämän uuden ilmoituslajin on tarkoitus tulevaisuudessa korvata yllä kuvattu hoitoonpääsyn seurantatietojen kolmesti vuodessa toimitettava erilliskeruu.

Kliiniset laaturekisterit

HUSin kliinisen toiminnan laadunseurannan keskeinen työväline ovat kliiniset laaturekisterit. Näistä 76:lle on BCB Medical tuottanut teknisen alustan. Yhteistyö BCB Medicalin kanssa alkoi vuonna 2013. Tällä hetkellä rekisterit kattavat HUSin kannalta merkittävimmät potilasryhmät ja potilaita on eri rekisterien henkilötunnukset yhteen las-kien noin 350 000 kappaletta (tosin samoja potilaita voi olla eri rekistereissä). Rekisterejä valittaessa kriteereinä ovat kyseisen potilasryhmän kansanterveydellinen merkitys, sen strateginen merkitys HUSin kannalta sekä poti-lasryhmän synnyttämät kustannukset. HUSissa toimii muitakin laaturekistereitä kuin BCB:n rekisterit kuten esi-merkiksi Tieto oy:n ylläpitämä leikkaus- ja tehohoidon kansallinen rekisteri. Kliinisten laaturekisterien kokonai-suutta ohjaa HUSissa juuri perustettu kliinisten laaturekisterien ohjausryhmä, joka raportoi LAAPO johtoryhmälle, joka myös hyväksyy uudet rekisterit. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimivat laatuylilääkäri ja arviointiylilääkäri yhdessä. Yhteistyö BCB Medicalin kanssa toimii HUS BCB laaturekisterien kehittämisryhmän kautta (puheenjoh-taja Tietohallinnosta). Operatiivisena vastuuhenkilönä toimivat kehittämisjohtaja ja laatuylilääkäri yhdessä. Ter-veysylän kautta rekisterialustaan on liitetty 15 rekisteriin Omavointi-toiminto, jolla voidaan kerätä potilailta tietoja

ja arvioita heidän tilastaan sähköisesti. Laaturekisterien vastuuhenkilöille pidetään 1-2 kertaa vuodessa yhteisemiinaari. Selvityksen alla on, kuinka paljon Apotti (Apotti –asiakas- ja potilastietojärjestelmä) pystyy korvaamaan nykyrekistereiden toimintoja.

Diagnostiikkajohtaja Lasse Lehtonen toimii puheenjohtajana kansallisten laaturekisterien ohjausryhmässä. Kansallisten laaturekisterien pilottihanketta johtaa THL:ssä ylilääkäri Sirkku Pikkujäämsä. Hankkeen on tarkoitus valmistua vuonna 2020. Kansallisia laaturekistereitä on tällä hetkellä seitsemän ja ne perustuvat HUSissa käytössä oleviin klinisiin laaturekistereihin.

Tiedon analysointi ja hallinta

LAAPO-yksikön kehittämä HUS laatumittaristo ja sen analysointi tuottavat paljon järjestelmällistä tietoa. Laatusairaalassa tiedon analysointi ja sen perusteella toimenpiteiden tekeminen ovat olennaisia asioita. Painotumme sekä laatumittaroinnissa että vaaratapahtuma-analyyseissä entistä enemmän siihen, mitä toimenpiteitä seuraa kerätyn tiedon analysoinnista. JCI:n mukaan kansainvälisessä laatusairaalassa tietojen analysointiprosessiin kuuluu vähintään yksi päätös vuodessa koskien koko sairaalan laajuista kustannusten ja tehokkuuden parannusta. Tämän vuoksi HUSissa tehdään nyt JCI-tulosityksikköihin painottuen siten, että vuosittain valitaan yksi tai kaksi laadunhallintaan liittyvää HUS-tasoista parannuskohdetta perustuen laatumittareiden ja auditointien tuloksiin. Parannuskohteiden on tarkoitus olla sellaisia, joissa resurssien säästö pystytään osoittamaan. Vuonna 2019 tällainen kohde oli Psykiatrian tulosityksikön nettiterapiat.

HUS taloushallinto vaihtaa budjettiprosessin vuoden 2020 alusta jatkuvaksi 2 kuukauden välein rullaavaksi, joten resurssien reallokaatioprosessi (entinen ns. muutosblokkihaku, mahdollisuus anoa lisähenkilöstöä poikkeus/muutostilanteissa) muuttuu ketterämmäksi ja suunnitelmallisemmaksi.

Kliiniset laaturekisterit tuottavat myös paljon tietoa, jonka toivotaan vaikuttavan kliinikoiden hoitoratkaisuihin (ks. Kliiniset laaturekisterit).

Tiedonhallintaan liittyy laadunhallinta-asiakirjat ja –ohjeistukset, joista katso tarkemmin painopiste Ohjeistusprosessien selkeyttäminen.

Laadunhallinta-asiakirjat

Asiakirjahallintaa säätelee lainsäädäntö ja HUSin linjaukset ja ohjeistukset, joissa tulee jatkossa huomioitavaksi JCI:n standardivaatimukset. JCI vaatii organisaation esittävän mm. mekanismit, joilla varmistetaan ainoastaan ajantasaisien ja asiaankuuluvien dokumenttiversioiden saatavuus. Samantyyppisille dokumenteille tulee olla standardoitu formaatti. Kliinisten potilas- ja hoito-ohjeiden laatiminen HUSissa on ohjeistettu johtajaylilääkärin (JYL) ohjeessa 4/2018. Ohjeiden antaminen sairaanhoitopiirissä taas on toimitusjohtajan antama pysyväisohje (1/2019), jossa kuvataan ylätasoin ohjeiden prosessi. Johtajaylilääkärin ohjeet kiertävät kaikki mm. laatuylilääkärin ja HYKS toimialajohtajien kautta ennen hyväksymistä. Kliinisten ohjeiden saamiseksi yhteen järjestelmään on aloitettu Potilas- ja hoito-ohjeiden ohjepankkihanke Tietohallinnon kanssa. Potilaskertomusopas on myös tärkeä lähde asiakirjahallintaan liittyen. Opas antaa yleisohjeet potilaskertomuksen laatimiseksi HUSissa.

6 Ennakoiva laatu- ja potilasturvallisuustyö

Laatu- ja potilasturvallisuustyön ennakoivuutta tulisi HUSissa kehittää. Ennakointiin kuuluvat hyvä, ajantasainen ja helposti löydettävä ohjeistus, riskienhallinta sekä tiheä ja ketterä mittarointi, jolla päästään varhaisessa vaiheessa kiinni ennakoivasti erilaisiin trendeihin.

Ennaltaehkäisevät toimet

Laatu- ja potilasturvallisuussuunnittelu perustuu riskien tunnistamiseen, arviointiin sekä tarvittavien toimenpiteiden toteuttamiseen ja vaaratapahtumien seurantaan. Tunnistettuja vaaratapahtumien riskitekijöitä ovat mm. kiire, epäsuotuisa henkilöstösuunnittelu, työntekijöiden uupumus, työympäristön epäjärjestys ja puutteet tiimityöskentelyssä.

Lääketieteen ja hoitotyön esimiehet vastaavat yksikkönsä potilasturvallisuudesta. Liitteessä 2 kuvataan laatu- ja potilasturvallisuustoimijoiden tehtävät, roolit ja vastuut. Esimies vastaa töiden järjestelystä niin, että tehtävään on mahdollista keskittyä häiriöttä ja keskeytyksettä. Pehdytys, koulutus, osaamistason varmistaminen ja selkeiden työohjeiden olemassaolo ja niiden saatavuus varmistetaan työyksikössä. Järjestelmällisesti rakennetut suojaukset ja

varmistukset mahdollistavat virheen havaitsemisen ja/tai estävät virhettä johtamasta haitallisiin seurauksiin ja osataan auttavat myös toimimaan erilaisissa häiriö- ja poikkeustilanteissa. HUS kehittää jokaisella laatu- ja potilasturvallisuuden suunnitelmakaudella toimintaan soveltuvia suojausmenetelmiä, joissa on tunnistettu potilasturvallisuutta uhkaavia työvaiheita. Potilasturvallisuuskulttuurikysely tehdään määrä välein, jotta saadaan selville työntekijöiden näkemys potilasturvallisuudesta. Kysely toteutetaan vuonna 2021.

Pelastuslainsäädäntö (Pelastuslaki 379/2011, Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 407/2011, Ympäristöministeriön asetus rakennusten paloturvallisuudesta 848/2017) velvoittaa työntekijöitä ehkäisemään vaaratilanteiden syntymistä, varautumaan vaaratilanteilta suojaamiseen sekä ryhtymään sellaisiin pelastustoimenpiteisiin, joihin he omatoimisesti kykenevät. Sairaala kiinteistöjen valmiustoimikuntien alaiset turvallisuusjaostot vastaavat kiinteistön turvallisuus- ja pelastussuunnitelman laatimisesta, sekä muun muassa kiinteistön turvallisuusasioiden seurannasta, turvallisuusjärjestelyiden ja koulutusten suunnittelusta sekä yhteyksistä viranomaisiin turvallisuusasioissa. Kiinteistökohtaiset turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat käsittävät kunkin kiinteistön kokonaisturvallisuuden suunnittelun. Niissä kuvataan keskeiset turvallisuusriskit sekä toimintamallit riskien ennaltaehkäisemiseksi ja hallitsemiseksi.

Painopiste: Ohjeistusprosessin selkeyttäminen

Tausta

JCI-laatu järjestelmän käyttöönoton valmistelun yhteydessä todettiin keskitetyn, digitaalisen ohjepankin tarve. HUS tietohallintoon perustettiin ohjepankkiprojekti ja dokumenttien hallintajärjestelmän kilpailutus tehtiin loppuvuodesta 2019. Kilpailutuksen voitti Visma Consulting Oy.

Toimet

Ohjepankki

Uusi dokumenttien hallintajärjestelmä ja siihen perustettava hoito- ja potilasohjeiden ohjepankki otetaan käyttöön teknisesti vuoden 2020 alussa ja toiminnallisesti vaiheittain eri tulosalueilla 03/2020- 09/2020 Ohjepankki toimii järjestelmänä, jossa luodaan, katselmoidaan, hyväksytetään, päivitetään ja säilytetään ohjeet. Potilasohjeiden päivittämisessä huomioidaan saavutettavuusdirektiivin (www.saavutettavuusdirektiivi.fi) vaatimukset. Ohjepankista ohjeet näytetään ja julkaistaan määritellyissä muissa järjestelmissä ja palveluissa, kuten potilastietojärjestelmässä, digitaalisissa palveluissa ja intrassa.

Ohjepankin käyttöönotosta viestitään HUS laajuisesti intrassa ja eri työryhmissä, järjestetään infotilaisuuksia ja tuotetaan malleja käyttöönoton toteuttamiseksi. Ohjekoordinaattorit ja – vastaavat toimivat ohjepankin pääkäyttäjinä yksiköissään ja koordinoivat ohjeiden keräämistä, lajittelua, päivittämistä sekä viemistä ohjepankkiin.

Ohjepankin käyttöönoton ensivaiheeseen osallistuvat JCI-tulosyksiköt, joiden laatulääkärit ovat tärkeässä roolissa tässä painopisteessä. Tavoitteena on, että JCI akkreditoitua tavoittelevien tulosalueiden kaikki potilas- ja hoito-ohjeet ovat ohjepankissa vuonna 2020. JCI-tulosalueiden valmistelemat potilas- ja hoito- ohjeet viedään erillisessä migraatioprojektissa keskitetysti ohjepankkiin.

eTerveyspalvelut

eTerveyspalvelu muodostaa yhdessä fyysisen hoitokokonaisuuden kanssa monikanavaisen palvelun, hoitokokonaisuuden tai hoito-ohjelman, joka voidaan toteuttaa myös täysin verkkovälitteisesti.

HUSin tavoitteena vuonna 2020 on, että 10 % potilaista hoidetaan eTerveyspalveluita hyödyntäen. eTerveyspalveluiden avulla potilas saa informaatiota, neuvontaa ja ohjeita, joita voi käydä lävitse useaan kertaan kotona tai työpaikalla sekä myös lähimmäistensä kanssa. eTerveyspalvelut tarjoavat oireiden seurannan sovelluksia, mobiilipäiväkirjoja, omaseurannan laitteita sekä kuntoutumis- ja omahoito- ohjelmia potilaan itse hyödynnettäväksi.

HUSin ammattilaiset hyödyntävät potilasohjauksessa ja potilaiden lähimmäisten informoimisessa Terveyskylän palveluita. Terveyskylä.fi- palvelu sisältää 32 eri taloa, palveluohjausta oirenavigaattorien, chattien ja chatbottien muodossa sekä itsehoito-oppaita ja omahoito- ohjelmia.

HUSin eri erikoisalajat ovat tuottaneet eri potilasryhmille digihoitopolkua, joita vuoden 2019 lopulla on yli 85:lle potilasryhmälle. Digihoitopolku on suunniteltu osaksi hoitopolkua ja yksikön prosesseja. Ammattilainen suunnittelee ja päivittää polun sisältöjä, tuottaa kyselyitä, asettaa hälytysrajoja, seuraa potilaiden tehtävien tai omahoito- ohjelmien etenemistä polulla, saa muistutuksia ja voi lähettää potilaalle viestejä ja yksilöllisiä ohjeita.

Riskienhallinta

Riskienhallinnan tavoitteena on tukea HUS-konsernia perustehtävän toteuttamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Riskienhallinnalla pyritään turvaamaan toiminnalliset edellytykset, jotka tarvitaan perustehtävän eli potilashoidon toteuttamiseksi laadukkaasti, kustannustehokkaasti, keskeytyksittä ja häiriöttömästi. Riskienhallinta on kokonaisvaltainen prosessi, johon kuuluu riskien tunnistaminen, riskien merkittävyyden arvioiminen, riskienhallintatoimenpiteistä päättäminen, riskiraportointi, riskienhallinnan tilan arviointi sekä seuranta. Sisäinen valvonta on osa riskienhallintaa ja yksi riskienhallinnan toteuttamisen muoto. Sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan periaatteet -asiakirja (11/2019) määrittelee riskienhallinnan järjestämisen ja HUS -riskit -ohjelmiston käytön perusteet näissä toiminnoissa.

Terveydenhuollon toimintaan ja päätöksentekoon sisältyy epävarmuutta ja riskinottoa, jota ei millään järjestelmällä voida täysin poistaa. Hoitopäätöksissä voidaan juridisesti erottaa ns. sallittu riskinotto sekä kielletty riskinlisäys. Kielletyllä riskinlisäyksellä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön sellaista tuottamuksellista toimintaa, jolla huonon hoitotuloksen mahdollisuus tapahtumahetken tietojen valossa merkittävästi kohoaa. Sallittu riskinotto taas perustuu lääketieteelliseen arviointiin hoitovaihtoehtoista (esim. päätettäessä leikkauksesta, johon liittyy komplikaatioiden mahdollisuus), jolloin pyritään valitsemaan potilaan kannalta paras hoitovaihtoehto hoidon riskit huomioiden. Hoitopäätöksen tulee kaikissa merkittävää riskiä sisältävissä toiminnoissa perustua lääkärin ja potilaan väliseen yhteisymmärrykseen. Sallittu riskinotto on hyväksyttävää, jotta potilaan hyvä hoito toteutuisi.

Monilla eri riskikategorioiden on merkitystä HUSin toiminnan kokonaisuuteen. Näitä ovat esimerkiksi:

- strategiset riskit (organisaation tavoitteisiin liittyvät)
- toiminnalliset riskit (organisaation eri toiminnoissa ilmenevät riskit, tavoitteiden saavuttamiseksi kehitetyt suunnitelmat)
- taloudelliset riskit (varojen turvaaminen),
- vaatimustenmukaisuusriskit (lakien ja säädösten noudattaminen)
- maineeseen liittyvät riskit (yhteiskunnan ja sidosryhmien näkemykset)
- jatkuvuusriskit (toiminnan jatkumisen edellytyksiä uhkaavat riskit)

Kaikessa riskienhallintatoiminnassa pyritään odottamattomien haitallisten tapahtumien ja riskien tunnistamiseen, niiden ennaltaehkäisemiseen ja hallintaan. Keskeiset riskit tunnistetaan ja arvioidaan organisaation kaikilla tasoilla ja toiminnoissa. Riskiarviointien perusteella tehdään päätökset ja toimenpiteet riskien hallitsemiseksi. HUSilla on proaktiivinen lähestymistapa riskienhallintaan.

Riskienhallintaohjelman oleellisiin osiin kuuluvat:

- riskin tunnistaminen ja määrittely
- riskianalyysi
- riskien priorisointi
- riskienhallinnan toimenpiteiden luominen
- riskien raportointi ja riskienhallinnan tilan seuranta

HUSissa toteutetaan vuosittain läpi organisaation ulottuva strateginen riskianalyysi, jonka perusteella HUSin johto antaa toimintakertomuksen tilinpäätöksen yhteydessä selonteon merkittävistä riskeistä (HUSin riskiprofiili) sekä selonteot sisäisen valvonnan, konsernivalvonnan ja riskienhallinnan toteutumisesta, havaituista puutteista ja keskeisistä kehittämiskohteista. Tammikuussa yhtenä keskeisenä riskinä tunnistettiin hoitohenkilökunnan saatavuuteen liittyvät riskitekijät mm. pandemiatilanteessa, joskaan tuolloin ei osattu ennakoita tulevien tapahtumien laajuutta. HUS on siirtynyt poikkeuksellisen tilanteen vuoksi täysvalmiuteen ja pandemian hoitoon tarvittaviin erityis toimiin, jotka määrittävät pitkälti kuluvaan kevään päätöksentekoa ja johtamista, toiminnansuunnittelua kuin kliinistäkin toimintaa HUSissa. Lisäksi HUSissa toteutetaan pitkin toimintavuotta useita erillisiä kohde- ja toimintokohtaisia riskianalyysijä riskienhallintaperiaatteiden ja riskienhallintaohjelmien mukaisesti.

7 Vaaratapahtumat

Korjaavat toimet

Jokaisen työntekijän tulee kertoa viipymättä työyksikössään ja esimiehilleen havaitsemastaan vaaratilanteesta tai sen uhasta ja toimia välittömästi siten, että vaaratilanne ei pääse toteutumaan eikä toistumaan. Yleisluonteiseksi

katsotun, eli geneerisen tapahtuman yhteydessä, on pyrittävä varmistamaan vastaavanlaisten tapahtumien toistuminen ja ehkäisy myös muissa yksiköissä. Yhteistyö eri yksiköiden kesken ja yhdenmukaiset raportointijärjestelmät helpottavat geneeristen vaaratapahtumien havaitsemista. Harvinaisten, usein suurta vahinkoa aiheuttavien tapahtumien ennakointi voi olla vaikeampaa.

Vapaaehtoinen vaaratapahtuminen ilmoitusmenettely

Terveystieteiden laakiin (1326/2010) liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (341/2011) edellyttämään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja raportointiin käytetään HUSissa HaiPro-järjestelmää. Se perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttemättömyyden läheltä piti -tilanteiden ja vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. HaiPro-ilmoituksia ja raportteja käytetään HUSin toiminnan kehittämisessä eikä yksityiskohtaisia tietoja luovuteta ulkopuolisten toimijoiden käyttöön. Mikäli tietoja luovutetaan ulkopuolelle, ne anonymisoidaan etenkin potilas-, työntekijä- ja yksikkötietojen osalta. Anonymisointi edesauttaa syylistämätöntä potilasturvallisuuskulttuuria. Tutkimuslupaan perustuva tutkimusaineiston käyttö tapahtuu nimetyn HUSin vastuuhenkilön valvonnassa.

Sähköisessä HaiPro-järjestelmässä on ajantasaiset ohjeet ja [HUS:n vakavien vaaratapahtumien ohje](#) on intrassa. Lisäksi vaaratapahtumien ilmoittamisesta, käsittelystä ja raportoinnista ohjeistetaan johtajaylilääkärin ohjeessa 9/2019 Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittaminen ja käsittely.

Kaikkia HUSin työntekijöitä kannustetaan tekemään HaiPro-ilmoitus havaitsemastaan läheltä piti ja tapahtuneesta vaaratilanteesta. HUSin ja alueen kuntien HaiPro-rajapinnan avaaminen mahdollistaa ilmoituksen tekemisen HUSin ja alueen kuntien välillä. Rungas HaiPro-ilmoitusten määrä ei yleensä kuvasta heikkoa potilasturvallisuutta, vaan ennemminkin yksikköä, jossa potilasturvallisuuden kehittäminen on omaksuttu osaksi toimintaa. Ilmoitusten vähäinen määrä voi kuvastaa sitä, että potilasturvallisuutta ei ole vielä mielletty yhteisesti kehitettäväksi alueeksi eikä ennakoiva riskienhallinta ole juurtunut yksikön toimintaan. Ilmoitusaktiivisuutta on jatkossa mahdollista HaiPro-järjestelmän avulla seurata yksiköittäin.

Tapahtumayksikön HaiPro-käsittelijät vastaavat ilmoituksen käsittelystä ja luokittelusta. Ilmoituksen voi siirtää toisen yksikön tietoisuuteen, kommentoitavaksi ja käsiteltäväksi esimerkiksi tapauksissa, joissa osa tapahtumien syistä tai vaikuttavista tekijöistä liittyvät toiseen yksikköön. Ilmoittaja saa sähköpostiherätteen ilmoituksen käsittelystä edellyttäen, että hän on kirjoittanut sähköpostiosoitteensa ilmoitusvaiheessa.

Vaaratapahtumassa mukana olleen työntekijän tuesta vastaa esimies.

Vakavan vaaratapahtuman käsittely

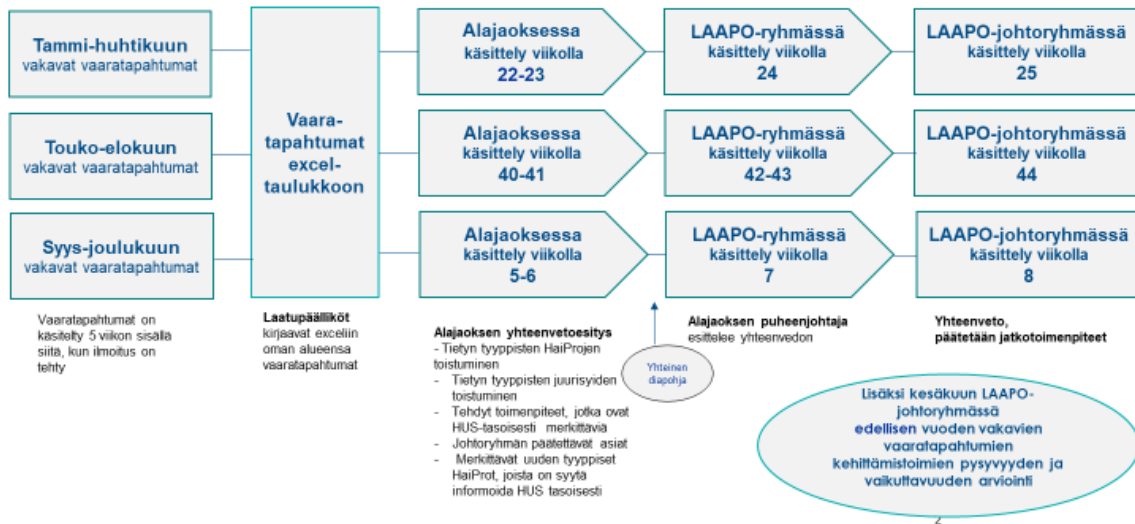
Kun yksikön HaiPro-käsittelijä luokittelee tapahtuman seurauksen potilaalle vakavaksi ja/tai tapahtuman riskiluokan korkeaksi (IV tai V), ohjautuu ilmoitus [vakavan vaaratapahtuman käsittelyyn](#), jonka koordinoinnista vastaa alueen laatu- ja turvallisuusyksikkö. Vakavan vaaratapahtuman käsittelijä (pääsääntöisesti laatu- ja turvallisuusyksikkö) hyväksyy tai hylkää ilmoituksen vakavan vaaratapahtuman käsittelyyn. Hylättäessä hän kirjaa perustelut ja muuttaa HaiPro-ilmoituksen luokittelun, jolloin ilmoitus palautuu takaisin normaaliin HaiPro-käsittelyyn. Mikäli vakavan vaaratapahtuman arvioidaan koskevan myös muita tulosyksiköitä, niin vakavan vaaratapahtuman käsittelijä ilmoittaa siitä välittömästi muiden asiaan liittyvien alueiden laatu- ja turvallisuusyksiköille.

Vakava vaaratapahtuma käsitellään moniammatillisesti juurisyyanalyysin avulla. Siinä tunnistetaan toiminnassa havaitut vaaratapahtumat ja niihin johtaneet syyt sekä nimetään kehittämistoimenpiteiden vastuuhenkilöt.

Vaaratapahtumien koostaminen, raportointi ja seuranta

Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien esiintymistä, vakavia vaaratapahtumia ja niistä seuranneita kehittämistoimenpiteitä seurataan ajantasaisesti ja raportoidaan vähintään kolmannesvuosittain tapahtumayksiköissä, tulosyksiköissä ja HUS-tasolla LAAPO-johtoryhmässä. HUSin laatu- ja potilasturvallisuusraportin hyväksyy HUSin hallitus vuosittain.

VAKAVIEN VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIPROSESSI HUSISSA



Kuva 3. Vakavien vaaratapahtumien raportointiprosessi HUSissa.

Kun potilaalle on koitunut hoidon seurauksena vaaratapahtuma, tästä kerrotaan avoimesti potilaalle. Tapahtuma ja sen mahdolliset seuraukset käydään läpi potilaan, ja potilaan niin toivoessa, hänen läheistensä kanssa. Huomioidaan, että potilas ja läheiset voivat tarvita erityistä apua ja tukea tapahtuman ja sen seuraamusten ymmärtämiseksi ja työstämiseksi. Potilaalle on kerrottava, että hoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä on oikeus tehdä potilaslain mukainen muistutus.

Painopiste: Apotti-asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaikutukset potilasturvallisuuteen

Tausta

Apotti on otettu syksyllä 2018 käyttöön Peijaksen sairaalassa. Toinen käyttöönotto vaihe on helmikuussa 2020 ja kolmas HUSin osalta todennäköisesti lokakuussa 2020. Vaiheistettusti käyttöönotettava Apotti vaikuttaa monin tavoin HUSin toimintoihin ja potilasturvallisuuteen. Käyttöönottojen aikana HUSissa on käytössä kaksi eri potilastietojärjestelmää.

Taulukko 3. Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoajat.

GL1 toteutunut 10.11.2018	Peijaksen sairaalassa ja HUS Psykiatrian sairaalan ulkopuolisilla poliklinikoilla
GL.2.1 toteutunut 1.2.2020	Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla, Jorvin, Naistenklinikan ja Raaseporin sairaaloissa, HUS Psykiatrian loput toiminnot sekä alueiden HYKS Lasten- ja nuortensairauksien lastenpsykiatrian toiminnot
GL2.2 suunniteltu	Loput HYKS alueen toiminnot Meilahden alueella, Malmin, Töölön sairaaloissa
GL3 suunniteltu	HUS Kuvantaminen: radiologia, kliininen fysiologia ja kliininen neurofysiologia

Toimet

- Potilasturvallisuuspäällikön esittelystä LAAPO-ryhmä ja LAAPO johtoryhmä seuraavat Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoon liittyviä HaiPro-ilmoituksia kuukausittain ja erityisesti vakavia vaaratapahtumia.
 - ryhmät käsittelevät koosteet Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro-ilmoituksista. LAAPO johtoryhmä antaa suosituksensa esitettyihin GL2–GL3 käyttöönottoihin liittyviin potilasturvallisuuskysymyksiin.
- Käyttöönottojen yhteydessä vaaratapahtumailmoituksia seurataan potilasturvallisuuspäällikön johdolla viikoittain.
- Käyttöönoton GL1 vaiheen tuottamien tietojen perusteella uudistetaan HaiPro-järjestelmän vaaratilanneraportoinnin luokittelurakennetta, jotta raporttien tuottama tietosisältö vastaa uuden Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän aiheuttamia läheltä piti tilanteita ja vaaratapahtumia.
- Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaikutuksia potilasturvallisuuskulttuuriin arvioidaan.
- Apotti-hanke tuo lääkehoitoprosessia koskevat linjaukset, muutokset ja kehityskohteet säännöllisesti Turvallinen lääkehoito –työryhmän arvioitavaksi.

Painopiste: Patologian näyteprosessin laadun parantaminen ja virheiden vähentäminen

Tausta

Kehittämiskohteeksi valittiin (2019-2020) patologian näyteprosessi (tutkimuspyynnön tekemisestä vastauksen saamiseen), koska näytteen kulussa on havaittu useita vastauksen oikeellisuuden kannalta riskialttiita vaiheita.

Toimet

Tavoitteena on kuvata optimaalinen patologisen näytteen kulku ja laatia tätä toimintaa tukeva ohjeistus.

Tammi-maaliskuu

Uudessa Lasten sairaalassa leikkaus- ja anestesiaosastolla sekä päiväkirurgian yksikössä

- Vuonna 2019 laaditun näyteprosessikuvauksen pohjalta laaditaan ohje ja näyteprosessia ohjaavat kuvalliset työkortit tulevaa, Apotin aikaista prosessia ajatellen.
- Kerätään käyttäjäpalaute ohjeesta ja korteista ja pilotoidaan ohjeistusta osittain.

Huhtikuu

Laaditaan yhteenveto pilotin tuloksista. Tehdään tarvittaessa muutokset patologian näyteprosessiin ja työkortteihin. Viimeistellään ohjeistuksen Apottia koskeva osuus.

Touko-syyskuu

Jalkautetaan patologian näyteprosessi HUS leikkausosastoille ja päiväkirurgian yksiköihin.

Lokakuu

Ensiarvio käyttöönotetun patologian näyteprosessin vaikuttavuudesta näytepoikkeamiin.

8 Infektioturvallisuus

Painopiste: Infektioturvallisuuden kehittäminen

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä vuoden 2020 painopistealueita ovat:

1. Potilaskontaktien käsihygienian toteutumisen tehostaminen
 - Osasto- ja HUS-tasolla seurataan käsihuuhteen kulutusta 1000 hoitopäivää tai käynti/toimenpidettä kohden. Laatumittarimme kuvaa 3ml ottokertoja/hetu/vuorokausi.

- 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.
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 vähintään kahta oman alansa keskeistä toimintaa kuvaavaan hoitoon liittyvän infektion esiintymistä ja huolehtia niiden ilmoittamisesta.
 3. Verisuonikanyyleihin liittyvien yleisinfektioiden torjunta systemaattisella kanyylien seurannalla
 - Noin kolmannes hoitoon liittyvistä bakteremioista (verenmyrkytys) liittyy verisuonikanyyleihin ja niistä noin 60 % on estettävissä poistamalla tarpeettomat kanyylit ja tehostamalla niiden hoitoa sekä infektoituneiden kanyylien vaihtamisella. Ennen verenkiertoon pääsemistä bakteeri aiheuttaa yleensä paikallisen tulehdusreaktion.
 - Kansainvälisesti käytetty mittari verisuonikatetrialueen ärsytyksen/infektion luokittelua varten, VIP-score (The Visual Infusion Phlebitis score) on otettu vuoden 2019 loppuun mennessä käyttöön osassa yksiköistä. Sen käyttöönottoa laajennetaan ja systemaattista kirjaamista jokaisessa työvuorossa tuetaan. Tavoitteena on saada verisuonikatetrit vaihdetuiksi tai poistetuiksi ennen kuin niihin liittyvä yleisinfektion riski on merkittävästi kasvanut.
 4. Mikrobilääkekulutuksen seuranta ja käytön ohjausta tehostetaan osana mikrobilääkeresistenssin torjuntaa
 - Mikrobilääkekulutuksen kontrolloimisella voidaan vähentää painetta resistenttien mikrobien esiintymiselle.
 - Mikrobilääkekulutuksen seurannan osastokohtainen seurannan pystyttämistä jatketaan vuoden 2020 aikana ja Apotti-järjestelmän käyttöön myötä tavoitteena on, että jokaisen mikrobilääkemääräyksen indikaatio olisi sairaskertomukseen kirjattuna. Indikaation kirjaaminen mahdollistaa lääkityksen tarpeen uudelleenarvion ja varhaisemman lopetuksen.
 5. Henkilöstön influenssarokotuskattavuus pyritään pitämään yli 90 %:ssa.

9 Lääkehoidon turvallisuus

Painopiste: Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen

Tausta

Lääkehoidon turvallisuus jaetaan lääke- ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkevalmisteisiin liittyvää turvallisuutta ja lääkitysturvallisuudella lääkehoitoprosessin ja lääkehoidon toteutuksen turvallisuutta.

Myyntiluvallisten lääkevalmisteiden tulee läpäistä Euroopan Unionissa hyväksymismenettely. Myyntiluvan myöntämisen jälkeen lääkkeen turvallisuutta arvioidaan edelleen jatkuvasti haittavaikutusilmoitusten ja tutkimusten avulla. Suomessa havaituista haittavaikutuksista kerätään tietoa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimean) haittavaikutusrekisteriin, johon terveydenhuollon ammattilaisia ja potilaita kehoitetaan ilmoittamaan epäilemnsä lääkkeiden haittavaikutukset, erityisesti vakavat ja/tai odottamattomat sekä kaikki uusien lääkkeiden haitat.

Lääkeväärennösten pääsyä jakelukanavaan ehkäistään Lääkeväärennösdirektiivin 2011/62/EU, sekä sitä tarkentavaan delegoidun asetuksen EU 2016/161 mukaisesti Euroopan laajuisen Lääke-varmennusjärjestelmän avulla.

Lääkehoitoprosessi on Turvallinen lääkehoito-oppaan (THL 2015) mukaisesti ohjeistettu HUS lääkehoitosuunnitelmassa, joka on Terveydenhuoltolain 8 § mukaan osa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa.

Lääkehoidon turvallisuuden kehittämisen painopisteinä vuonna 2020 ovat kattava ja ajantasainen lääkehoidon ohjeistus ja näiden toteutumisen seuranta, suuren riskin lääkkeiden käytön turvallisuuden edistäminen ja tietojärjestelmien hyödyntäminen turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa.

Toimet

- HUSin Lääkehoitosuunnitelma sekä muut lääkehoitoa koskevat ohjeet päivitetään ja uusitaan JCI akkreditaatiovaatimusten sekä Apotti-tietojärjestelmän muutosten näkökulmasta. Ohjeiden siirtymistä osaksi yksiköiden käytäntöjä seurataan osana turvallisuuskävelyjä, JCI tracer-kiertoja sekä HUS Apteekin tekemiä osastokäyntejä ja lääkitysturvallisuusauditointeja.
- Suuren riskin lääkkeisiin liittyvä verkkokoulutus julkaistaan yhteistyössä Duodecimin kanssa ja koulutukseen osallistuvien prosenttiosuutta seurataan.
- Suojakaappien käyttöä parenteraalisten lääkkeiden käyttökuntoon saatossa hoitoyksiköissä edistetään.
- Lääkehoitoprosessia kehitetään systemaattisesti kohti katkeamatonta lääkehoitoprosessia (closed loop medication management). Tätä edistetään Apotin käyttöönoton myötä (mm. lääkäreiden itse kirjaamalla rakenteisilla lääkemääräyksillä, luopumalla paperisista lääkelistoista, jakamalla lääkkeet vasta antoajankohdalla ja hyödyntämällä viivakooditarkistusta lääkkeiden valmistelussa, antokirjauksissa ja potilaan tunnistamisessa lääkkeitä annosteltaessa). Tämän toteutumista seurataan Apotista saatavien raporttien avulla. Katkeamatonta lääkehoitoprosessia edistetään myös muiden tietoteknisten ratkaisujen avulla (esim. infuusiolaitteiden lääkekirjastot).

10 Lääkinnälliset laitteet

Painopiste: Laiteturvallisuuden kehittäminen

Tausta

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset lääkinnällisistä laitteista (2017/745) ja *In vitro*-diagnostisista laitteista (2017/746) muuttavat lääkinnällisten laitteiden säädösympäristöä. Laitteita ja tarvikkeita tulee kuitenkin edelleen mm. 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.

Toimet

- Parannetaan HUS-Riskit ilmoitusaktiivisuutta lääkintälaitteiden vaaratilanteista, varmistetaan ilmoitusten asianmukainen laatu.
- Harmonisoidaan laitteisiin liittyviä perehdytyskäytäntöjä ja niiden dokumentointia.
- Selvitetään omavalmistuksen muodot ja laajuus HUSissa ja jalkautetaan lain ja asetuksen määräykset omavalmistukseen.
- Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö (laitelääkäri) vastaa HUS-Riskit-ilmoituksista (TLT-lain mukainen viranomaisilmoitus) neljännesvuosittain ja antaa niiden perusteella suosituksia korjaaviksi toiminkeiksi.
- Hankitaan sähköinen alusta, johon tehdään perehdytys lääkinnällisten laitteiden käyttöön, huoltoon ja ylläpitoon, jotka voidaan kirjata viranomaisen edellyttämällä tavalla. Ensimmäisessä pyritään hyödyntämään jo olemassa olevaa tietojärjestelmää.

11 Säteilyturvallisuus

Säteilysuojelun tavoitteena on ihmisten, yhteiskunnan, ympäristön ja tulevien sukupolvien suojeleminen säteilyn haitallisilta vaikutuksilta kuitenkin tarpeettomasti rajoittamatta hyväksyttävää säteilyn käyttöä tai säteilylle altistavaa toimintaa. Hyväksyttävä säteilytoiminta täyttää oikeutus- (hyöty suurempi kuin haitta), optimointi- (altistus pidetään mahdollisimman alhaisena) ja yksilönsuojaperiaatteiden (henkilökunnan annosrajat) vaatimukset.

HUSin lääketieteellisessä säteilyn käytössä noudatetaan säteilylakia ja asetuksia sekä Säteilyturvakeskuksen määräyksiä, ja se perustuu hyvään turvallisuuskulttuuriin. HUSin säteilyturvallisuuden johtamisjärjestelmää päivitettiin vuoden 2019 siirtymäkauden aikana uuden kansallisen säteilylainsäädännön edellytysten mukaiseksi. Säteilyn käytön turvallisuusluvut jakautuvat edelleen toimipaikka- ja aluekohtaisesti. Säteilyturvallisuusvastaavina (STV) toimivat pääsääntöisesti sairaalafyysikot, mutta vastuuta on jaettu myös pätevyden omaaville erikoislääkäreille ja radiokemistille, moniammatillisuuden varmistamiseksi. Lisäksi sairaalafyysikot toimivat säteilyturvallisuusasiantuntijoina (STA). Jokainen säteilytyöntekijä on työtehtäviensä mukaisesti osaltaan vastuussa säteilyturvallisista toimintatavoista.

12 Valvonta-asiat

Johtajaylilääkärin ohje 7/2018 "Potilaiden muistutusten, potilasvahinkoasioiden, kanteluiden, valitusten ja selvityspyyntöjen käsittely HUSissa" ohjeistaa valvonta-asioiden käsittelyyn. Vuonna 2020 tullaan kiinnittämään huomiota muistutusten, potilasvahinkoasioiden, kanteluiden, valitusten ja selvityspyyntöjen hyödyntämiseen HUSin laatu- ja potilasturvallisuustyössä. Tavoitteena on parantaa näiden prosessien kautta saatavan tiedon hyödyntämistä kehittämisessä. Lisäksi muistutusten ja kanteluiden vastineisiin ja sisällön analyysiin tullaan valmistelemaan tutkimusprojekti. Projektin päävetäjinä Teppo Heikkilä ja Jaana Inkilä.

Tulosyksikköjen hallinnolliset ylilääkärit/sairaanhoitoalueiden johtavat lääkärit seuraavat ja vetävät yhteen alueensa muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen kokonaisuutta ja miettivät parannustoimia. Muistutuksista pyrimme strukturoidusti oppimaan ja tekemään johtopäätöksiä. Aloitamme tavan, jossa hallintoylilääkärin johdolla tapaava hallinnollisten ylilääkäreiden ryhmä joka tammikuussa käy läpi edellisen vuoden muistutusten perusteella tehtyjä parannustoimia. Näin lisätään ennakoivuutta laatu- ja potilasturvallisuustyöhön ja levitetään tulosyksikkörajojen yli hyviä käytänteitä. Hallintoylilääkäri ja laatuylilääkäri miettivät yhdessä, tulisiko muistutuksista seurata joitain HUS-tasoisia parannustoimia. Esimerkinomaisesti LAAPO-raporttiin listataan edellisenä vuonna yksiköissä muistutusten perusteella tehtyjä parannustoimia.

Viranomaistarkastukset

Valvira ja aluehallintovirastot hoitavat valvontaa yhdessä laatimiensa sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsittelevien valvontaohjelmien mukaisesti. Valvira hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa ja lupahallintoa sekä niihin liittyvää kentän ja viranomaisten ohjausta. Valvira valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa sekä FIMEA terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden vaatimuksenmukaisuutta ja turvallista käyttöä. [Valviran](#) yhteydessä toimii Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta (TUKIJA).

[Aluehallintovirasto](#) (AVI) valvoo, että terveystieteen palvelujen laatua ja potilasturvallisuutta suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan lakien ja asetusten mukaisesti. Palvelun laatua katsotaan muun muassa seuraavilla kriteereillä; potilas-keskeisyys (asiantuntijuus, osallisuus, vuorovaikutus), potilasturvallisuus, riskien arviointi, ennakointi ja niiden hallinta, hoidon oikea-aikaisuus, osaaminen, sujuvuus, vaikuttavuus (terveyshyöty) ja henkilöstön määrän mitoitus.

Viranomaistarkastuksia tehdään säännöllisesti HUSin eri yksiköissä. Esimerkiksi Fimea tekee tarkastuksia HUS Ap-teekkiin.

13 Tutkimus ja opetus

Tausta

HUS on Suomen suurin, ja kansainvälisesti merkittävä, terveystieteen opetuksen ja tutkimuksen keskus. HUSin kaikki sairaalat toimivat opetussairaaloina. Jokaisella HUSin työntekijällä on opetusvelvollisuus. HUS toimii saumattomassa yhteistyössä Helsingin yliopiston ja muiden korkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten kanssa.

Toimet

- Edistetään näyttöön perustuvaa potilashoitoa.
- Autetaan tutkijoita tekemään korkealaatuista tutkimusta.
- Edistetään tutkimuksen yhteiskunnallista vaikuttavuutta.

- Kehitetään laadukasta ja monipuolista ohjausta ja opetusta sekä seurataan ja arvioidaan sitä systemaattisesti.
- Lisätään yhteistyötä eri koulutusorganisaatioiden kanssa sekä huolehditaan osaamisperusteisen koulutuksen toteutumisesta.
- Varmistetaan, että kaikilla ohjaajilla on riittävä työkokemus ja pedagoginen koulutus laadukkaaseen opetuksen ja ohjauksen toteuttamiseksi.

14 Yhteistyö

HUSin sisäinen yhteistyö

- HUS Apteekki ja Diagnostiikkakeskus ovat aloittaneet säännöllisten laaturaporttien lähettämisen kuudelle JCI-toimialajohtajalle.
- Organisaation sisäisten tuottajien ja palveluja ostavien yksiköiden välistä laatu- ja potilasturvallisuuskommunikaatiota tullaan suunnitelmakaudella kehittämään.
- Laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmätöissä kuusi JCI-tulosyksikköä ovat tehneet tiivistä yhteistyötä.
- Uusi laatu- ja potilasturvallisuusorganisaatio on tuonut uudenlaiset yhteistyöfoorumit. HUSin operatiivinen johto on tullut tiiviimmin mukaan LAAPO-työhön.
- HUSin tytäryhtiö Orton Oy sairaala on päättänyt hankkia myös JCI akkreditaation. Yhteistyö heidän kanssaan on menossa. Heiltä avainhenkilöitä on osallistunut LAAPO-yksikön järjestämiin koulutuksiin.

Sopimusyhteistyö

- HUSin laadunhallintaan kuuluu se, että sopimusyhteistyö kuten ostopalvelut ovat linjassa laatu- ja potilasturvallisuusohjelman kanssa. Keväällä 2020 valmistuu sopimushallinnan ohje, johon sisältyy se, että toimialajohtaja vastaa kaikista tulosityksikkönsä sopimuksista ja se, että sopimuksiin tulee sisältyä laadunvalvonta. Potilashoitoon liittyvissä palveluissa muistutusten ja valitusten lisäksi tulee seurata vähintään kuuden kuukauden välein muitakin laatumittareita kuten esimerkiksi komplikaatioiden määrää.

Alueellinen ja kansallinen yhteistyö

- Ulkoisia rajapintoja ovat kunnat, terveydenhuollon organisaatiot, viranomaiset ja muut yhteistyökumppanit.
- STM:n asetuksen mukaan (341/2011) laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvitaan yhteistyötä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Esimerkkinä hyvästä alueellisesta yhteistyöstä on se, että HUS on käynnistänyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnan ylittävän vaaratapahtumaraportointikäytännön kliinisillä aloillamme ja siitä on saatu myönteisiä kokemuksia. HaiPro-ilmoituksista saadun tiedon hyväksikäyttö tulee lisäämään potilasturvallisuutta kehitettäessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Ks. tarkemmin kohta Vaaratapahtumat sekä suunnitelmassa että raportissa.
- Suunnitelmakaudella on pyrkimys lisätä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.
 - Laatuylilääkäri on käynyt keskustelemassa tästä Kuntaliiton Suurten kaupunkien terveysjohtajien tapaamisessa.
- Ensimmäinen erikoissairaanhoidon kansallinen lautupäivä järjestettiin tammikuussa 2019. Osallistujat toivoivat tapahtumaa vuosittaiseksi. Kutsuttuna on kaikkien Suomen yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden laatujohto sekä tärkeitä yhteistyökumppaneita kuten STM ja Kuntaliitto ja THL.

Kansainvälinen yhteistyö

- Elokuussa 2019 allekirjoitettiin HUSin ja Mount Sinain sairaalan (New York) välinen kaksivuotinen yhteistyösopimus, jonka painopiste on laadun kehittämisessä. MSI on henkilöstöltään kahdesti HUSia suurempi, hyvin arvostettu sairaalaorganisaatio, joka on pitkään ollut JC-akkreditoitunut, käyttää Epic-potilastietojärjestelmää ja tekee lean-oppien mukaista kehittämistä sekä omaa magneettisairaalastatuksen. Yhteistyö suunnitelmakaudella tulee painottumaan laadunparannukseen.
- Yhteistyö Pohjoismaiden pääkaupunkien yliopistosairaaloiden laatujohtajien välillä on meneillään.
- Myös Eestin suuntaan on tehty ja tarkoitus tehdä yhteistyötä.
- LAAPON vuosiseminaari kesäkuussa 2019 oli matka Tallinnaan, jossa tehtiin vierailu North Estonian Medical Centeriin.

15 Viestintä

Tausta

Vastuu viestinnän johtamisesta, organisoinnista, ohjeistamisesta ja resursoinnista on sairaalan johdolla. Toimitusjohtaja johtaa HUSin viestintää ja tiedottamista HUSin toiminnasta. HUSin johto myös toimii laadukkaan viestinnän roolimallina välittäen tietoa sairaalan arvoista, visiosta, strategiasta, suunnitelmista ja muista tärkeistä asioista. Viestinnässä olennaista on tiedon selkeys ja oikeellisuus sekä oikea-aikaisuus. Yhteistyötä ja viestintää tarvitaan potilashoidon koordinoimiseksi ja yhtenäistämiseksi.

Henkilöstölle suunnatun tiedottamisen tavoitteena on ylläpitää ja lisätä henkilöstön tietoisuutta laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvistä ajankohtaisista asioista, tunnistetuista riskeistä ja ohjeista ja määräyksistä. Tiedotuskanavina toimivat HUSin intranet, yhteisölehti Husari, sähköiset uutiskirjeet kuten Laatukirje, sähköpostitiedotteet, johtoryhmien kokoukset ja esimiestilaisuudet, henkilöstön kokoukset (esim. osastotunnit, lääkärimeetingit), laatu- ja potilasturvallisuuskokoukset sekä uusien työntekijöiden ja esimiesten perehdytystilaisuudet. Usein käytetään useita kanavia rinnakkain tiedon perillemenon varmistamiseksi.

Toimet

- Vuonna 2020 on tulossa HUSin viestinnän uudelleenorganisointi, jonka tavoitteena on hallinnon tehostaminen ja viestinnän vaikuttavuuden lisääminen. Tämän myötä kaikki viestinnän vastuut sekä myös ohjeistot ja prosessit käydään läpi ja tarpeen mukaan uudistetaan.
- Keskeisenä osana laadun ja potilasturvallisuuden viestintää on HUSin henkilöstölle kohdennettu Laatu ja potilasturvallisuus -intranet sivusto, jossa on tietoa laatu- ja potilasturvallisuusasioista.
- Laatukirje ilmestyy kuukausittain LAAPO-yksikön toimesta. Laatukirjeen jakelu kattaa tällä hetkellä kuuden JCI-tulosyksikön henkilöstön (noin 8000), mutta suunnitelmissa on laajentaa sen levikkiä. LAAPO-asioita viestitään myös Yammerissa (sisäinen sosiaalisen median kanava).
- JCI-hankkeen erillinen viestintäsuunnitelma (LAAPO viestintäsuunnitelma) on koko henkilöstön luettavissa intrassa. Sen tavoitteena on edistää hankkeen sujuvaa toteutumista ja akkreditaation onnistumista. Viestintäsuunnitelmassa on kuvattu viestintävastuut, viestintäkanavat ja toimintasuunnitelma koko hankkeen ajalle kuukausitasoisesti.
- Turvallinen raportointiympäristö on perusedellytys ensiluokkaiselle laatu- ja potilasturvallisuuskulttuurille. JCI vaatii mahdollisuuden, että henkilöstö ja potilas voivat halutessaan ilmoittaa potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun liittyvät huolenaiheensa JCI:lle. Vaatimus koskee akkreditointitatuksen saavia tulosyksiköitä.
- Potilaille tarjotaan helposti ymmärrettävää potilasturvallisuustietoa ja kerrotaan keinoista vaikuttaa oman hoitonsa turvallisuuteen. Potilaiden osallistumista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tuetaan. Vuoden 2020 aikana valmistuu geneerinen potilaalle annettavan potilasohjeen pohja kaikille potilashoitoa antaville yksiköille.
- Viestintäkanavina toimivat myös alueen väestölle suunnatut yleisötapahtumat esim. potilasasiamiesten järjestämän vuotuinen HUSin Potilaan oikeuksien päivä, jossa v. 2020 teemana asiakaslähtöinen digitaalinen muutos.
- HUSin internetsivut uudistetaan kokonaan suunnitelmakaudella.

Liitteet

LIITE 1. Toimintaa ohjaavat keskeiset säädökset ja ohjeet

- Kansanterveyslaki 66/1972
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989
- Terveysturvallisuuslaki 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
- Lääkevääreännösdirektiivi 2011/62/EU, direktiiviä tarkentava asetus 2016/161
- Säteilylaki 582/1991
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 936/2017
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Laki sosiaalihuollon ammatillisten henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005
- Potilasvahinkolaki 585/1986

LIITE 2. HUSin laatu- ja potilasturvallisuustyöhön liittyvät avainroolit

HUSin hallitukselle esitellään laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma ja –raportti vuosittain.

Toimitusjohtaja ja kuntayhtymän johtoryhmä käyttävät saatavilla olevia laatumietoja koko sairaalan yhteisten mittaus- ja parannusprioriteettien määrittämiseen ja arvioivat sairaalan laajuisten ja tulosyksikkö/sairaanhoitoaluekohtaisten parannusten tehokkuuden, resurssien käytön ja varmistavat riittävät resurssit laadunhallintaan.

Johtajaylilääkäri toimii terveydenhuoltolain 57 §:n mukaisena terveydenhuollon toimintayksikön vastaavana lääkärinä. HUSin yhtymähallinnon toimintaohjeen mukaan johtajaylilääkäri vastaa potilasturvallisuuden sekä hoidon laadun, saatavuuden, vaikuttavuuden seurannasta, kehittämisestä ja valvonnasta.

LAAPO-YKSIKKÖ

Laatuylilääkäri. Johtajaylilääkäri on delegoinut laadun ja potilasturvallisuuden seurannan, kehittämisen ja valvonnan sairaanhoitopiirin laatuylilääkärille. Laatuylilääkäri toimii LAAPO johtoryhmän puheenjohtajana ja laadunhallinnan ohjausryhmän varapuheenjohtajana. Hän vastaa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmasta ja raportista ja on vastuussa JCI-hankkeen suunnittelusta, ohjeistamisesta, toteutuksesta ja seurannasta. Hän johtaa LAAPO (Laatu ja potilasturvallisuus) -yksikköä.

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (TLT-laki) 629/2010 mukaisen ammattimaisen käyttäjän nimetty vastuuhenkilö (laitelääkäri) kuuluu LAAPO-yksikköön ja toimii HUSissa TLT-lain edellyttämässä tehtävissä ja vastaa mm. TLT-lain mukaisesta vaaratapahtumaraportoinnista Valviraan. Hän osallistuu osaltaan laatu- ja potilasturvallisuustyöhön edistämällä laiteturvallisuutta.

Potilasturvallisuuspäällikkö kuuluu LAAPO-yksikköön. Hän mm. osaltaan koordinoi sairaanhoitopiiritasoisien potilasturvallisuustyön kehittämistä ja valmistelee asiantuntijaroolissa potilasturvallisuuden kehittämistoimia HUSissa. Hän toimii HaiPro-järjestelmän pääkäyttäjänä ja kouluttaa ja tukee laaturaportointia HaiProon liittyvissä asioissa.

Yhtymähallinnon laaturaportointipäällikkö toimii LAAPO-yksikössä osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, laaturaportointijärjestelmän käyttöönottoon ja ylläpitoon. Hän koordinoi tracer-toimintaa HUS-tasolla. Hän vetää yhdessä potilasturvallisuuspäällikön kanssa LAAPO-ryhmää.

Laatukoordinaattori toimii LAAPO-yksikössä osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, laaturaportointijärjestelmän käyttöönottoon ja ylläpitoon, laaturaportointijärjestelmien järjestämiseen, kansainvälisten vierailujen organisointiin sekä laaturaportointianalyysiin.

Lääkitysturvallisuuskordinaattori toimii LAAPO-yksikössä 60% ja HUS Apteekissa 40% osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön ja laaturaportointijärjestelmän käyttöönottoon ja ylläpitoon. Hän koordinoi lääkitysturvallisuustyön ja lääkehoitoprosessin kehittämistä Turvallinen lääkehoito –työryhmän puheenjohtajana, toimii HUSin Lääkineuvottelukunnan sihteerinä, valmistelee asiantuntijaroolissa lääkitysturvallisuuden kehittämistoimia, kouluttaa, tekee lääkitysturvallisuustutkimusta sekä osallistuu HUSin vakavien lääkityspoikkeamien selvittämiseen ja käsittelykokouksiin.

Suunnittelija LAAPO-yksikössä osallistuu laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, laaturaportointijärjestelmän käyttöönottoon ja ylläpitoon, yksikön viestintään ja tapahtumien järjestämiseen.

Controller kuuluu talousjohtoon. Hän osallistuu LAAPON laaturaportointijärjestelmän vastaamalla tietotuotannosta ja datan validoinnista. Kuukausittainen laaturaportointijärjestelmä ja -analyysi yhdessä laatukoordinaattorin kanssa kuuluu hänen alueeseensa.

Muut laadun ja potilasturvallisuuden avainroolit

Laaturaportointipäälliköt vastaavat alueensa laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisestä. Akkreditaatioon valmistautuvilla toimialoilla he ovat tiiviisti mukana akkreditoituvissa. Kaikki laaturaportointipäälliköt huolehtivat osaltaan siitä, että alueet saavat tiedon LAAPO johtoryhmän linjauksista ja laatu- ja potilasturvallisuutta edistävästä päätöksistä. He huolehtivat, että alueensa vaaratapahtumailmoitukset kootaan määräaikaissäraporteiksi. He kouluttavat alueen henkilöstöä laadun ja potilasturvallisuuden perusteissa, kehittämistoimissa ja vaaratapahtumien raportointiprosessissa sekä huolehtivat erityisesti siitä, että yksiköiden vastuut vaaratapahtumien käsittelyn ja ennaltaehkäisevien/korjaavien toimien täytäntöönpanon suhteen toteutuvat. He vastaavat alueensa vakavien vaaratapahtumien selvittämisen prosessin koordinoimisesta ja ennaltaehkäisevien/korjaavien toimien täytäntöönpanosta.

Laatulääkärit, joita on kussakin kuudessa JCI akkreditaatiota hakevassa tulosyksikössä 50%sti, ovat laatulääkäreitä tehtävänsä oman toimialajohtajansa alaisia raportoiden toimialajohtajan lisäksi laatuylilääkärille. Tehtäväkuvaan kuuluu yhdessä tulosyksikön laatu päällikön ja mahdollisen JCI-vastuuhenkilön kanssa suunnitella ja koordinaida laatu järjestelmän käyttöönottoa. He toimivat kansainvälisessä yhteistyössä tulosyksikön yhteys henkilönä, toimivat tulosyksikkönsä ohjeistusprosessien johtajana sekä ovat tärkeässä roolissa lisäämässä lääkärikunnan laatu tietoisuutta.

Kaikki laatu työssä toimivat pyrkivät pysymään tietoisina ajantasaisesta tutkimustiedosta tällä alueella. JCI-projektiryhmässä yksi dosentti-tasoinen lääkäri on vastuutettu tuomaan esille uusinta tutkimustietoa laatu- ja potilasturvallisuustyöstä vähintään kahdesti vuodessa (**tiedevastaava**). Tarvittaessa LAAPO-yksikkö Yhtymähallinnossa vie tietoa eteenpäin hoitoon, koulutukseen tai hallintoon.

Yksikön laatu vastaavaparin (yleisimmin osaston vastuulääkäri ja osastonhoitaja) tehtävät liitteessä 4.

Sairaanhoitoalueen johtaja tai hänen valtuuttamansa vastuulääkäri vastaa sairaanhoitoalueen laadusta ja potilasturvallisuudesta. Hän vastaa alueensa potilasmuistutusten ja potilasvahinkojen vastineista, tarkastaa HaiPron vaaratilanneraporttien yhteenvedon ja huolehtii tarvittavien toimenpiteiden toimeenpanosta sekä huolehtii sairaanhoitoalueen riskienarvioinnista.

Toimialajohtaja tai hänen valtuuttamansa vastuulääkäri vastaa tulosyksikkönsä laadusta ja potilasturvallisuudesta. Hän huolehtii toiminnan riittävästä resursoinnista. Toimialajohtajan vastuulla on huolehtia tulosyksikkönsä vaaratapahtumien käsittelyn toteutumisesta ja niitä koskevien korjaavien toimenpiteiden toteuttamisesta alueellaan. Tulosyksikön johtoryhmä käsittelee vaaratapahtumat ja näiden edellyttämät toimet vähintään 4 kk välein. Akkreditoituvilla tulosyksiköillä suositellaan laatuasioiden esille ottamista johtoryhmissä kuukausittain. Toimialajohtaja vastaa tulosyksikkönsä erikoisalojen koordinoinnista koko HUSissa yhdessä johtajaylilääkärin ja kunkin sairaanhoitoalueen johdon kanssa.

Linjajohtaja/erikoisalan ylilääkäri vastaa oman linjansa/ erikoisalansa laadusta ja potilasturvallisuudesta sekä erityisesti henkilökunnan lääketieteellisestä osaamisesta, hoidon asianmukaisuudesta, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuudesta ja yhtenäisten toimintamallien noudattamisesta.

Osaston vastuulääkäri vastaa yksikkönsä laatu- ja potilasturvallisuustyöstä sekä hoidon asianmukaisuudesta, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuudesta. Hän toimii osastonhoitajan työparina laatu- ja potilasturvallisuusasioissa.

Infektiosairauksien klinikan ylilääkäri toimii tartuntatautilain edellyttämänä sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavana lääkärinä. Kullakin sairaanhoitoalueella on omat infektiolääkärit ja **hygieniahoitajat**, jotka vastaavat alueensa sairaaloiden infektioiden torjunnasta. HYKS-sairaanhoitoalueella kukin infektiosairauksia konsultoiva infektiolääkäri johtaa oman konsultaatioalueensa infektioiden torjuntaa. HYKS sairaanhoitoalueella kullekin toimialalle on allokoitu hygieniahoidajatyövoimaa.

Hallintoylihoitaja vastaa kuntayhtymätasolla yhdessä johtavien ylihoitajien kanssa hoitotyön kehittämisen koordinoinnista, johon sisältyvät näyttöön perustuvana toimintana potilasturvallisuuden ja hoitotyön laadun kehittäminen.

Johtava ylihoitaja vastaa osaltaan potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisestä sairaanhoitoalueella/tulosyksikössä siten, että hoitotyön menetelmät ovat potilasturvallisia ja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisia. Lisäksi johtava ylihoitaja vastaa toimialueellaan laadun ja potilasturvallisuuden edellyttämästä henkilöstöresurssien kohdentamisesta ja henkilöstön tarvitseman koulutuksen järjestämisestä sekä laatu- ja potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisestä.

Ylihoitaja/osastoryhmän päällikkö vastaa toimialueellaan laadun ja potilasturvallisuuden edellyttämästä henkilöstöresurssien kohdentamisesta ja henkilöstön tarvitseman koulutuksen järjestämisestä sekä potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisestä. Ylihoitaja vastaa siitä, että alaisellaan lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla hoitohenkilökunnalla on toiminnan edellyttämä pätevyys ja koulutus, voimassa oleva lupa sekä toiminnan edellyttämät valmiudet.

Osastonhoitaja vastaa osaltaan osastonsa hoitohenkilöstön osaamisesta, koulutuksista, perehdyttämisestä ja optimaalisesta käytöstä sekä asianmukaisista tiloista ja, että yksikössä toimivilla hoitajilla on tarvittavat todistukset ja luvat (mm. lääkehoidon toteuttamiseen). Hän vastaa välineistä ja laitteista osastollaan. Hän vastaa HaiPro-järjestelmän asianmukaisesta käytöstä, raportoinnista ja ilmoitusten sekä laatuasioiden käsittelystä osastotunneilla.

HUSin sairaala-apteekkari (HUS Apteekin johtaja) vastaa siitä, että lääkkeiden hankinta, varastointi, säilytys, valmistus, tutkiminen, käyttökuntoon saattaminen, toimittaminen, jakelu ja lääkeinformaation anto tapahtuvat asianmukaisesti lääke- ja lääkitysturvallisuutta edistäen.

Kiinteistöjen rakenteellisesta palo- ja kiinteistöturvallisuudesta sekä kiinteistöteknisten järjestelmien asianmukaisuudesta vastaa HUS tilakeskuksen **kiinteistöpäällikkö** ja niiden kunnossapidosta **tekninen isännöitsijä** HUS Tilakeskuksen ja HUS-Kiinteistöt Oy:n välisen toimeksiantosopimuksen mukaisesti. Henkilökunnan turvallisuusohjeistuksen ajantasaisuudesta, kouluttamisesta sekä jatkuvuussuunnittelusta vastaavat HUS-Kiinteistöt Oy:n **turvallisuusasiantuntijat**, jotka toimivat osana HUS-Kiinteistöt Oy:n turvapalveluiden organisaatiota HUSin turvallisuus- ja valmiusjohtajan antamien substanssilinjausten mukaisesti. Kukin lähiesimies vastaa siitä, että yksikön oma henkilökunta on asianmukaisesti koulutettu ja että se omaa riittävät tiedot ja taidot häiriötilanteissa toimimiseen. Säteily-, kemikaali-, ja työturvallisuuskysymyksille on omat lakisääteiset turvallisuusorganisaationsa, joissa määritellään kunkin toimijan erillistä vastuuta ko. teemaan liittyen.

Turvallisuus- ja valmiusjohtajan tehtävänä on valmistella HUSin turvallisuus- ja valmiustehtäviin liittyvät linjaukset ja konsernin ohjeistukset sekä valvoa voimassa olevan turvallisuusohjeistuksen asianmukaisuutta ja noudattamista. Lisäksi tehtävänä on johtaa ja koordinoita turvallisuus- ja valmiusasioihin sekä riskienhallintaan liittyvää koulutusta ja harjoitustoimintaa yhteistyössä linjajohdon kanssa, toteuttaa harjoitus- ja koulutuskokonaisuuksia ja toimia yhtymähallinnon johdon tukena poikkeus- ja häiriötilanteissa. Turvallisuus- ja valmiusjohtaja varmistaa osaltaan edellytykset menestykselliselle potilas- ja henkilöturvallisuudelle.

Riskienhallintapäällikön tehtävänä on kehittää riskienhallinnan menetelmiä ja osallistua asiantuntijaroolissa kokonaisturvallisuuden edistämiseen sairaanhoitopiiritasoisesti. Hän toimii sähköisen riskienhallintajärjestelmän (HUS-Riskit) pääkäyttäjänä. HUS-Riskit-järjestelmän kautta tuetaan turvallisuutta mm. siten, että pyritään varmistamaan mahdollisimman häiriötön ja toimintavarma hoitoympäristö.

Säteilyn käytön turvallisuudesta [vastaavat johtajat](#) vastaavat lainsäädännön ja viranomaisvaatimusten mukaisesti säteilyn lääketieteelliseen käyttöön liittyvistä turvallisuusjärjestelyistä. Säteilyn lääketieteellinen käyttö kattaa HUSissa sädehoidon, isotooppilääketieteen toiminnot sekä röntgentutkimukset ja -toimenpiteet.

Potilaiden/asiakkaiden asemaa korostetaan laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä. Myös heidän havaitsemansa poikkeamat on mahdollista raportoida henkilöstön toimesta HaiPron kautta. **Potilasasiamies** toimii tärkeänä yhteyshenkilönä ja neuvoo antavana puolueettomana tahona potilaiden ja yksikön välillä.

Esimiehillä on merkittävä rooli laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja edistämässä. Esimies kannustaa henkilöstöään tuomaan esiin turvallisuuspuutteita ja kehitysideoita laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Esimies on keskeisessä asemassa yksikön avoimen ja syyllistämättömän kulttuurin luomisessa. Esimies on vastuussa siitä, että yksikkö toimii ennakoivan riskienhallinnan periaatteita noudattaen ja puuttuu tunnistettuihin riskeihin niin, että potilaalle ei koidu hoidosta aiheutuvaa haittaa. Esimies huolehtii siitä, että työntekijällä on riittävät tiedot ja taidot turvallisen hoidon toteuttamiseen ja että työ on järjestetty siten, että laadukas, turvallinen hoito on mahdollista toteuttaa. Esimies huolehtii myös HUSissa annettujen laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvien määräysten perehdyttämisestä ja noudattamisesta yksikössä ja niiden käsittelemisestä säännöllisesti moniammatillisissa kokouksissa.

Jokainen toimintayksikön työntekijä toteuttaa hoidon laadukkaasti ja turvallisesti.

LIITE 3. Laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvien työryhmien kuvaukset

Laadun ja potilasturvallisuuden (LAAPO) johtoryhmä

LAAPO johtoryhmä on päättävä elin, jossa jäsenenä ovat muun muassa HYKSin toimialajohtajat ja sairaanhoitoalueiden edustus. Laatuylilääkäri toimii puheenjohtajana. Myös henkilöstöllä on edustus ryhmässä. LAAPO johtoryhmän tehtävänä on edistää HUS-laajuisesti laatua. Ryhmä nostaa esiin potilaan ja henkilöstön roolin laadunparannuksessa. Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman painopisteiden seuranta kuuluu myös tämän ryhmän keskeisiin tehtäviin. Ryhmä on laatu- ja potilasturvallisuustyötä ohjaava ja kantaa ottava taho. Tälle ryhmälle tuodaan 4 kk välein laadun osavuosikatsaus ja HaiPro-vaaratilanneraportti vakavien tapahtumien raporteineen. Ryhmä hyväksyy Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman ja –raportin ennen sen menoa konsernin johtoryhmään ja HUS hallitukseen. Vuosittain valitaan yksi tai kaksi laadunhallintaan liittyvää HUS-tasoista parannuskohdetta perustuen laatumittareiden ja auditointien tuloksiin.

Laadunhallinnan ohjausryhmä

Laadunhallinnan ohjausryhmän puheenjohtajana toimii johtajaylilääkäri ja varapuheenjohtajana laatuylilääkäri. Laadunhallinnan johtoryhmä kokoontuu noin neljä kertaa vuodessa. Ohjausryhmä käsittelee laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyviä asioita strategiselta kannalta. Resursseja vaativat päätökset viedään tarvittaessa konsernin johtoryhmään.

JCI-hankkeen ohjausryhmä

JCI-hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana toimii laatuylilääkäri. Ohjausryhmässä on jäsenenä akkreditaatiota hakevien tulosyksikköjen johtajat, infektiotautien ylilääkäri, HYKSin johtava ylihoitaja sekä sihteerinä LAAPO-yksikön laatukoordinaattori. Ryhmä ohjaa JCI akkreditaatioon valmistautumista ja tekee linjanvetoja tämän hankkeen etenemisen suhteen.

Magneettisairaalahankkeen ohjausryhmä

Ryhmän puheenjohtajana toimii hallintoylihoitaja ja ryhmä kokoontuu kahdesti vuodessa. Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa magneettisairaalan hakuprosessin toteutumista.

Turvallinen lääkehoito –ryhmä

Ryhmän puheenjohtajana toimii lääkitysturvallisuuskordinaattori. Yhtenä tärkeänä tehtävänä ryhmällä on laatia HUSin lääkehoitosuunnitelma. Ryhmä raportoi LAAPO johtoryhmälle.

Kliiniset laaturekisterit –ohjausryhmä

Ryhmän puheenjohtajana toimivat arviointiylihoitaja ja laatuylilääkäri yhdessä. Ryhmä on juuri perustettu. Ryhmä raportoi LAAPO johtoryhmälle. Tarkoituksena on kehittää laaturekistereiden laatu- ja vaikuttavuusmittarointia yli rekisterirajojen. Rekisterien hyötyjen analysointi ja vaikutus päätöksentekoon kuuluvat myös tälle ryhmälle.

LAAPO-ryhmä

Ryhmän jäsenenä ovat HUSin laatujohtajat ja laatuylilääkärit. Puheenjohtajuus on jaettu Yhtymähallinnon laatujohtajalle ja potilasturvallisuuspäällikölle. Asiantuntijaryhmä, joka käy läpi laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseen liittyviä asioita. Ryhmä valmistele asioita LAAPO johtoryhmälle.

Laitehallinnan ohjausryhmä

Laitehallinnan ohjausryhmä on moniammatillinen toimielin, jossa on hankintaosaamisen lisäksi käyttöön, ylläpitoon ja huoltoon liittyvää asiantuntemusta. Lääkinnällisten laitteiden perehdytyksen ja sen seurannan laadun valvonnan lisäksi ohjausryhmä ratkaisee laitteiden käyttöön, ylläpitoon ja huoltoon liittyviä kiistanalaisia kysymyksiä. Laitehallinnan ohjausryhmä raportoi toiminnastaan LAAPO johtoryhmälle. Puheenjohtajana toimii laitelääkäri.

Moniammatillinen eettinen työryhmä

Työryhmän tavoitteena on ollut kehittää hoidon eettistä laatua sekä henkilökunnan kykyä kohdata ja ratkaista eettisiä ongelmatilanteita. Nyt on perusteilla uusi työryhmä, johon suunnitellaan puheenjohtajaksi johtajaylilääkäriä.

HaiPro-ohjelmistotuotteen kehitysryhmä, johon kutsutaan LAAPO-ryhmän jäsenet ja joitakin muita potilasturvallisuuteen liittyviä avainhenkilöitä ja Awanic Oy:n edustaja. Ryhmän puheenjohtajana toimii laatuylilääkäri.

HUSin tulosyksiköissä ja sairaanhoitoalueilla toimii **laatu- ja potilasturvallisuustyöryhmiä**, joiden nimittämisestä kunkin organisaation johto vastaa. JCI akkreditaatiota hakevissa tulosyksiköissä on tulosyksikön laatu- ja potilasturvallisuusryhmä, jossa sekä laatujohtaja että laatuylilääkäri ovat jäseniä. Työryhmän tehtävät ja toimeksianto määritellään työryhmän asettamispäätöksessä. Yksittäisen yksikön moniammatillinen laatu- ja potilasturval-

lisuuskokous järjestetään vähintään kolme kertaa vuodessa. Jos moniammatillista kokousta ei ole mahdollista toteuttaa käytännön syistä johtuen, kokoukset voidaan pitää lääkärikunnan ja hoitohenkilökunnan erillisinä kokouksina.

Laatu- ja potilasturvallisuustyöhön liittyviä rooleja tuloksetyksiköissä:

- laatupäällikkö, yksi kussakin tuloksetyksikössä
- laatuvaikuttajat
- hygienia-/infektiovaikuttaja
- laitevaikuttaja
- lääkevaikuttaja
- ohjevaikuttaja
- rokotusvaikuttaja
- turvallisuusvaikuttajat
- koulutusyhdyshenkilö

LIITE 4. Laatuvaistaavien tehtävät JCI-tulosyksiköissä

1. Ohjeiden ja yhteisten toimintatapojen jalkauttaminen yksikössä.
2. Ohjata yksikön työntekijöitä organisaation laatu järjestelmän (JCI) mukaiseen toimintaan.
3. Tracer kierrot. Levittää tietoa tulevasta kierrosta. Vastata kierroilla havaittujen yksikössä tehtävien parannustoimenpiteiden etenemisestä ja raportoida niistä tulosyksikön JCI-vastuuhenkilölle.
4. Seurata yksikön toiminnan laatua ja siihen liittyviä laatumittareita.
5. Päivittäisjohtamisen yhteydessä nostaa laatuun ja laatumittareihin liittyviä asioita esiin.
6. Vetää yksikössä säännöllisin välein laatuosastotunteja.
7. Osallistua HUSin / tulosyksikön laatuvaistaaville suunnattuihin koulutuksiin.
8. Laatuvaistauparit työskentelevät tiiviisti potilasturvallisuusvaistaavien kanssa, mikäli nämä roolit ovat erilliset.

25.1.2019 Sanna-Maria Kivivuori, laatuylilääkäri, HUS

Toimialajohtajat ja johtavat ylihoitajat ovat hyväksyneet listan.