

Suunnitelma 2022 – Raportti 2021

**HUS LAATU JA
POTILASTURVALLISUUS**

Versio	Muutokset ja hyväksytyt
1.0 Alkuperäinen raportti ja suunnitelma	<ul style="list-style-type: none"> Saiko 28.2.2022 Konsernin johtoryhmä 15.3.2022 Hallitus 21.3.2022

Sisällysluettelo

1 Johdanto ja yhteenvedo	4
2 Hoidon saatavuus ja hoitoketjut	5
3 Asiakas- ja potilaslähtöisyys	6
3.1 NPS ja mitä sen perusteella on tehty	7
3.2 Hoitosuunnitelma lähtenyt ajallaan (painopiste 2021).....	8
3.3 Kaatumisten ehkäisy (laatumittaritaulukon perusteella) (painopiste 2022).....	8
4 Henkilöstön osaaminen	9
4.1 Onnistumisen työkalun käyttöönottomahdollisuuden selvitys (painopiste 2022).....	11
5 Laatujärjestelmä ja laadun varmistus	12
5.1 Laatujärjestelmähänke (painopiste 2021).....	12
5.2 Akkreditaatiotarkastusajankohtien päättäminen (painopiste 2022).....	15
5.3 Magneettisairaala	15
5.4 ISO-standardit Diagnostiikkakeskuksessa, HUS Tietohallinnossa ja HUS Logistiikassa	17
6 Laatumittariraportoinnin kehittäminen (painopiste 2021).....	18
6.1 Laatujärjestelmän erityisesti edellyttämät mittarit.....	21
6.2 Viranomaisraportointi	22
6.3 Kliiniset laaturekisterit	23
6.4 Tiedon analysointi, hallinta ja vahvistaminen.....	24
6.5 15D-mittarin käyttöönotto (potilaan näkökulmasta saatu terveyshyöty saamastaan hoidosta PROMit Maisaan) (painopiste 2022)	25
7 Ennakoiva laatu- ja potilasturvallisuustyö.....	27
7.1 Ohjeistusprosessin selkiyttäminen	27
7.2 HUS Ohjepankki	27
7.3 JYL-ohjeet.....	28
7.4 Riskienhallinta.....	29
8 Vaaratapahtumat	31
8.1 HaiPro-raportti.....	31
8.2 Potilaan vaaratapahtumailmoitus (painopiste 2021).....	35
8.3 Apotti-asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaikutukset lääkitys- ja potilasturvallisuuteen (painopiste 2021).....	36
8.4 HaiPro-ilmoitusten kehittämistoimenpiteiden esiin nostaminen (painopiste 2022)	37

9	Infektioturvallisuus	38
9.1	Käsihygieniä (painopiste 2021)	38
10	Lääkinnälliset laitteet ja laiteturvallisuus	42
10.1	Lääkinnällisten laitteiden omavalmistus (painopiste 2021)	42
11	Lääkehoidon turvallisuus	43
11.1	Katkeamaton lääkehoidon prosessi (painopiste 2022)	43
12	Säteilyturvallisuus	46
13	Toimitilaturvallisuus	47
13.1	Kokonaisuuden jäsentäminen ja yhteistyö kliinisten yksiköiden kanssa (painopiste 2021) ..	47
14	Valvonta-asiat	49
14.1	Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) korvauspäätösten aiheuttamat toimenpiteet yksiköissä (painopiste 2022)	49
14.2	Muut valvonta-asiat	49
15	Tutkimus ja opetus	50
16	Yhteistyö	53
17	Viestintä	54

Liitteet

1 Johdanto ja yhteenveto

HUS Helsingin yliopistollisen sairaalassa noin 27 000 ammattilaista toteuttaa 2,7 miljoonaa potilaskäyntiä vuosittain lähes 700 000 eri potilaalle, joiden joukossa ovat erikoissairaanhoidon vaativimmat potilaat Suomessa. Näin monimutkaisen ja vaativan toiminnan laatu tulee osoittaa potilaan, henkilökunnan ja yhteiskunnan näkökulmista. Laadun varmistaminen edellyttää toiminnan monipuolista mittaamista ja ennakoivaa laadun- ja riskienhallintaa. Myös vaatimustenmukaisuuden, sisäisen toiminnan selkeyden ja kriisivalmiuden avulla voimme osoittaa, että toimintamme on laadukasta. Laadukkaalla organisaatiolla on yhteistyötä eri suuntiin ja toimivaa vertaisarviointia.

Tämä Laatu ja potilasturvallisuus (LAAPO) -raportti ja -suunnitelma on laadun ja potilasturvallisuuden tärkein dokumentti HUSissa. HUSin hallitus hyväksyy sen vuosittain. Suunnitelma perustuu HUSin strategiaan ja arvoihin. Suunnitelma toimii myös HUSin omavalvontasuunnitelmana. Sote-uudistuksen vuoksi tapahtuva laaja organisaatiomuutos sekä sote-lainsäädäntö tulevat vaikuttamaan myös HUSin laatutyöhön.

Terveystieteiden laadun eri ulottuvuuksia ovat potilaskeskeisyys, saatavuus, turvallisuus, tehokkuus, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus. HUSissa on käytössä myös lääketieteellinen laatu, henkilöstön hyvinvointi ja kehittyvä organisaatio -ulottuvuudet. Laadun seuranta pohjautuu näiden ulottuvuuksien mittaamiseen.

Laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja strukturoiduksi kehittämiseksi tarvitaan organisaatioon laatujärjestelmä. HUSissa on tehty muutama vuosi töitä Joint Commission International (JCI) -laatujärjestelmän käyttöönottamiseksi. Nyt tämä työ on tauotettu, ja tekeillä on ulkopuolinen arvio kansainvälisistä laatujärjestelmistä HUSille parhaan laatujärjestelmän löytämiseksi. Ratkaisu saattaa edelleenkin olla JCI, mutta asiasta on hyvä tehdä väliarvio.

Kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026 toimeenpano HUSissa tulee olemaan tärkeä ohjenuora potilasturvallisuustyössämme sekä LAAPO-strategian muodostamisessa.

Laadun ja potilasturvallisuuden pidemmän aikavälin tavoitteisiin sisältyy terveyshyödyn ja vaikuttavuuden lisääminen, laadukulttuurin parantaminen, kansallinen yhteistyö, kansainvälistyminen sekä laatu- ja potilasturvallisuustutkimuksen lisääminen. Potilaalle laatu ja sen osana potilasturvallisuus ovat ensiarvoisen tärkeitä. HUSin arvot *kohtaaminen*, *edelläkävijyys* ja *yhdenvertaisuus* (KEY) ovat hyvä pohja laatutyölle.

Anu Maksimow
vs. hallintoylilääkäri
LAAPO-yksikön johtaja

Sanna-Maria Kivivuori
laatuyllilääkäri

2 Hoidon saatavuus ja hoitoketjut

Tausta

Oikea-aikainen hoitopääsy on potilaan hyvän hoidon ja oikeuksien toteutumisen perusta. Saapuneiden läheteiden kokonaismäärä kasvoi vuoteen 2020 verrattuna, mutta ei ollut vielä vuoden 2019 tasolla. Ennalta suunniteltua kiireetöntä hoitoa koskevien elektiivisten läheteiden vertailukelpoinen määrä (334 976) kasvoi 6,3 prosenttia edellisvuoteen verrattuna. Sairaanhoidopiiriin saapui arkipäivää kohden keskimäärin 1 324 elektiivistä lähetettä. Vuonna 2020 vastaava luku oli 1 246 lähetettä.

Kulunut vuosi 2021 on ollut toiminnallisesti hyvin poikkeuksellinen. Kevään 2021 Apotti-kuvantamisosion käyttöönotto aiheutti hankaluutta kuvantamistutkimusten saatavuuteen ja edelleen kiireettömään hoitoon. Tilanne korjaantui näiltä osin vuoden kuluessa. Keväällä 2021 usealla erikoisalalla hoitojonot lyhenivät, joskin tietyillä erikoisaloilla, kuten ortopediassa ja erityisesti tekonivelkirurgiassa osaavan henkilöstön saatavuus ja pandemian edellisistä vaiheista johtunut hoitojono jatkui hankalana. Hoidon kysyntä myös ikääntymisestä johtuviin silmäsairauksiin kasvoi merkittävästi aiheuttaen hoitojonojen pidentymistä.

Hoitopääsyä leikkauksiin, toimenpiteisiin tai päiväkirurgiaan odottavien potilaiden määrät pysyivät melko tasaisina vuoteen 2020 verrattuna. Kaiken kaikkiaan mainittuja hoitoja odottavia potilaita oli vuoden 2021 lopussa 19 714, kun vuoden 2020 lopussa potilaita oli 19 867.

Vuoden 2021 lopulla tullut Covid-19-pandemian ”neljännen aallon” aikana haitat muulle sairaanhoidolle pystyttiin rajaamaan, mutta vuoden lopussa ja alkuvuodesta 2022 hoitoa odottavien määrä on uudelleen lisääntynyt. Pandemia vaikutti myös perusterveydenhuoltoon, mikä hidasti potilaiden jatkohoitoon pääsyä erikoissairaanhoidosta. Osastohoitojonossa oli vuoden lopussa edelleen 2 676 potilasta (>6 kuukautta odottaneita). Pandemian myötä on tullut uudenlaisia työtehtäviä erityisesti hoitohenkilöstölle, mikä on vaikuttanut hoitohenkilöstön saatavuuteen ja aiheuttanut kuormitusta työyksiköissä.

Tehdyt toimet

Hoidon saatavuutta tarkastellaan tulosityksiköissä säännöllisesti. Jonotilannetta on pyritty helpottamaan kliinisen lisätyön avulla usealla erikoisalalla. Palvelusetelin käyttöä on lisätty ja myös urakkamalli on käytössä palvelutuotannon lisäämiseksi. Leikkaustoiminnan johtoryhmä on seurannut aktiivisesti jonotilanteen kehitystä ja leikkaussaliaikaa on kohdennettu tarveperusteisesti eri toimialojen kesken. Digitaalisuutta on lisätty hoitoprosessissa, mikä on osaltaan parantanut hoidon saatavuutta.

Vuoden 2021 lopussa pandemian kiihtyessä on sairaansijoja käytetty yli tulosityksikkörajojen mikä on helpottanut ruuhkautumista päivystyksissä. Koronapandemian aikana on tehty henkilöstösiirtoja tulosityksiköiden välillä turvaamaan koronapotilaiden laadukasta hoitoa.

Tulevat toimet

Hoidontarpeen arviointia odotti vuoden 2021 lopussa yhteensä 3 749 potilasta, joista 37,0 % oli odottanut hoidontarpeen arviointia yli 90 vuorokautta. Samaan aikaan vuonna 2020 potilasmäärä oli yhteensä 603 potilasta. Potilasmäärä on noussut vuotta aiempaan verrattuna, mutta suurin syy muutoksen taustalla on hoitopääsyn tarkentunut seuranta.

Vuoden 2022 tavoitteena on jonotietojen täsmentäminen terveydenhuoltolain ja hoitotakuun vaatimalla tavalla. Tämä tarkoittaa 'hoidontarpeen arvio' -syy koodin asianmukaista käyttöä lähetteen käsittelyn jälkeen. Tämä vaikuttaa alkuun jonotietoihin, mutta jatkossa antaa oikean kuvan hoidon saatavuuden toteutumisesta.

Pandemian rauhoittuessa ovat toiminnan vakauttaminen ja toiminnan tehostaminen keskeisiä tavoitteita. HUSissa kehitetään edelleen hyväksi havaittuja toimintamalleja etävastaanottojen hyödyntämiseen. Vuoden 2022 aikana pyritään saavuttamaan hoitotakuuvaatimukset.

Apotti-potilastietojärjestelmän tietotuotantoa kehitetään palvelemaan vielä paremmin hoidon saatavuuden ja vaikuttavuuden seurantaa. Osastohoidon saatavuuden seurantaa kehitetään ja tuotetaan päivittäinen yhteinen tilannekuva vuodeosastokapasiteetista.

Vuoden 2022 aikana käydään HUSin sekä Helsingin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välisiä sote-neuvotteluja sekä kehitetään yhteistyötä ja hoitoketjuja.

3 Asiakas- ja potilaslähtöisyys

Tausta

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää potilaan näkemyksen kuulemista ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista hoitopäätösten teossa. HUSin yksi kolmesta arvosta, kohtaaminen, korostaa tätä myös. Potilaat tulisi ottaa enemmän mukaan ja osallistaa heitä. Potilaan äänen kuuleminen tulisi nostaa enemmän esille, kuten myös kehittämistoimenpiteiden tekeminen potilaalta kuullun perusteella.

Potilaalla on useita kanavia kommunikoida HUSin terveydenhuollon ammattilaisen kanssa fyysisen käynnin lisäksi; erilaisten palautereittien lisäksi Apotin Maisa (sähköisen asioinnin väylä ammattilaisen ja kansalaisen välillä), Terveyskylä, kliinisten laaturekisterien Oma-vointi-palvelu, Noona (hoitopalvelu, jonka avulla potilas voi raportoida oireita ja antaa vointitietoja syöpähoitojen yhteydessä) ja erilaiset chattipalvelut. Myös näiden reittien laadun ylläpito on tärkeää.

HUSissa avattiin potilaalle vappuna 2021 mahdollisuus tehdä itse vaaratapahtumailmoituksia HaiPro-järjestelmään, jotta tätäkin kautta voisimme kuulla lisää potilaan näkemyksiä toiminnastamme. Tästä enemmän kohdassa 8.2 Potilaan vaaratapahtumailmoitus. Osassa asiaan nimetyn työryhmän kokouksista oli mukana kokemusasiantuntija.

Johtajaylilääkärin (JYL) ohjeen 3/2021 Potilas- ja hoito-ohjeiden laatiminen HUSissa mukaan asiakasraatilainen lukee potilasohjeen ennen sen hyväksyntää tai käännettä. Kokemukset tästä ovat olleet hyviä yksiköissä ja saaneet kokemusasiantuntijoiltakin positiivista palautetta.

3.1 NPS ja mitä sen perusteella on tehty

Tausta

Asiakaspalautteista saadun tiedon hyödyntämistä seurataan ja pyritään lisäämään. Vuonna 2021 asiakaspalautteiden HUS-tason strategisena mittarina ja laatumittarina oli Net Promoter Score (NPS) eli suosittelumittari, jonka tavoite strategisissa mittareissa on päivystyksissä yli 50 ja muualla yli 70. Kesällä 2021 vaihdettiin psykiatrialle tavoitteeksi NPS yli 50. Laatumittareissa sen tavoitteena on nousta.

Asiakaspalautteen tilannekatsaus toimitettiin kuukausittain konsernin johtoryhmälle, kehittämisen johtoryhmälle ja LAAPO-johtoryhmälle. HUS-tason NPS-tulokset laitetaan ensimmäistä kertaa HUSin verkkosivuille yhdeksi laatumittariksi.

Tehdyt toimet

NPS:n toteuma psykiatrialla ja päivystyksellisissä yksiköissä oli 46. Muissa yksiköissä ylitetiin tavoite reilusti, saavuttaen NPS-arvon 75. Asiakaspalautteen tilannekatsaus toimitettiin automaattisesti tulosityksiköiden johdolle, konsernin johtoryhmälle sekä kehittämisen ja LAAPO-johtoryhmille.

HUS-tasoiset NPS-tulokset löytyvät HUSin verkkosivujen laatu- ja asiakaspalautesivuilta. Intranetissä tulokset on syvennetty tulosityksikötasolle.

Myös palautteista nousseiden parannusehdotusten toimia on nostettu HUSin verkkosivuille ja HUSin sisäiseen Yammeriin.

Tulevat toimet

Vuodelle 2022 strategisissa mittareissa suosittelukysymyksen NPS-tavoitelukemat ovat:

Yksiköt	NPS-tavoitelukemat
Päivystykselliset yksiköt	NPS yli 50
Psykiatrian yksiköt	NPS yli 50
Muut yksiköt	NPS yli 70
ePalvelut	NPS yli 50

3.2 Hoitosuunnitelma lähtenyt ajallaan (painopiste 2021)

Tausta

STM:n potilasasiakirja-asetuksen 8 §:ssä on annettu määräajat koskien potilasasiakirjojen laatimista ja toimittamista. HUSissa on ajoittain pitkiäkin viiveitä hoitosuunnitelman toimitamisessa potilaalle ja asiaan kiinnitettiin huomiota valitsemalla painopistealueeksi vuonna 2021 hoitosuunnitelman lähteminen ajallaan. Hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan lääkärin tekemää yhteenvetoa hoitajaksesta ja jatkohoidosta. HUSissa asiaa ohjaa Potilaskertomusopas, jonka mukaisesti hoitajakson loppuarvion lähettäminen jatkohoitopaikkaan tulee tapahtua viimeistään viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä. Määräajoista voidaan poiketa vain erityisistä syistä.

Tehdyt toimet

Työryhmä teki nykytilan kartoituksen sekä selvitti erityyppisten hoitajaksojen vaikutusta hoitosuunnitelman lähtemiseen. Lisäksi suunniteltiin parannustoimia, joilla edistetään hoitosuunnitelman lähtemistä ajallaan. Työryhmän esittämistä kehittämistoimista keskusteltiin HUSin Potilasvalitus- ja hallintoasioiden asiantuntijaryhmässä touko- ja kesäkuun kokouksissa. Painopistealueen tärkeydestä oltiin yksimielisiä ja kannatettiin painopistealueen kehitystä asiaa valmistelleen LAAPO-työryhmän periaatteiden pohjalta. Toimenpiteisiin kuuluvat hoitosuunnitelmaprosessin keventäminen esimerkiksi päiväkirurgisessa toiminnassa, jossa leikkauskertomusta voi hyödyntää hoitosuunnitelmana. Hoitosuunnitelman lähettämisen prosessia selvitettyä on myös käynyt ilmi, että yksiköissä on sekä epäselvyyttä Apotin työnkulussa että henkilöstön vastuista.

Tulevat toimet

Kiinnitetään huomiota johdon vastuuseen siitä, että kaikki henkilöstöryhmät tuntevat vastuunsa hoitosuunnitelmaprosessissa. Lisäksi pyydetään varmistamaan jokaisessa yksikössä, että Apotin työnkulut hoitosuunnitelman lähettämisessä ovat selkeitä ja että sihteerit seuraavat jakelutyöjonoa päivittäin.

3.3 Kaatumisten ehkäisy (laatumittaritaulukon perusteella) (painopiste 2022)

Tausta

Kaatumisten ehkäisy sisältyy HUSin operatiivisiin tavoitteisiin ja hoitotyön yhtenäisiin toimintamalleihin. Tavoitteena on, että potilaalle haittaa aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lukumäärä 1 000 potilaspäivää kohden on alle 0,8. Lisäksi kaatumisten ehkäisy sisältyy Magneettisairaala- ja JCI-laatujärjestelmien kriteereihin. Hoitotyön johdon vastuulla oleva kaatumisten ehkäisyn moniammatillinen työryhmä on toiminut vuodesta 2013.

Tehdyt toimet

Vuonna 2021 HUSin vuodeosastoilla tapahtui haittaa aiheuttaneita kaatumisia 0,8 potilaspäivää kohden. Kaikkiaan kaatumisia oli kirjattu Apottiin 1 649, joista 780 seurasi potilaalle haittaa (47 %). Merkittävä haitta seurasi 51 potilaalle (3,1 %). HaiPro-järjestelmään kaatumisia oli kirjattu yhteensä 1 117, joista 61 %:ssa seurasi haittaa potilaalle. Apottiin siirtymisen myötä ei ole ollut saatavilla muita raportteja.

Kaatumisten ehkäisyn edistämiseksi laadittiin ohjeistukset polikliiniseen ja tehohoidon toimintaympäristöihin. Lapsille ja nuorille otettiin käyttöön riskimittari GRAf PIF sekä laadittiin ohjeistuksia vanhemmille. Lisäksi henkilökunnalle järjestettiin koulutusta.

Tulevat toimet

Kehittämistyössä huomioidaan *Turvallisesti kaiken ikää Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelman* (STM 2020) toimenpiteet. Toimenpiteisiin vastataan yhteistyöllä Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa muun muassa palveluketjujen ja hoitopolkujen kuvauksilla, osaamisen vahvistamisella sekä hyvien käytänteiden jakamisella.

Lisäksi tavoitteena on tukea käyttöönottoja erityisesti polikliinisessä toiminnassa, laatia ohjeistukset potilaalle ja omaisille sairaalassa sekä kotiutukseen. Tavoitteena on myös luoda turvallisuuskävelyn toimintamalli turvallisen ympäristön varmistamiseen. Lisäksi järjestetään koulutusta sekä päivitetään ohjeistuksia. Työryhmä seuraa myös raportoinnin kehittämistä sekä HUS-tasoisien tavoitteen toteutumista.

4 Henkilöstön osaaminen

Tausta

Koulutus ja henkilökunnan osaamisen syventäminen potilaiden hoidossa on tärkeää laatusairaalassa. LAAPO-yksikön järjestämissä koulutuksissa on ollut tarkoituksena välittää niin laatuun liittyviä ajankohtaisia asioita kuin yleisesti lisätä tietämystä laadusta ja potilasturvallisuudesta. Koulutusten tavoitteena on herättää henkilökunnan kiinnostus laatutyöhön, osallistaa henkilökuntaa ja sitä kautta edistää asiakaslähtöisyyttä. Laatuvastaavaparit ovat tärkeässä roolissa potilashoidon laadun parantamisessa ja kehittämisessä yksiköissä, ja erityisesti heille suunnattu laatukoulutus on tärkeää.

Tehdyt toimet

LAAPO-yksikkö on järjestänyt avoimia koulutuksia kaikille ammattiryhmille laadusta ja potilasturvallisuudesta kiinnostuneille neljä kertaa lukukaudessa Teamsilla. Koulutuksissa on ollut tavoitteena lisätä keskustelua keskeisistä potilashoitoon liittyvistä teemoista, kuten esimerkiksi infektioturvallisuudesta, turvallisesta lääkehoidosta, kansainvälisistä potilasturvallisuustavoitteista ja HUS-riskeistä.

Vuoden 2021 alussa pidettiin JCI-laaturjestelmän alkukoulutusta uusille akkreditoituville tulosityksiköille sekä kick-off-tilaisuus tulosityksiköille ja sairaanhoitoalueille, jotka olivat liittymässä JCI-laaturjestelmään. JCI-koulutusta pidettiin myös lääketieteestä vastaaville lääkäreille ja linjajohtajille ja hoitotyönjohdolle. Syyskuussa järjestettiin Laatuiltapäivä huslaisille, pääteemana ”Potilaan ääni”. HUSin laaturpäälliköille järjestettiin yhteistyössä ulkopuolisen tahon kanssa koulutuspäivä ajankohtaisista laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvistä teemoista. LAAPO-yksikkö järjesti henkilökunnalle myös laitekoulutusta.

HUSissa edellytetään, että kaikki potilastyötä tekevät terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat HUSin ja Kustannus Oy Duodecimin tekemän Potilasturvallisuuden verkkokoulutuksen (yleispäätös §15/2016). Uudet työntekijät suorittavat koulutuskokonaisuuden osana perehdytysohjelmaansa puolen vuoden kuluessa työsuhteen alkamisesta. Vuonna 2021 verkkokoulutuksen suorittaneita oli 1 113. Yhteensä verkkokoulutukseen suorittaneita on 12 253.

Laaturpäälliköt ovat järjestäneet laatuun ja potilasturvallisuuteen, kuten HaiPron perusasioita ja syventävää tietoa sisältäviä tulosityksikkötasoisia perehdytyksiä, koulutuksia, luentoja ja osastotunteja eri ammattiryhmille.

Tulevat toimet

Lakisääteiset ja HUSin velvoittamat koulutukset

Terveydenhuollon ammattihenkilöt suorittavat Potilasturvallisuuden verkkokoulutuksen osana perehdytystään. Potilasturvallisuuden verkkokoulutuskokonaisuus on pakollinen yleispäätöksen §15/2016 mukaisesti.

Paloturvallisuuden verkkokertauskoulutus 2022

Vuoden 2022 alussa julkaistu paloturvallisuuden verkko-kertauskoulutus täydentää HUSin neljän tunnin paloturvallisuuskoulutuksia. Tämä Moodlessa suoritettava verkkokoulutus suoritetaan vuosittain. Kurssi on tarkoitettu koko HUSin henkilöstölle.

Koulutuspäivät

HUS ja alueen kunnat järjestävät yhdessä potilasturvallisuuden koulutusiltapäivän syksyllä 2022.

Laatukoulutukset

Tänä vuonna laatukoulutuksia järjestetään keväällä ja syksyllä neljä kertaa kaikille laatuasioista kiinnostuneille. LAAPO-yksikön koulutukset ovat avoimia kaikille ja niistä viestitään LAAPO-yksikön sivuilla intranetissä sekä HUS Laatukirjeessä.

Laitteisiin liittyvää koulutusta järjestetään säännönmukaisesti vähintään kerran lukukaudessa. LAAPO-yksikkö on valmis järjestämään erilaista räätälöityä koulutusta tarpeen mukaan huomioimalla erityisesti sote-muutokset sekä ns. hallinnollisen Maku-uudistuksen vuoden 2022 aikana. LAAPO-yksikössä seurataan jatkuvasti koulutuksellisia tarpeita HUSissa laatuun- ja potilasturvallisuuteen liittyen.

4.1 Onnistumisen työkalun käyttöönottomahdollisuuden selvitys (painopiste 2022)

Tausta

Henkilöstön HaiPro-ilmoitusten, potilaiden vaaratapahtumailmoitusten ja potilaspalautteiden sekä muistutusten, kanteluiden ja potilasvakuutuskeskusilmoitusten perusteella tehty kehittämistyö on ollut perinteinen ja hyvä toimintatapa vähentää vaaratapahtumien syntymistä. Niiden vastapainoksi on kehitetty Learning from Excellence (LfE) -menetelmä, jonka avulla henkilöstö voi antaa positiivista palautetta hyvin tehdystä työstä, onnistuneista työtilanteista sekä erinomaisista ja esimerkillisistä työskentelytavoista ja -menetelmistä. Tavoitteena on tunnistaa ja tuoda esiin käytössä olevia hyviä toimintamalleja ja työskentelytapoja, joista voidaan oppia uutta ja joita kannattaa ottaa käyttöön laajemminkin.

Onnistuneen ja esimerkillisen työn näkyväksi tekeminen ja analysointi voi luoda uusia mahdollisuuksia työssä oppimiselle, osaamiselle ja työmotivaation lisäämiselle sekä parantaa työ- ja potilasturvallisuutta. Positiivisen, rakentavan palautteen antaminen ja saaminen vaikuttaa koko työyhteisön hyvinvointiin.

Tehdyt toimet

LAAPO-ryhmästä 7.10.2021 koottua työryhmää täydennetään tarvittaessa painopistetyöskentelyn edetessä.

Tulevat toimet

Työryhmä selvittää erilaiset mahdollisuudet kerätä ja analysoida tietoa hyvistä työskentelytavoista ja toimintamalleista. Uuden toimintatavan käyttöönottoselvitykseen kuuluu keskeisesti riskiarviointi, toimintamallin roolien ja vastuiden kuvaaminen sekä mahdollisen käyttöönoton viestintä- ja seurantasuunnitelmat.

5 Laaturjestelmä ja laadun varmistus

5.1 Laaturjestelmähanke (painopiste 2021)

Tausta

Tärkein laadunparannushanke vuonna 2021 oli HUSin valmistautuminen Joint Commission Internationalin (JCI) mukaiseen kansainväliseen laatuakkreditaatioon eli laaturjestelmän hankkimiseen. Hankkeen vetäjänä toimi HUSin laatuylilääkäri. JCI on maailman laajimmalle levinnyt sairaaloiden akkreditointijärjestelmä. Se on koko sairaalan kattava laaturjestelmä, joka käsittää kaikki toiminnot ja ammattiryhmät, sekä toimii omavalvonnan perustana. Läpäistäkseen akkreditaatiotarkastuksen sairaalan tulee täyttää tietyt laatuksiteerit.

Tehdyt toimet

Laaturjestelmähanke oli yksi vuoden 2021 painopisteistä. JCI-laaturjestelmähankeen eteneminen kaikkiin klinisiin tulosyksiköihin ja sairaanhoitoalueille aloitettiin. Tavoitteena oli vuonna 2021 aloittaa akkreditointitarkastukset ensimmäisissä tulosyksiköissä, mutta syksyllä 2021 selvisi, ettei ennen tarkastuskäyntejä vaadittavaa kolmen vuoden sopimusta JCI:n kanssa voida allekirjoittaa sote-uudistuksen, HUSin toimitusjohtajavaihdoksen ja JCI:n uuden johdon linjaamien sopimusteknisten syiden vuoksi. Todettiin, että laaturjestelmätyön suvantovaiheessa on hyvä uudelleen arvioida, mikä laaturjestelmä HUSille olisi paras ja sopivin. Tämän vuoksi perustettiin laaturjestelmän valintatyöryhmä.

JCI:n ohjeiden mukaisten havainnointikiertojen (tracer-metodologia) avulla tehdään myös laadunparannustyötä. Menetelmään on koulutettu JCI-organisaation kouluttajien toimesta ja sisäisellä koulutuksella havainnoijia, jotka tekevät yksiköissä arviointikierroksia ja pyrkivät löytämään yksikön henkilöstön kanssa laadunparannustapoja. Näillä kierroksilla on saatu hyvää harjoitusta varsinaista akkreditointitarkastusta varten. Huolimatta laaturjestelmätyön suvantovaiheesta, havainnointikiertoja päätettiin jatkaa. Kierrot olivat osin tauolla pandemian vuoksi.

Havainnointikierrosten virtuaalinen toteutustapa käyttöön otettiin maaliskuussa, jatkuen vuoden loppuun. Havainnointi-menetelmäkoulutus toteutettiin HUSin sisäisenä koulutuksena, jossa koulutettiin 20 uutta havainnoitsijaa.

Havainnointikierroksia tehtiin eri yksiköissä 63. Havaintojen määrä yhteensä 945. Toimenpiteitä vaativia havaintoja oli 388 (41 %), joista yli 99 % kohdistui yksikön toimesta tehtäviksi. HUS-tasoisia toimenpide-ehdotuksia oli 5 kpl, jotka kohdistuivat infektioidentorjunnan pehdytysohjelman kehittämiseen (toimenpiteet kesken), lääkitysturvallisuuden ohjeiden tarkentamiseen (toimenpiteet tehty) ja uuden elvytysohjeen tarpeeseen (toimenpiteet tehty, johtajaylilääkäriin ohje 29/2021 Elvytysohje julkaistu tammikuussa 2022).

Uuden tracer-raportointiohjelmiston hankintaan liittyvä määrittely-, kartoitus- ja testaustyö toteutettiin. Päätös ohjelmiston käyttöönotosta siirtyi.

Mount Sinai International (MSI) -kumppanuussairaalan kanssa yhteistyössä toteutettavat virtuaaliset harjoitustarkastukset jatkuivat. HUSissa on menossa kaksivuotinen yhteistyösopimus MSI:n kanssa painottuen laatuasioihin.

Apotin edustajien ja JCI-vaatimusryhmien puheenjohtajien välinen yhteistyö jatkui, ja JCI-raportointivaatimusten priorisointia Apotin suuntaan tehtiin.

Tulevat toimet

Laatujärjestelmän valintatyöryhmän tulee viimeistään 30.4.2022 antaa ehdotuksensa, mikä olisi sopivin laatujärjestelmä HUSiin. Tässä yhteydessä tuotetaan ulkopuolisen tahon tekemä arviointi kansainvälisistä laatujärjestelmistä. Tarkoituksena on käynnistää valitun laatujärjestelmän käyttöönottoon liittyvä työ.

Jatketaan havainnointikiertoja (tracer) pandemiatilanne huomioiden. Laatujärjestelmän valinnan jälkeen tehdään suunnitelma havainnointikierrosten kokonaisuuden järjestämisestä valitun laatujärjestelmän mukaiseksi, mukaan lukien uuden raportointiohjelmiston käyttöönotto.

Edistetään vuoden 2022 laatutyön painopisteitä, jotka päätettiin LAAPO-johtoryhmässä 25.10.2021:

LAATUTYÖN PAINOPISTEET 2022

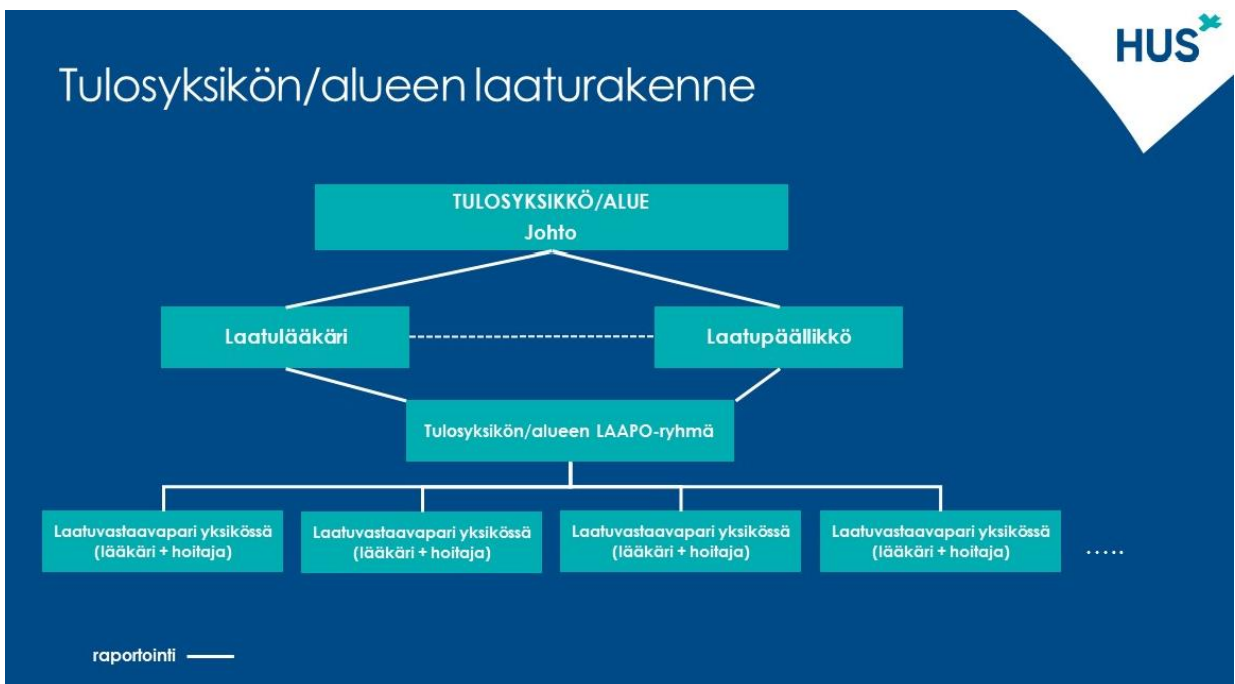
Painopiste
1. Onnistumisen työkalun käyttöönottomahdollisuuden selvitys
2. Akkreditaatiotarkastusajankohtien päättäminen
3. Katkeamaton lääkehoitoprosessi
4. 15D-mittarin käyttöönotto (potilaan näkökulmasta saatu terveyshyöty saamastaan hoidosta PROMit Maisaan)
5. Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) korvauspäätösten aiheuttamat toimenpiteet yksiköissä
6. Kaatumiset (laatumittaritaulukon perusteella)
7. HaiPro-ilmoitusten kehittämistoimenpiteiden esiin nostaminen (potilasturvallisuuskulttuurikyselyn perusteella)

Johtaminen, vastuuhenkilöt 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.



Kuva 1. Laatuun liittyvä päätöksenteko



Kuva 2. Tulosyksikön/-alueen laaturakenne (Tavoite, laatulääkärin osalta toteutuu osassa tulosyksiköitä/-alueita)

HUSin hallitus hyväksyy vuosittain LAAPO-raportin ja suunnitelman. Laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät avainhenkilöt on esitelty liitteessä 2 ja työryhmien kuvaukset ovat liitteessä 3.

5.2 Akkreditaatiotarkastusajankohtien päättäminen (painopiste 2022)

Akkreditaatiotarkastuksia ei todennäköisesti pidetä tänä vuonna (ks. kohta 5.1).

5.3 Magneettisairaala

Tausta

Magnet® Hospital eli Magneettisairaala-status on kansainvälinen tunnustus erinomaisesta hoitotyöstä ja sen tuloksista. Nimensä Magneettisairaala-malli on saanut siitä, että Magneettisairaaloissa hoitajien veto- ja pitovoima on korkeampi kuin muissa sairaaloissa. Magneettisairaala-mallissa potilaan erinomaiseen hoitoon pyritään muun muassa osallistavalla johtamisella ja hoitotyön kehittämällä. Myös voimaannuttavat rakenteet, kuten systemaattinen perehdytys, monipuolinen täydennyskoulutus ja mahdollisuus mentorointiin, tukevat hoitotyön tekemistä parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitotyötä toteutetaan Hoitotyön ammatillisen toimintamallin mukaisesti innovoiden ja näyttöön perustuen, uusimman tutkimustiedon avulla.

Sydän- ja keuhkokeskus, Syöpäkeskus sekä Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikkö käynnistivät Magneettisairaala-statuksen hakuprosessin marraskuussa 2020 läpäisten ensimmäisen hakuvaiheen. Hakuprosessi kestää noin kolme vuotta.

Magneettisairaala-mallissa hoitotyön laatua mitataan tulosmuuttujilla, joihin voidaan vaikuttaa hoitotyöllä. Sairaalapotilailla seurataan mm. sairaalajaksolla syntyneiden painehaavojen, potilaalle haittaa aiheuttaneiden kaatumisten sekä keskuslaskimokanyyli- ja virtsatiekatetriinfektioiden määrää kuukausittain. Poliklinikoilla seurataan haittaa aiheuttaneiden kaatumisten määrää sekä jotakin hoitotyön laatua kuvaavaa suuretta, esim. pitkäaikaisverensokeri HBA_{1C} tai haitallisten aineiden ekstravasatiot. Lisäksi seurataan potilaiden tyytyväisyyttä hoitotyöhön (Hoitotyön potilaspalaute HoPP) ja hoitajien työtyytyväisyyttä (Nurse Engagement Survey NES+) vuosittain.

Laadun seurannassa on keskeistä, että jokainen yksikkö saa omat tulokset käyttöönsä ja tavoitearvoa heikompiin tuloksiin reagoidaan nopeasti. Tavoitteena hoitotyönsensitiivisten laatuindikaattorien osalta on, että jokainen yksikkö on kansainvälistä/kansallista, vastaavien yksiköiden keskiarvoa parempi vähintään viidessä kahdeksasta vuosineljänneksestä eli kvartaalista.

Tehdyt toimet

Taulukossa 1 on esitetty tavoitteeseen päässeiden yksiköiden lukumäärät vuode- ja teho-osatoindikaattorien sekä kahden polikliinisen toiminnan indikaattorin osalta.

Taulukko 1. Hoitotyönsensitiivisten laatuindikaattorien tavoitteeseen päässeiden yksiköiden määrä/ kaikki indikaattoria käyttävät yksiköt kahdeksan vuosineljänneksen (Q4/2019–Q3/2021) ajalta.

	Haittaa aiheuttaneet kaatumiset ja putoamiset, vuode-/teho-os	Sairaalassa syntyneet ≥ 2 asteen painehaavat, vuode-/teho-os	Hoitolaitteisiin liittyvät ≥ 2 asteen painehaavat, vuode-/teho-os	CLABSI, vuode-/teho-os	CAUTI, vuode-/teho-os	HbA1c, pkl	Ekstra-vasaatiot, pkl
Lasten ja nuorten sairauksien TY	10/11	5/8	6/8	5/9	N/A	1/2	N/A
Syöpäkeskus	0/5	4/4	N/A	3/4	4/4	N/A	3/4
Sydän- ja keuhkokeskus	3/11	8/11	N/A	11/11	11/11	N/A	1/1

TY = tulosityksikkö, CLABSI = keskuslaskimokanyyliin liittyvä infektio, CAUTI = virtsatiekatetriin liittyvä infektio, HbA1c = pitkäaikaisverensokeri, N/A = ei koske kyseistä tulosityksikköä

Kansainvälistä keskiarvoa heikompiin tuloksiin on reagoitu arvioimalla hoitokäytäntöjä, kehittämällä toimintatapoja erilaisten työpajojen avulla ja hankkimalla haittatapahtumia ehkäiseviä apuvälineitä.

Hoitotyönsensitiivisen potilaspalautteen osalta missään tulosityksikössä ei olla vielä tavoitteessa. Yhtenä ongelmana on palautteiden vähyys. Jos palautteita yhdestä yksiköstä on alle viisi per kvartaali, tuloksia ei raportoida vastaajien henkilöllisyyden suojaamiseksi. Erilaisia muistutuskeinoja on otettu käyttöön kaikissa tulosityksiköissä.

Toinen potilaspalautteeseen liittyvä ongelma erityisesti Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikössä on kansallisen vertailudatan vähyys. Kansallinen Hoitotyön vertaiskehittämisen verkosto (HoiVerKe) on korjannut yksiköiden tyyppiluokitusta siten, että jokaisessa luokassa on riittävästi yksiköitä edellyttäen, että muut organisaatiot (yliopisto- ja keskussairaalat) tuottavat riittävästi dataa.

Hoitajien työtyytyväisyyden osalta huhtikuussa 2021 statusta hakevista organisaatioista vain Sydän- ja keuhkokeskuksen tulokset olivat vähintään neljässä kategoriassa seitsemästä parempia kuin kansallinen keskiarvo. Kysely toistettiin Lasten ja nuorten tulosityksikössä sekä Syöpäkeskuksessa marraskuussa 2021, jolloin tulokset ylsivät tavoitteeseen. Yksiköiden omia tuloksia on käsitelty väittämätasolla yksiköissä ja on suunniteltu toimenpiteitä, joilla parannetaan heikoimpien osa-alueiden tuloksia.

Tulevat toimet

Kaikissa hakijaorganisaatioissa tehostetaan kaikkien laatuindikaattorien tulosten ajantasaista seuranta. Yksiköille tuotetaan nopeasti heidän omat tuloksensa, analysoidaan tulokset ja kehitetään toimintaa edelleen, tavoitteena Magneetin edellyttämä ”outperformance” jokaisen indikaattorin osalta ja dokumentaatiovaiheen läpäisy.

Vuoden 2022 aikana varmistetaan hakuprosessiin liittyen, että hoitotyön laatu pysyy vaatimusten mukaisena ja tuotetaan dokumentaatio käsikirjan sisältämien kriteereiden toteutumisesta. Dokumentaation jättöpäivämäärät ovat Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikön ja Syöpäkeskuksen osalta 1.2.2023 ja Sydän- ja keuhkokeskuksen osalta 1.6.2023. Psykiatrian hakuprosessin aikataulu varmistuu vuoden 2022 aikana.

5.4 ISO-standardit Diagnostiikkakeskuksessa, HUS Tietohallinnossa ja HUS Logistiikassa

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

Diagnostiikkakeskuksen laboratoriotoinnot on akkreditoitu laboratorioden laadulle ja pätevyydelle laaditun standardin SFS-EN ISO 15189:2013 mukaisesti. Akkreditoinnissa HUSLAB osoittaa akkreditointielimelle (FINAS) toiminnassaan täyttävänsä standardin vaatimukset. Laboratoriossa 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 klinikon tarkoittamaan kysymykseen tai kysymyksiin. Kansainvälinen sertifiointilaitos Bureau Veritas myönsi HUS Kuvantamiselle SFS-EN ISO 9001:2015 mukaisen sertifikaatin vuonna 2018. Bureau Veritas seuraa ISO 9001 -vaatimustenmukaisuuden toteutumista vuosittaisilla auditointikäynneillä ja laajempi uudelleensertifiointi tapahtuu joka kolmas vuosi. Tämän lisäksi sertifiointi edellyttää kuvantamistoiminnoilta koko toiminnan kattavaa sisäistä auditointia.

HUS Tietohallinto sertifioidi tietoturvallisuuden hallintajärjestelmän (ISO 27001). Myös tuotekehitystä koskeva hallintajärjestelmä ISO 13485 sertifiointiin uudelleen. Tietohallinnon laatu järjestelmää koskeva sertifiointi ISO 9001 on pidetty voimassa. Näiden kolmen sertifikaatin ohjaamana tehdään systemaattista kehitystyötä.

HUS Logistiikan laatu järjestelmä on laadittu ISO9001:2015 standardia vasten ja Labquality myönsi sille toukokuussa 2021 sertifikaatin. Vaatimusten toteutumista seurataan jatkossa vuosittain, ja seuraava seuranta-auditointi on maaliskuussa 2022.

6 Laatumittariraportoinnin kehittäminen (painopiste 2021)

Tausta

Laadun mittaamisen ja seurannan tavoitteena on kyetä vertailemaan HUSin, sairaanhoitoaluiden ja tulosyksiköiden toimintaa ja kehittymistä, jotta ymmärretään epätoivotun muutoksen lähde ja luonne sekä voidaan keskittää parannustoimet oikeisiin kohteisiin.

HUSin laatumittaristo on rakennettu pohjautuen seitsemään laadun ulottuvuuteen. Kullakin HUSin laatu-ulottuvuudella on omat mittarinsa, jotka tarkistetaan vuosittain. Mittareissa pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon muissa yhteydessä kehitettyjä mittareita, koska niiden käyttöönotto on nopeampaa ja ne ovat käyttäjille tuttuja.

Laaturaportin rakentamisessa on ollut haasteita tietojärjestelmien vaihtuessa ja uutta PowerBI-raporttia otettaessa käyttöön. Käyttäjien kannalta ei ole ollut selkeää, mistä pitäisi seurata minkäkin mittarin toteumaa ja mitä oletuksia ja rajoituksia tulkinnoissa pitää huomioida. Tämän ongelman ratkaisemiseksi laatumittarien kehittäminen valittiin yhdeksi painopistealueeksi vuodelle 2021.

Tehdyt toimet

Laaturaportoinnin tavoitteeksi asetettiin yksi PowerBI-raportti, jolta käyttäjä saa kaiken tarvittavan tiedon. Koosteraportin lisäksi käyttäjille tarjotaan apuraportteja, joilla voi porautua lukuihin tarkemmin ja analysoida muutosten syitä. Käyttäjille näkyvää PowerBI-raporttia suurempi työ on ollut rakentaa jokaiselle mittarille dataputki. Dataputkessa on rakennettu ja validoitu tietojen siirtyminen varsinaisesta lähdejärjestelmästä tietoaaltaan, tietovarastolle, infokantaan ja lopulta PowerBI-raportille.

Seuraavassa taulukossa on esitetty kunkin mittarin osalta kehittämisen tilanne. Muutamaa mittaria lukuun ottamatta kaikki on saatu tuotua raportille ja noin puolessa dataputki on jo kunnossa. Keltaisella olevissa on vielä manuaalivaiheita jäljellä tai jotain muuta viimeistelyä tekemättä. Apuraportteja on tehty vain muutamalle mittarille.

Laatumittarit 2021	Tavoitearvo	Lkm	Raportti	Dataputki	Apuraportti
OIKEA-AIKAISUUS					
Alle 60 minuutissa lääkärille päässeiden potilaiden osuus	↑	12			
<31 vrk hoitoon päässeiden osuus, hoitotakuun piirissä olevat	> 80%	12			
POTILAAN NÄKEMYS JA TURVALLISUUS					
Hoitopaikan suositteleminen	↑	12			
HaiProt, tapahtui potilaalle -tilanteiden osuus	↓	12			
Käsihuuhteen käyttö, 3ml ottokertoja / hetu / vrk	↑	12			
Painehaavojen ilmaantuvuus hoidetuista potilaista	↓ (1,9% kriittinen raja)	12			
Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm /1000 potilaspäivää kohden	↓ (0,8 kriittinen raja)	12			
Potilasmuistutukset		3			
HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI					
Vakinaisen henkilökunnan lähtövaihtuvuus	5,5-6,5%	12			
Henkilöstö suosittelee yksikköä / Tyytyväisyys johtamiseen	↑	1:4			
TOIMINNAN TEHOAKUUS					
Hoitojakson pituus, päivää (LOS, length of stay)	↓	12			
Alle 30 vrk readmissio samasta syystä	↓	12			
KUSTANNUSVAIKUTTAUVUUS					
Kuolleisuus, <30 vrk sairaalahoidon alkamisesta	↓	12			
Kustannus / potilas	↓	12			
KEHITYVÄ ORGANISAATIO					
Maisan käyttöönottoprosentti	> 70%	12			
OIKEUDENMUKAISUUS					
<31 vrk hoitoon päässeiden osuuden vaihteluväli kunnittain		↓	12		

Kuva 3. Laatumittarit 2021

Laatumittareita tarkastellaan ja laaditaan yhteenveto johdon kuukausiraporttiin, osavuositarkastuksiin ja tähän laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan ja -raporttiin. Tuloksyksiköiden johtoryhmissä on käsitelty mittarit kuukausittain ja seurataan sovittujen toimenpiteiden toteutumista.

Laatumittareiden tulokset ja vuosivertailut on esitetty alla olevassa taulukossa. Viidessä laatumittarissa tulos oli tavoitteen mukainen ja kymmenessä siitä jäätin. Tyytyväisyys johtamiseen otettiin vasta käyttöön eikä siinä ole vertailutietoa saatavilla. Vuoden aikana sen kehittyminen on kuitenkin ollut positiivista.

Laatumittarit marraskuu [kuukausitason tiedot, ei kumulatiiviset]	2021	2020	Tavoitearvo
OIKEA-AIKAISUUS			
Alle 60 minuutissa lääkärille päässeiden potilaiden osuus	50,3 %	56,8 %	↑
<31 vrk hoitoon päässeiden osuus, hoitotakuun piirissä olevat	39,9 %	52,6 %	> 80%
POTILAAN NÄKEMYS JA TURVALLISUUS			
Hoitopaikan suositteleminen	75	72	> 70
HaiProt, tapahtui potilaalle -tilanteiden osuus	49,0 %	48,3 %	↓
Käsihuuhteen käyttö, 3ml ottokertoja / hetu / vrk	26	27	↑
Painehaavojen ilmaantuvuus hoidetuista potilaista	0,3%	0,3 %	↓ (1,9% kriittinen raja)
Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm /1000 potilaspäivää kohden	0,8	0,7	↓ (0,8 kriittinen raja)
Potilasmuistutukset	1252	1627	↓
HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI			
Vakinaisen henkilökunnan kokonaislähtövaihtuvuus	10,5 %	8,6 %	5,5 - 6,5%
Henkilöstö suosittelee yksikköä / Tyytyväisyys johtamiseen	73,0 %	-	↑
TOIMINNAN TEHOAKUUS			
Hoitojakson pituus, päivää (LOS, length of stay)	3,8	3,7	↓
Alle 30 vrk readmissio samasta syystä	1,7 %	1,8 %	↓
KUSTANNUSVAIKUTTAUVUUS			
Kuolleisuus, <30 vrk sairaalahoidon alkamisesta	2,3 %	2,1 %	↓
Kustannus / potilas [€]	1085	1074	↓
KEHITYVÄ ORGANISAATIO			
Maisan käyttöönottoprosentti	55,7 %	35,0 %	> 70%
OIKEUDENMUKAISUUS			
<31 vrk hoitoon päässeiden osuuden vaihteluväli kunnittain	18,1 %	25,2 %	↓

Kuva 4. Laatumittarit marraskuu 2021/2020

Korona on vaikuttanut monien mittarien tuloksiin tänä vuonna ja viime vuoden tavoitetason kautta. Esimerkiksi oikea-aikaisuuden ja käsihuuhteen käytön mittarit olivat selvästi nousseet vuonna 2020 ja tavoitteet olivat normaaliin vuoteen verrattuna kovat. Vastaavasti oikeudenmukaisuuden mittarin viime vuoden suuri arvo selittyi myös ensimmäisen koronavuoden poikkeavan suurella vaihtelulla, joten nyt tavoite oli verrattain helppo saavuttaa. Tulos 18,1 % on kuitenkin hyvin linjassa aikaisempiin vuosiin verrattuna.

Taulukon positiivisimmat tulokset ovat hoitopaikan suosittelun johdonmukainen kasvaminen ja potilasmuistutusten merkittävä väheneminen. Eniten huolta herättää henkilökunnan lähtövaihtuvuus selvä kasvaminen ja Maisan käyttöönottoprosentin jääminen kauas tavoitteesta.

Tulevat toimet

Laatumittarit on pyritty pitämään mahdollisimman samanlaisina vuonna 2022. Maisan käyttöönottoprosentin sijasta strategisissa mittareissa muutettiin mittaamaan 15D-kyselyn täyttömääriä, niin siksi se on luonteva vaihtaa myös laatumittarien puolelle. Lisäksi tutkitaan, voidaanko potilasmuistutusten raportointifrekvenssiä nostaa kuukausittain raportoitavaksi ja tuoda tiedot myös alemmille organisaatiotasolle.

Laatumittarit 2022	Tavoitearvo	LKM
OIKEA-AIKAISUUS		
Alle 60 minuutissa lääkärille päässeiden potilaiden osuus	↑	12
<31 vrk hoitoon päässeiden osuus, hoitotakuun piirissä olevat	> 80%	12
POTILAAN NÄKEMYS JA TURVALLISUUS		
Hoitopaikan suosittelu	> 70	12
HaiProt, tapahtui potilaalle -tilanteiden osuus	↓	12
Käsihuuhteen käyttö, 3ml ottokertoja / hetu / vrk	↑	12
Painehaavojen ilmaantuvuus hoidetuista potilaista	↓ (1,9% kriittinen raja)	12
Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm /1000 potilaspäivää kohden	↓ (0,8 kriittinen raja)	12
Potilasmuistutukset	↓	3-12
HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI		
Vakinaisen henkilökunnan kokonaislähtövaihtuvuus	5,5 - 6,5%	12
Tyytyväisyys johtamiseen	↑	4
TOIMINNAN TEHOKKUUS		
Hoitajakson pituus, päivä (LOS, length of stay)	↓	12
Alle 30 vrk readmissio samasta syystä	↓	12
KUSTANNUSVAIKUTTAUVUUS		
Kuolleisuus, <30 vrk sairaalahoidon alkamisesta	↓	12
Kustannus / potilas [€]	↓	12
KEHITTYVÄ ORGANISAATIO		
Maisan 15D-kyselyn täyttömäärä	> 100 000	12
OIKEUDENMUKAISUUS		
<31 vrk hoitoon päässeiden osuuden vaihteluväli kunnittain	↓	12

Kuva 5. Laatumittarit 2022

Raporttien kehittämisen tärkein tavoite on saattaa kaikkien mittareiden dataputki kuntoon. Vuoden 2022 painopisteeksi valittiin laatumittareista kaatumisten ehkäisy (ks. kohta 3.3).

Apotin komplikaatioiden rekisteröintitoiminnon kehittäminen alkaa 2022. Tavoitteena on, että kullekin hoitomuodolle voidaan kirjata yleisiä komplikaatioita ja sitten hoitomuoto-spesifisiä komplikaatioita. Apotissa on ollut rakenteisena kirjaamisena kaikille vain yleiset komplikaatiot ja sen lisäksi kardiologisiin toimenpiteisiin liittyvät hoitomuotospesifiset komplikaatiot tahdistinasennuksiin ja sepelvaltimo- ja elektrofysiologisiin toimenpiteisiin liittyen. Näin on suunnitteilla tehdä myös kaikkien muiden erikoisalojen toimenpiteiden kohdalla.

Päivittäisjohtamisen taulut eli valkotaulut ovat hyvä foorumi laatu- ja potilasturvallisuusmittareille. Kesällä 2021 yksiköille jaettiin suositus, että ainakin seuraavia mittareita olisi valkotauluilla esillä: käsihuuhteen käyttö, kaatumisten ja putoamisten lukumäärä, NPS ja HaiPro - tapahtui potilaalle -tilanteiden osuus kaikista HaiProista. Valkotaulujen mittarikokonaisuuden kehittäminen olisi tärkeää huomioon ottaen magneettisairaalahankkeen mittarit.

6.1 Laatujärjestelmän erityisesti edellyttämät mittarit

Verensiirron haittavaikutukset

Verensiirron yhteydessä ilmentyneitä haittavaikutuksia tai mahdollisia haittavaikutuksia tilastoititiin 150 kpl vuonna 2021. Näistä suurin osa (81 %) oli lieviä. Vääriä verensiirtoja raportoitiin kolme. Verikeskukselle osoitettujen verensiirtoketjun HaiPro-ilmoitusten määrä väheni edelliseen vuoteen verrattuna (46 ilmoitusta), kun taas hoitoyksiköille osoitettujen lisääntyi (223 ilmoitusta). Vaaratapahtumia liittyi muun muassa puutteelliseen verensiirtoon varautumiseen. Töölön tapaturma-asemalla onkin panostettu verensiirtoon varautumiseen henkilökuntaa perehdyttämällä. Verikeskus on myös laatinut uuden ohjeen HUSin ulkopuolelta tulevan potilaan verensiirtoon varautumisesta.

Infektioista on raportoitu kohdassa 9 Infektioturvallisuus.

Fimealle raportoidut haitat ja vakavat lääkityspoikkeamat on vastaavasti raportoitu kohdassa 11 Lääkehoidon turvallisuus.

Potilaan tunnistamisen HaiProt

Potilaan tunnistamiseen liittyviä HaiPro-ilmoituksia oli 552, mikä oli 0,4 % enemmän kuin edellisvuonna.

Anestesian aikaiset haittatapahtumat

Anestesian aikaisista haittatapahtumista eli poikkeamista saadaan tietoa potilasturvallisuuteen liittyvistä riskeistä anestesian aikana. Anestesiatoiminnan seurattavat poikkeamat HUSissa päätettiin kirjallisuudessa esitettyjen suositusten perusteella. Seurattavat poikkeamat on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Luettelo anestesian aikaisiksi haittatapahtumiksi luokitelluista leikkaussali-poikkeamista (lähde: Apotti)

POIKKEAMAN NIMI
Aspiraatio
Elvytys
Hammasvaurio
Hereillä olo yleisanestesian aikana
Keskushermostopoikkeama
Kuolema
Maligni hypertermiareaktio tai sen epäily
Muu vakava poikkeama
Paine-/palovamma
Sentraalisen kanyloinnin yhteydessä arteriapunktio/pneumothorax
Vakava yliherkkyysoire

Poikkeama esiintyi 0,15 %:ssa (99 kertaa) elektiivisistä leikkauksista ja 0,36 %:ssa (98 kertaa) päivystysleikkauksista. Tavallisin poikkeama oli elektiivisissä leikkauksissa vakava yliherkkyysoire (14 kpl) ja päivystysleikkauksissa elvytys (28 kpl). Elektiivisissä leikkauksissa menehtyi 2 potilasta (kaikki syyt huomioiva kuolleisuus 3 per 100 000 leikkausta). Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito -toimialalla seurataan keskitetysti poikkeamatietoa.

6.2 Viranomaisraportointi

Tausta

HUS toimittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) hoitopääsytiedot kuukausittain. Tiedot sisältävät erikoisalakohtaiset kuun vaihteen poikkileikkaustiedot hoitoa odottavista potilaista, hoidontarpeen arviointia odottavista sekä yleisimpiin leikkauksiin tai konservatiiviseen hoitoon odottavista potilaista. Lisäksi toimitetaan poikkileikkaustiedot lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita odottavista alle 23-vuotiaista potilaista sekä saapuneista läheteistä. Tietosisältö perustuu terveydenhuoltolakiin ja THL:n julkaisemiin tietomäärittelyihin.

HUS toimittaa THL:lle joka päivä hoitoilmoitusjärjestelmän (Hilmo) mukaiset hoitoilmoitustiedot sisältäen tunnisteelliset tiedot toteutuneista käynneistä ja hoitojaksoista sekä alkaneista hoitojaksoista. Tietosisältö on määritelty THL:n Hilmo 2020 -oppaassa.

Tehdyt toimet

HUSin hoitopääsyraportointi uudistettiin vuoden 2021 aikana. HUSin sisäisessä raportoinnissa uudet tiedot otettiin käyttöön kesäkuussa 2021 ja viranomaisraportoinnissa marraskuussa 2021.

Vuoden 2021 aikana teeman osalta kiinnitettiin huomiota myös kirjaamiseen laatuun. Potilashallinnon kirjaamisprosessien tueksi julkaistiin virhekoodien taulukko ja laadukkaan kirjaamisen muistilista, jonka yksiköt voivat myös tilata julisteeksi HUSin sisäisestä verkkokokouksesta.

Tulevat toimet

Potilashallinnon kirjauskäytännöt vaikuttavat olennaisesti hoitoonpääsy- ja viranomaistietojen oikeellisuuteen. Vuonna 2022 julkaistaan organisaation sisäinen ohje, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa hoitoonpääsy tietoihin vaikuttavien jonottamisen syy -koodien käyttöä erikoisalojen välillä sekä suhteessa muihin sairaanhoitopiireihin.

HUSin hoitoilmoitusjärjestelmätietojen tietotoimitukset on siirretty suunnitelmallisesti HUS-tietoaltaalle. Tietotoimitukset HUS-tietoaltaalta ovat käynnistyneet 5.1.2022. Tietotoimitusten sisällön laatua tarkkaillaan ja kehitetään THL:ltä saadun palautteen perusteella vuonna 2022.

6.3 Kliiniset laaturekisterit

Tausta

HUSissa on noin 70 kliinistä laaturekisteriä, joista muutama on laajentunut kansalliseksi. HUSin rekistereissä on tietoja noin 350 000 potilaasta. Kliiniset laaturekisterit ovat tärkein tapa saada HUSin hoitotuloksia mittaroitua ja vertaisarvioitua.

Tehdyt toimet

Kliinisistä laaturekistereistä valmistui oma johtajaylilääkärin ohje 15/2020, jossa muun muassa kuvataan rekisterin vastuuhenkilön rooli. Perustelut sille, ettei potilastietojärjestelmän raportointi riitä kattamaan tietotarvetta, tulee esittää uutta anottaessa. Kansallisen rekisterin tarve ei ole perustelu laaturekisterin perustamiselle, sillä potilastietojärjestelmän kautta on myös mahdollista jakaa tietoa kansallisiin rekistereihin.

Perustettavalle laaturekisterille on nimettävä vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on huolehtia rekisterin toiminnan aktiivisuudesta ja hyödyntämisestä. Hänen koordinoimanaan rekisteriin valitaan mittarit ja suunnitellaan raportointi, tietojen analysointiprosessi ja hyödyntäminen hoidon laadun kehittämisessä ja vertaisarvioinnissa. Vastuuhenkilön tulee tukea sitä, että osa mittareista on yhteisiä kaikille laaturekistereille. Vastuuhenkilöiden rooli on sama myös rekisterin siirtyessä Apotti-potilastietojärjestelmään. Säännöllinen raportointi tulosityksikön johtoryhmälle vähintään kolmesti vuodessa on tärkeää.

Kliinisten laaturekisterien ohjausryhmässä ja rekisterien kanssa kommunikoinnissa on erityisesti nostettu esiin rekisterituloksista seuraavien toimenpiteiden tärkeys ja hyötyjen osoittaminen. Puolivuositteiset rekistereiden vastuuhenkilöiden seminaarit pidettiin helmi- ja syyskuussa.

Laaturekistereistä valmistui tutkimus, joka analysoi kaikki HUSin laaturekisterien mittarit ja ryhmitteli ne.

Tulevat toimet

Laaturekistereistä seuraavien hyötyjen ja hoitoon vaikuttavien toimenpiteiden korostaminen tulee olemaan edelleenkin esillä. HUSin henkilökunnalle jatketaan laaturekistereistä viestimistä. Rekisterien yhdyshenkilöseminaari pidetään maaliskuussa ja syksyllä.

Potilaiden itse raportoimia hoitotuloksia ja tyytyväisyysmittareita pidetään tärkeänä. Koska helmikuusta 2022 alkaen tulee jokainen potilas saamaan Maisan kautta 15D-elämänlaatukselyn, ei rekistereiden yhteistä elämänlaatumittaria tarvitse enää etsiä.

Kliinisten laaturekisterien toiminta on murrosvaiheessa uuden potilastietojärjestelmän vuoksi. Apotin toiminnallisuus ja raportointityökalujen kehitys on olennaisessa osassa rekisterikehitystä; kuinka paljon Apotti pystyy tulevaisuudessa korvaamaan nykyrekisterien teknisiä alustoja.

Vertaisarviointi on olennaista laaturekistereissä. HUSissa tehdään yhteistyöt THL:n kanssa kansallisiin laaturekistereihin liittyen, kuten myös useat rekistereiden vastuuhenkilöt oman alansa muihin toimijoihin kansallisesti ja kansainvälisesti. Vertaisarviointia on myös HUSin sisällä tapahtuva rekisterien välinen vertailu yhteisten rekisterimittareiden osalta.

6.4 Tiedon analysointi, hallinta ja vahvistaminen

HUSin laatumittaristo ja sen analysointi tuottavat paljon järjestelmällistä tietoa. Laatusairaalaissa tiedon analysointi ja sen perusteella toimenpiteiden tekeminen ovat olennaisia asioita. Painotumme sekä laatumittaroinnissa että vaaratapahtuma-analyseissä entistä enemmän siihen, mitä toimenpiteitä seuraa kerätyn tiedon analysoinnista.

Tietojen vahvistaminen on osa johdon valitsemaa parannusten tekoprosessia. Laatumittarien osalta 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. Käyttäjillä on käytössään mittareiden apuraportti, josta he voivat porautua alemmille tasoille ja tutkia eri tekijöitä muutosten taustalla.

HUSissa on otettu käyttöön tiedonhuoltomalli, jossa raporttien kehittäminen ja datan validointi sekä ylläpito on jaettu useaan eri tiedonhuoltokokonaisuuteen. Kustakin tiedonhuoltokokonaisuudesta vastaa tiedonhuoltoryhmä, johon kuuluu liiketoiminnan edustaja tai edustajat, raportointitiimin edustaja ja tietoanalyttikko. He vastaavat yhdessä datan ylläpidosta ja siihen tehtävistä korjauksista sekä raporttien kehittämisestä. Tiedonhuoltoryhmän toiminta ja vastuut on määritelty tiedonhuollon käsikirjassa. Laatu- ja potilasturvallisuusmittareiden osalta tiedon validointia tekee controllerina toimiva tuotantotalouden DI ja arviointiylilääkäri pyrkien kattamaan tiedon monipuolisen tuotantotaloudellisen ja lääketieteellisen arvioinnin.

Sairaalan johto vastaa julkistettavien laatu- ja tulostietojen oikeellisuudesta. Tärkeimmät ulkoiset kansalliset vertailuraportit (THL) esitellään johdolle arviointiyhdylläkäarin ja controllerin toimesta heti niiden julkaisemisen jälkeen ja THL:n tuottavuus- ja hoidon saatavuusraportit kaksi kertaa vuodessa. Kliiniset laaturekisterit tuottavat myös paljon tietoa, jonka toivotaan vaikuttavan kliinikoiden hoitoratkaisuihin.

Vuoden 2021 resurssien säästöhankeeksi valittiin LAAPO-johtoryhmässä HUS Asvian Contact Centerin käyttö. Contact Centeriin tulee kuukaudessa noin 12 000 puhelua, joista Contact Center hoitaa noin 25 % kaikista puheluista ilman, että puhelu siirtyy osastosihteereille tai hoitajille. Asiakkaalla on vain yksi puhelinnumero, josta puhelut ohjataan tarvittaessa eteenpäin.

6.5 15D-mittarin käyttöönotto (potilaan näkökulmasta saatu terveyshyöty saamastaan hoidosta PROMit Maisaan) (painopiste 2022)

Tausta

Terveydenhuollon tarjoaman hoidon keskeinen tavoite on luoda potilaille mahdollisimman paljon terveyshyötyä. Vaikuttavassa hoidossa tuotetaan potilaalle terveyshyötyä esimerkiksi parantamalla potilaan sairaus, helpottamalla oireita sekä parantamalla pärjäämistä ja elämänlaatua.

Vaikuttava hoito perustuu tutkimusnäyttöön (satunnaistetut tutkimukset RCT) ja terveydenhuollon menetelmien arviointiin (Health Technology Assessment HTA) sekä niistä johdettuihin hoitosuosituksiin. Koska tutkimuksiin osallistuneet potilaat ja hoitoa antaneet yksiköt ovat useimmiten tarkasti valittuja, tarvitaan jatkuvaa arkivaikuttavuuden (RWD) mittaamista, jotta voidaan arvioida terveyshyödyn tuottoa tavallisissa olosuhteissa.

Perinteinen johtaminen terveydenhuollossa on suoritustietoihin ja yksikkökohtaisiin budjetteihin pohjautuvaa. Vaikuttavuusperusteisessa hoidossa tuloksia taas mitataan potilaiden elämänlaadun ja hoidon lopputuloksen, ei tehtyjen toimenpiteiden määrien perusteella. Yksi tärkeimmistä hoidon vaikuttavuuden mittareista on potilaan oma kokemus (PROMit) hoidon onnistumisesta. Vaikuttavuudella johtaminen nostaakin potilasnäkökulman entistä tärkeämmäksi.

Tehdyt toimet

HUSissa on nyt päästy arkivaikuttavuuden mittaamisessa sanoista tekoihin; hoidon laadun ja vaikuttavuuden potilaslähtöinen arviointi on strateginen tavoite ja se jalkautetaan ottamalla käyttöön elämänlaatumittari 15D geneerisenä omavointimittarina (PROM). 15D-mittari on validoitu ja käytetty erilaisten hoitojen tuottaman elämänlaadun muutoksen seurantaan. 15D-kyselylomakkeen toiminnallisuudet on nyt rakennettu Apottiin ja kysely on potilaan helposti täytettävissä Maisa-potilasportaaliin.

Helmikuusta 2022 lähtien otetaan HUSissa käyttöön uusille potilaille täysin automatisoitu malli, jolla 15D-kyselyt lähetetään Maisan välityksellä kaikille elektiivisesti hoidettaville täysi-ikäisille potilaille. Kyselysarja laukeaa (triggautuu) potilaan Maisan kautta täytettäväksi automaattisesti lähetteen hyväksynnän jälkeen heti ja 7 kuukauden kuluttua. Saadut 15D-vastaukset käsitellään potilaskohtaisena hoidon vaikuttavuusmittarina kyselyjen tietojen siirryttyä automaattisesti Apotin potilaan seurantatietoihin. Samalla potilas osallistuu aiempaa paremmin oman hoitonsa toteutumiseen.

HUSissa hoidetaan vuosittain yli 680 000 erikoissairaanhoidon potilasta. Yli 300 000 uutta potilasta tarjotaan vuosittain kiireettömään hoitoon läheteillä. Leikkaustoimenpiteitä tehdään vuosittain lähes 100 000. Maisa-potilasportaalin käyttöaste lisääntyy koko ajan ollen nykyisin noin 50 % HUSin kaikista potilaista. Näiden lukujen valossa voidaan tämän elämänlaadun arkivaikuttavuuden arvioinnin piirissä olevan vuonna 2022 vähintään 100 000 uutta potilasta.

Tulevat toimet

Vuoden 2022 aikana rakennetaan raportti täytöstä eli lähetetyistä ja vastatuista kyselyistä esim. Maisa-koontinäytölle (mistä jo nyt katsotaan kuukausittain Maisan käyttöastetta, etävastaanottoja ja lähetettyjä lomakkeita ym. yksiköittäin ja toimialoittain), ja samanaikaisesti aletaan suunnitella PowerBI-ryhmän kanssa HUS-laajuisen raportin rakentamisesta.

Lisäksi jatkossa rakennetaan edellä kuvatulla tavalla erilaiset sairaus- ja hoitomuotokohtaiset omavointimittarit HUSin toimialoille hyödyntäen parhaillaan pilotoitavan sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoidon (CRT) NYHA- ja 15D-omavointimittareiden käytön kokemuksia. Varhaiset käyttökokemukset pilotoitavan sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoidon NYHA- ja 15 D-omavointimittareista ovat jo osoittaneet tämän mallin (Potilas → Maisa → Apotti) toimivan hyvin Apotin tuotantokäytössä. CRT-potilaiden hoidon vaikuttavuuden arviointi alkoi marraskuussa 2021 Apotin tuotantokäytössä keräämällä uusilta CRT-potilailta ennen hoitoa 15D-elämänlaatu- ja NYHA-kyselyt ja myös hoidon jälkeen 1, 3, 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Tulokset ja julkaisu tästä pilotista on tarkoitus toteuttaa mm. syventävinä opinnäytetyönä.

Jatkossa arvioimalla uusien hoitomuotojen aikaansaaman elämänlaadun muutosta 15D:llä, saadaan myös laskettua hoidoista tulevia laatuainotteisia elinvuosia (QALY). Yhdistämällä QALY:t hoidosta muodostuneisiin kustannuksiin, voidaan vertailla vaikuttavuusperusteisen (VBHC) terveydenhuollon näkökulmasta eri hoitomuotoja keskenään. Tämä mahdollistaa osaltaan eri hoitomuotojen vaikuttavuusperusteista priorisointia. Potilaslähtöisen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi muodostuukin jatkossa yhä keskeisemmäksi rajallisia resursseja käytettäessä uusilla hyvinvointialueilla.

7 Ennakoiva laatu- ja potilasturvallisuustyö

Asiakirjahallintaa säätelee lainsäädäntö sekä HUSin linjaukset ja ohjeistukset, joilla pyritään vastaamaan laatu järjestelmän asettamiin standardivaatimukseen. Dokumenteista tulee olla saatavilla ainoastaan ajantasaiset, asiaankuuluvat sekä muodoltaan standardoidut versiot. Ohjeiden antamisesta sairaanhoitopiirissä linjaa toimitusjohtaja pysyväisohjeella (26/2021). Kliinisten potilas- ja hoito-ohjeiden laatimisesta ohjeistaa johtajaylilääkäri.

Asiakirjahallintaan liittyen tärkeässä roolissa HUSissa on myös vuonna 2021 päivitetty Potilaskertomusopas, joka antaa yleisohjeet potilaskertomuksen laatimiseksi. Ohjepankki-hankkeen tavoitteena on ajantasaisten potilas- ja hoito-ohjeiden kokoaminen yhteen paikkaan helposti löydettävään muotoon.

Riskienhallinnalla tuetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja pyritään varmistamaan toimintaprosessit; niiden laatu, kustannustehokkuus, häiriöttömyys ja jatkuvuus. Riskienhallinta linkittyy siten tiiviisti myös osaksi laadunhallintaa.

7.1 Ohjeistusprosessin selkiyttäminen

Tausta

Hoito- ja potilasohjeiden laatu, ajantasaisuus ja jäljitettävyyden vaikuttavat hoitopolkujen ja -prosessien turvallisuuteen. HUSin digitaalinen ohjepankki otettiin käyttöön vuoden 2020 lopussa. Ohjeistusprosessien selkeyttämisen tavoitteena on myös lisätä johtajaylilääkärin (JYL) ohjeiden tunnettavuutta ja niiden ajantasaisuutta.

Tulevat toimet

Tavoitteena on saada kaikki potilas- ja hoito-ohjeet ohjepankkiin vuoden 2022 aikana. Kuntayhteistyössä projekti jatkuu muutaman kunnan ohjepankkeihin tutustumisella sekä HUSin ohjeiden lajittelujärjestelmän kehittämällä (perusterveydenhuollolle sopiva vai ei). Johtajaylilääkärin ohjeiden päivitystyötä jatketaan.

7.2 HUS Ohjepankki

Tausta

HUS-laajuisen ohjepankin tarkoituksena on luoda yhdenmukainen laadukas toimintamalli potilas- ja hoito-ohjeiden luomiseen, hyväksymiseen, säilytykseen, eri kanavissa jakeluun ja arkistointiin. Ohjepankki tulee korvaamaan nykyisen HUS intranetin käytön ohjeiden päivityksessä, julkaisemisessa ja hakemisessa. Ohjepankin avulla luodaan toimintamalli, jonka avulla vastuut selkiytyvät, päivityshälytykset, duplikaattien poistuminen ja vain uusimman ohjeen löytyminen mahdollistuu.

Ohjepankki-hankkeella on ohjausryhmä. Ohjekoordinaattorit, laatulääkärinedustajat sekä tietohallinnon ja toimittajien edustajat muodostavat yhdessä projektin ohjeidenhallintaryhmän. HUS ohjepankin järjestelmän toimittaja on Visma Consulting. Tekninen jatkokehitys Scrum-tiimi vastaa ohjepankin jatkokehityksestä.

Tehdyt toimet

Vuonna 2021 on pyritty samaan potilas- ja hoito-ohjeita mahdollisimman paljon ohjepankkiin. Koronapandemia ja Apotin käyttöönotto ovat osaltaan tuoneet tähän haasteita.

Ohjepankin teknisen kehittämisen keskeiset saavutukset vuonna 2021 olivat ohjepankin hakukeskuksen varajärjestelmä, joka parantaa järjestelmän toimintavarmuutta, ja koulutusportaali, joka sisältää käyttöoppaita ja videoita käyttäjien tueksi, sekä useamman hyväksyjän mahdollistaminen ohjeille johtajaylilääkärin ohjeen mukaisesti.

Ohjepankissa olevien ohjeiden yhteismäärä oli 5 183 kpl (31.12.2021). Näistä 4 938 kpl oli hakukeskuksessa julkaistuja ohjeita ja 245 kpl ohjeidenhallintapuolella julkaisemattomia ohjeita.

Kunnat ovat esittäneet toiveen HUSin ohjepankin ohjeiden näkymisestä perusterveydenhuololle, minkä vuoksi on perustettu Hoito-ohjeyhteistyö HUSin ja sen kuntien välillä -ohjausryhmä ja projektiryhmä. Tarkoituksena on saada soveltuvin osin ohjepankista näkyvyys perusterveydenhuoltoon. Syksyn 2021 aikana tästä tehtiin pilotti.

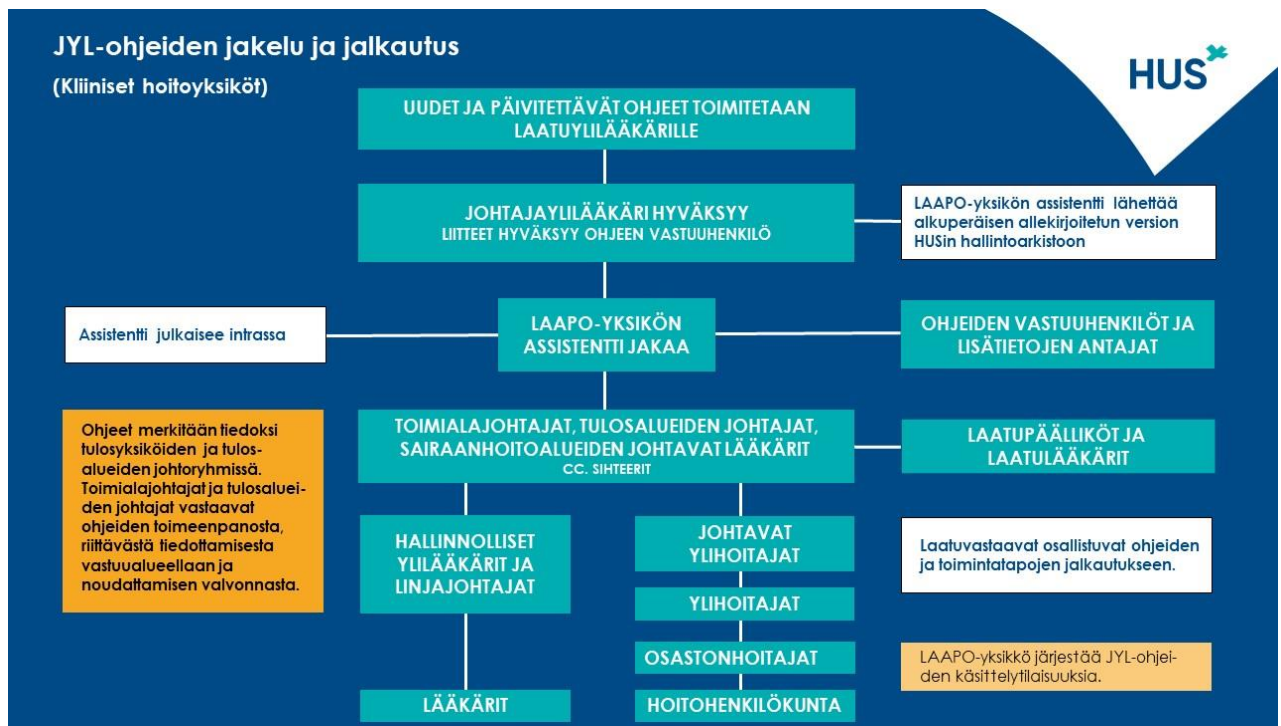
Tulevat toimet

Tavoitteena on, että kaikki HUSin potilas- ja hoito-ohjeet ovat ohjepankissa vuoden 2022 loppulla. Ohjepankin tekninen jatkokehitys jatkuu vuonna 2022. Järjestelmästä pyritään tekemään helpokäyttöisempi ja monipuolisempi loppukäyttäjälle.

Hoito-ohjeyhteistyö HUSin ja sen kuntien välillä -ohjausryhmän ja projektiryhmän työ jatkuu myös vuonna 2022.

7.3 JYL-ohjeet

JYL-ohjeet ovat HUSin tärkeimmät potilashoitoon liittyvät ylätasen ohjeet. Näiden ohjeiden jalkauttamisen tehostamiseksi on virtuaalisia JYL-ohjeiden käsittelytilaisuuksia jatkettu. JYL-ohjeiden jakelu- ja jalkautusprosessia on selkiytetty prosessikaaviolla (kuva 6).



Kuva 6. JYL-ohjeiden jakelu ja jalkautusprosessi.

7.4 Riskienhallinta

Tausta

Sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan periaatteet -asiakirja (11/2019) määrittelee riskienhallinnan kokonaisuuden. Riskienhallinnalla tuetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja pyritään varmistamaan toimintaprosessit; niiden laatu, kustannustehokkuus, häiriöttömyys ja jatkuvuus. Riskienhallinta linkittyy siten tiiviisti myös osaksi laadunhallintaa. Jotta voidaan toteuttaa hyvää hoitoa, laadukkaita palveluprosesseja ja toimintoja, on niitä uhkaavia riskejä kyettävä hallitsemaan tehokkaasti, määrätietoisesti ja suunnitelmallisesti. Riskejä käsitellään tämän vuoksi laaja-alaisesti eri riskikategorioittain.

Keskeiset riskit tunnistetaan ja arvioidaan organisaation kaikilla tasoilla ja toiminnoissa, jotta niille voidaan suunnitella ja toteuttaa tarvittavat ennaltaehkäisy- ja hallintatoimenpiteet. Merkittävistä riskeistä raportoidaan ja riskienhallinnan tilaa seurataan läpi organisaation.

Yhtymähallinnon riskienhallintatoimi kehittää ja koordinoi riskienhallinnan menetelmiä kuntayhtymätasoisesti ja toteuttaa kalenterivuositain toimintasuunnitelmassaan määritetyt toimenpiteet. Vuoden 2021–22 aikana painopisteenä näkyy erityisesti strategisen riskienhallintaprosessin tehostaminen ja riskienhallintakulttuurin kehittäminen. Tarkoitus on, että HUS pystyy vastaamaan jatkossakin tehokkaasti sisäisiin ja ulkoisen toimintaympäristön aiheuttamiin haasteisiin.

Tavoitteena on, että strategisten tavoitteiden saavuttamista, merkittäviä riskejä ja riskienhallinnan tilaa seurataan entistä tiiviimmin ja systemaattisemmin HUSin johdossa, konserni-

tasoisesti sekä tulosalueilla ja -yksiköissä osana toiminnan ja talouden seurantaprosesseja. Alueet/yksiköt tunnistavat riskinsä jatkossa tilikausittain sekä määrittävät riskeille hallintatoimenpiteet. Riskejä ja hallintatoimenpiteiden toteutumista seurataan säännöllisesti tilikauden aikana talousarviossa, hallituksen riskikoosteissa, osavuositarkastuksissa sekä tilinpäätöksessä. Tulosalueet/yksiköt sisällyttävät talouden- ja toiminnan seurantaprosessiin riskienhallinnan analyysit.

Tehdyt toimet

Tehdyt toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi kvartaalien (Q1–Q4) aikana:

- Riskienhallintaprosessin toteutuksen määrittely ja suunnittelu (Q1–Q2)
- Käsittelyt johto- ja työryhmissä (Q1–Q2)
- Teknisten toimenpiteiden toteutus HUS-riskit-järjestelmään (Q2–Q3)
- Kirjallisen ohjeistuksen laatiminen ja Teams-tilaisuuksien järjestäminen (Q3)
- Prosessin organisaatiolaajuinen toteutus (Q3–Q4)
- Merkittäviä riskejä ja riskien hallintaa koskevat raportit ja niiden käsittelyt (ml. johto ja hallitus) (Q4)
- Riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan tilan arviointianalyysit läpi organisaation (Q4)
- Yhteistyön tiivistäminen ja koulutukset laatuorganisaation kanssa (Q2–Q4)
- Muut riskienhallinnan toimintasuunnitelmaan kirjatut toimenpiteet (Q1–Q4).

Tulevat toimet

- Riskienhallintaprosessin käynnistäminen ja toteutuksen varmistaminen, koontiraportit
- Riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan tilan arviointianalyysien tuloksiin perustuvat selonteot sekä kehittämistoimenpiteet
- Riskienhallinnan koulutukset ja toteutukset (ml. HUS-riskit-järjestelmän tekniset toteutukset)
- Yhtymähallinnon riskienhallintatoimen vuoden 2022 toimintasuunnitelmaan kirjatut ja aikataulutetut muut toimenpiteet, esimerkiksi
 - Yhteistyö; hankkeet ja harjoitustoiminta HUS Valmiuskeskuksen kanssa
 - Yhteistyö ja yhteiset hankkeet, koulutukset; mm. laatuorganisaatio, HUS Tilakeskus, HUS Tietohallinto
 - Kyberturvallisuus- ja kyberterveyshankkeet
 - Projekti- ja hankeriskienhallinnan menetelmät (HUS-laajuinen)
 - Sopimusvarautumisen kehittäminen ja jatkuvuudenhallinta
 - Vakuutusturvan kartoitukset ja selvitykset, ohjeistukset, potilasvahinkoilmoitusprosessit ja Suomen Keskinäinen Potilasvakuutusyhtiön vakuutusyhtiöyhteistyö, sähköiset menettelyt
 - Kohde- ja toimintokohtaiset erilliset riskianalyysit ja riskienhallintatoimenpiteet.

8 Vaaratapahtumat

8.1 HaiPro-raportti

Tausta

HUSissa HaiPro-ilmoittaminen aloitettiin vuonna 2007. Vaaratapahtumien tunnistaminen on tärkeää. Vaaratapahtumailmoittamisen tarkoituksena on käsitellä HaiPro-ilmoitukset moniammatillisesti tapahtumayksiköissä, oppia niistä ja tehdä tarvittavia kehittämistoimenpiteitä.

Tehdyt toimet

HaiPro-ilmoitusten määrä väheni vuonna 2020 (22 451), mutta lisääntyi vuonna 2021 (23 244). HaiPro-ilmoitusaktiivisuuden muutoksille ei ole yhtä selittävää tekijää, mutta koronaepidemiolla sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmän vaihdolla on ollut vaikutusta. Ilmoitusten määrän muutos kertoo ennen kaikkea ilmoitusaktiivisuudesta, ei vaaratapahtumien todellisesta määrästä.

HUSin ja sen tulos- ja vastuualueiden HaiPro-tiedot ovat liitteessä 4. Vertailtaessa vuosien 2017–2021 suhteellisia osuuksia tulee esille vain pieniä muutoksia:

- Läheltä piti -ilmoitukset ovat vähentyneet (-14 %) ja vastaavasti muut potilasturvallisuuteen liittyvät havainnot lisääntyivät (+20 %). Muutoksella on ajallinen yhteys asiakas- ja potilastietojärjestelmän vaihtumiseen.
- Laitteeseen, tarvikkeeseen tai tietojärjestelmään liittyvät ilmoitukset ovat lisääntyneet (+9 %). Katso kohta 10 Lääkinnälliset laitteet ja laiteturvallisuus.
- Riskiluokittelun I riskiluokan ilmoitusten määrä oli vähentynyt (-24 %) ja vastaavasti II–III riskiluokan ilmoitukset lisääntyivät (yhteensä +46 %).

HUSin 23 244 HaiPro-ilmoituksesta 124 (0,5 %) oli potilaiden ja omaisten tekemiä vaaratapahtumailmoituksia (ks. kohta 8.2 Potilaan vaaratapahtumailmoitus). HaiPro-ilmoituksia tehtiin kunnista HUSiin 1 064 (4 % HUSin HaiPro-ilmoituksista) ja vastaavasti HUSista kuntiin 1 025. Kuntien ja HUSin välinen ilmoitusaktiivisuus lisääntyi vuonna 2021. HUSiin kunnista tehdyt ilmoitukset liittyivät yleisimmin tiedonkulkuun tai tiedon hallintaan (47 %) ja lääkehoitoon (22 %).

- Kuntayhteistyön painopisteessä ”HaiPro-käsittelyn yhdenmukaistaminen” todettiin lähes yhtenäiset ilmoittajan ja käsittelijän ohjeet. HaiPro-järjestelmän tapahtuman tyyppiluokittelussa oli pieniä organisaatiokohtaisia eroja. Aiemmin kuntayhteistyönä tehty koulutustallenne potilasturvallisuudesta todettiin ajantasaiseksi.
- Kuntien ja HUSin yhteisen potilasturvallisuuskoulutuksen järjesti Vantaa aiheella Tiedolla johtaminen asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta.

Kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta kirjoitettiin 11 172 HaiPro-ilmoitukseen (48 %). Juurisyyanalyysiä käytettiin 100 ilmoituksessa (0,4 %). Lisäksi tapahtumayksiköissä käytettiin vuonna 2020 käyttöönotettua kehittämistoimenpiteiden osiota 1 031:ssä (4 %) HaiPro-ilmoituksessa;

- Toimintatapaan liittyvillä kehittämistoimenpiteillä (595) otettiin käyttöön kaksostarkastuksia mm. laboratorionäytteisiin ja potilasruoan tarjoiluun liittyen. Tehtiin tehostettuja prevalensseja esimerkiksi painehaavojen vähentämiseksi ja perifeerisen kanyylin tarkkailuun liittyen. Potilassiirtojen yhteydessä huoneen tarvikkeiden ja laitteiden tarkastus vastuutettiin eri henkilöille. Lisättiin näytekuljetuslaukkujen ja leikkauskorin kuvat sisältöineen seinälle. Preoperatiivisen potilaan tarkistuslistaan lisättiin sopivuuskokeen oton tarkastus ennen potilaan vientiä toimenpiteeseen. Muistutettiin turvasuunnitelman järjestelmällisestä käytöstä.
- Tietoteknisiin ja teknisiin järjestelmiin, laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät kehittämistoimet (210) kohdistuivat valtaosaltaan Apottiin ja sen käyttöön (ks. kohta 8.3 Apotti-järjestelmän käyttöönoton vaikutukset lääkitys- ja potilasturvallisuuteen).
- Moniammatillista tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa (122) kehitettiin Apotin työkoreja käyttämällä tietokatkosten ehkäisemiseksi. Apottitukihenkilöiden projektissa yhtenäistettiin kirjaamiskäytäntöitä.
- Koulutusta (179) lisättiin hoidontarpeen arvioinnista, NEWS-pisteiden (National Early Warning Score) ja ISBAR-raportoinnin (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) käytöstä. Lisäksi järjestettiin potilaan hoitotoimenpiteisiin, seurantaan, nestehoitoon, elvytykseen, saattohoitoon ja laitteiden käyttöön liittyviä koulutuksia. Yksikössä päätettiin suorittaa kaatumisvaaran arviointi ja ehkäisevien toimenpiteiden koulutus.
- Johtamisen kehittämistoimenpiteinä (16) oli potilaiden hoito-ohjeet, työntekijöiden toimintaohjeet ja työtapamuutokset. Esihenkilöt muistuttivat Käypä hoito -suositusten noudattamisesta ja tietosuojakäytännöistä. Lisäksi esihenkilöt tarkensivat työnkuvia ja lisäsivät osaamista toisen erikoisalan potilaan hoitamiseen.

Vakavia vaaratapahtumia käsiteltiin moniammatillisesti juurisyyanalyysillä 545, joka on 2 % HaiPro-ilmoituksista. Vakavat vaaratapahtumat liittyivät yleisimmin laitteeseen, tarvikkeeseen ja tietojärjestelmään (25 %), tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan (21 %) sekä lääke- ja nestehoitoon, varjo- tai merkkiaineeseen (14 %) (ks. liite 5). Vakavien vaaratapahtumien alajaokset laativat koosteraportit, jotka käsiteltiin LAAPO-ryhmässä ja LAAPO-johtoryhmässä kolme kertaa vuodessa. Tarkoituksena oli koostetun tiedon jakaminen vakavista vaaratapahtumista ja niiden kehittämistoimenpiteistä ja siten samankaltaisten tapahtumien toistumisen estäminen. Lisäksi tarkoituksena oli tehdä LAAPO-johtoryhmässä päätös koko HUSissa edistettävistä asioista.

Vakavien vaaratapahtumien keskeisiä kehittämistoimenpiteitä olivat:

- Potilassiirtojen tietokatkosten vähentämiseksi tehostetaan ISBAR-raportoinnin käyttöä tiedotuksella (Johtajaylilääkärin ohje 7/2020 Tarkistuslistojen ja ISBAR-raportoinnin käyttö sekä toimenpidealueen merkitseminen).
- Käytetään toimialan päätöksen mukaan NEWS-pisteitä potilaan peruselintoimintojen arviointiin ja seurantaan sekä puututaan mahdollistamaan varhain muutoksiin.
- Elvytyskoulutuksia lisätään (Johtajaylilääkärin ohje 29/2021 Elvytysohje).
- Saattohoitopotilaan hoito on ohjeistettu johtajaylilääkärin ohjeella (Johtajaylilääkärin ohje 26/2021 Elämän loppuvaiheen hoito sairaalassa).
- Laittevaarojen ehkäisemiseksi lääkintälaitteen ja sen muuntajan sijoittelussa huomioidaan infuusio ym. nesteiden sijainti.
- Tehdään toimintamalli, kun kaatumisen/putoamisen ennaltaehkäisytoimenpiteet ovat riittämättömät, esimerkiksi desorientoituneen potilaan hoidossa.
- Vastuualueella päätettiin potilaan tunnistamiseen liittyvien HaiPro-ilmoitusten luokittelu aina vakaviksi vaaratapahtumiksi. Alihankkija kuvasi yhtenäisen toimintaprosessin kaikissa toimipisteissä ja kertasi henkilöstön kanssa potilaan tunnistusohjeen.
- Tuotepuutosten seurauksena on mm. optimoitu varastotiloja ja muutettu tuotteiden vähenemisen hälytysrajoja varastoissa, neuvottu tarvittavien tarvikkeiden tilausten teko ja päivitetty tavarankuljetuksen ohjeita, toimintatapoja ja perehdytystä.

Edellisen vuoden vakavien vaaratapahtumien käsittelyssä sovittujen kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi toteutettiin toisen kerran. Sitoutuminen kehittämistoimenpiteiden toteutukseen oli hyvä. Arvioitiin, että kehittämistoimenpiteistä oli ylläpidetty kokonaan 2/3 ja osittain 1/3 osaa. Arviointi toi näkyville kehittämistoimenpiteiden ylläpidon merkityksen ja tilanteen. Tehtyjen kehittämistoimenpiteiden pysyvyyttä lisäsi yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen ja vakioiminen sekä osaamisen kehittäminen perehdytyksellä ja koulutuksella. Koronaepidemia vaikeutti toimenpiteiden toteuttamista mm. koulutuksien järjestämisen ja yksiköiden henkilöstöressurssien niukkuuden takia.

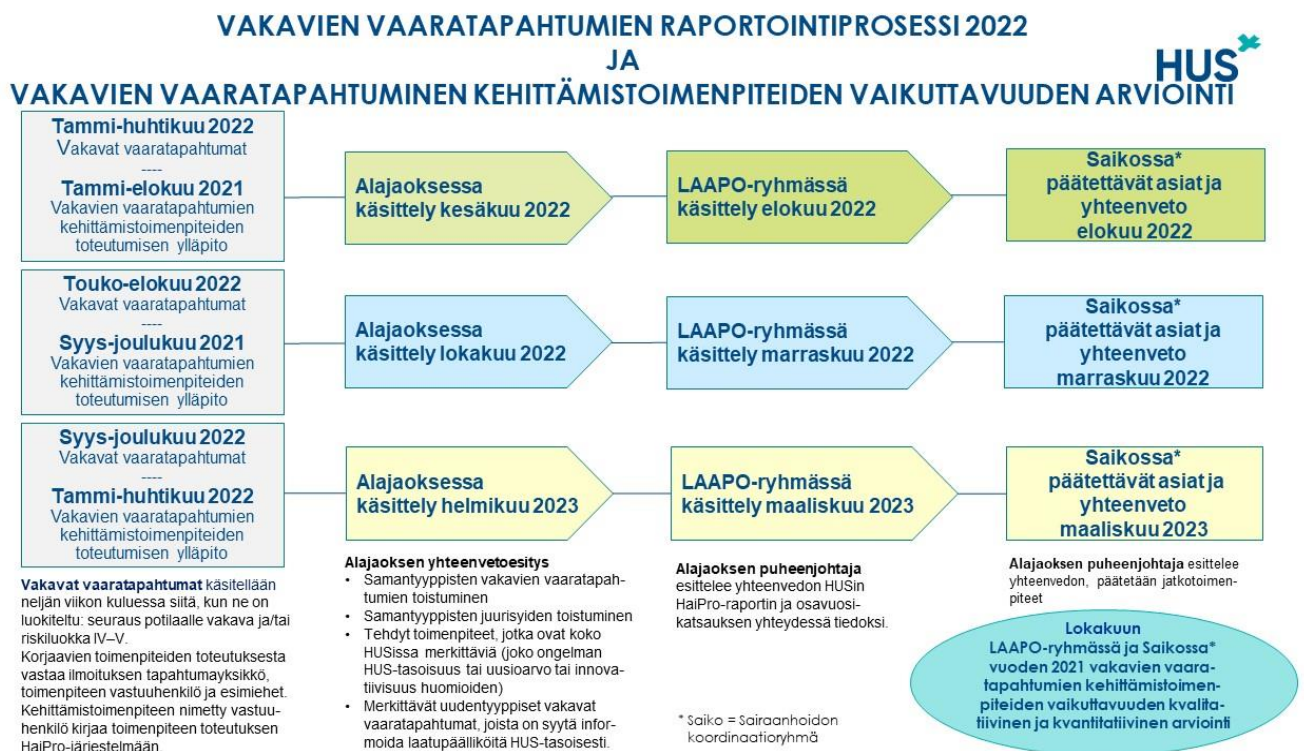
Muita HUSin yhteisiä kehittämistoimenpiteitä:

- Laatupäälliköt tekivät koulutustallenteet HaiPro-ilmoittajille ja -käsittelijöille.
- LAAPO-ryhmässä arvioitiin HUSin geneerisen HaiPro-raportin sisältö ja lisättiin taukko kehittämistoimenpiteiden esille tuomiseksi ja niiden seurantaan. Lisäksi tehtiin yksiköille raportointipohja ja sen tekninen ohje.
- Yhteistyössä laatupäälliköiden kanssa päivitettiin toimintaohje Vakavien vaaratapahtumien käsittely, analysointi ja kirjaaminen HaiProssa.
- Julkaistiin vuoden 2020 laatu- ja potilasturvallisuuskilpailun 2020 tulokset: 1. Neurokirurgian tehovalvonta, Töölön sairaala, 2. Lasten päivystys, Uusi lastensairaala, 3. Teho- ja tehovalvontaosasto M1, Meilahti.
- Laatupäälliköt jalkauttivat yksikköihin ja esimiehille vuonna 2020 toteutetun potilasturvallisuuskulttuurikyselyn tulokset.

Tulevat toimet

Päivitetään johtajaylilääkärin ohje 9/2019 Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittaminen ja käsittely. Lisäksi tehdään HaiPron käyttöön liittyviä kirjallisia toimintaohjeita. Laatupäälliköt tekevät laatu- ja potilasturvallisuusperehdytyksen.

Edellisen vuoden vakavien vaaratapahtumien käsittelyssä sovittujen kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi jaetaan kahteen osaan. Toimenpiteiden toteutuminen ja ylläpito käsitellään kolmesti vuodessa. Vaikuttavuuden kvalitatiivinen (ja kvantitatiivinen arvio) tehdään vuosittain syksyllä.



Kuva 7. Vakavien vaaratapahtumien raportointiprosessi 2022

Lisätään kehittämistoimenpiteiden tekemisen ja seurannan näkyvyyttä keinona aktivoida työntekijöitä. HUSin Laaturkirjeeseen tulee tietoa HUS-tasoisesta jatkuvasta seurannasta. Toimialojen uutiskirjeisiin kirjoitetaan tehdyistä kehittämistoimenpiteistä. Yksiköiden laatu-tauluilla näkyy toiminnan kehittämissuunnitelmat ja niiden eteneminen. Toteutetaan HUSin laatu- ja potilasturvallisuuskilpailu sekä HUSin potilasturvallisuuskulttuurikysely.

Kotiutettavan potilaan tiedonkulun varmistamiseksi selvitetään ajantasaiset kuntien kotihoito-yhteystiedot HUSin intraan. Kuntien ja HUSin yhteinen potilaan siirtotarkastuslistan painopisteen kehitystyö jatkuu.

HUS järjestää kuntien ja HUSin yhteisen potilasturvallisuuskoulutuksen kansainvälisen potilasturvallisuuspäivän 17.9.2022 teemalla. Osallistutaan kansalliseen Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026 -työskentelyyn.

8.2 Potilaan vaaratapahtumailmoitus (painopiste 2021)

Tausta

Hyvästä ja laadukkaasta potilashoidosta huolimatta on mahdollista, että esiintyy vaaratapahtumia, joissa potilaalle aiheutui tai olisi voinut aiheutua haittaa eli ns. läheltä piti -tilanne. Vastuu turvallisen hoidon ylläpidosta ja toteutumisesta on yksikön johdolla ja siellä työskentelevillä henkilöillä. On tärkeää, että vaaratilanteessa tapahtuma selvitetään ja analysoidaan, jotta vastaavien tapahtumien synty jatkossa estettäisiin. Jos potilas havaitsee potilasturvallisuudessa puutteita, on toivottavaa, että hän ottaa asian heti puheeksi henkilökunnan kanssa. On tärkeää, että potilas tekee tarvittaessa vaaratapahtumailmoituksen HUSin internetsivuilla, jolloin tapahtuma tulee tapahtumayksikössä tietoon ja käsittelyyn.

Katso myös kohta 3 Asiakas- ja potilaslähtöisyys sekä kohta 4 Valvonta-asiat.

Tehdyt toimet

Vuonna 2020 nimetty ja työskentelyn aloittanut työryhmä valmisteli potilaiden ja heidän omaisten vaaratapahtumailmoituksen käyttöönoton toukokuussa 2021. Moniammatilliseen ja -alaiseen työryhmään kuului myös kokemusasiantuntija ja teknisestä toteutuksesta vastaava järjestelmätoimittaja Awanic Oy:stä. Keskeisessä asemassa vaaratapahtumailmoituksen käyttöönottoprosessissa oli potilaiden ja henkilöstön informointi viestintäsuunnitelman mukaan.

Kahdeksan kuukauden aikana potilaiden ja omaisten tekemät 124 ilmoitusta liittyivät tiedonkulkuun, potilaan hoitoon ja lääkehoitoon. Potilaiden aktiivinen osallisuus hoitoon tuli selkeästi esille tapahtuman kuvauksista: mitä ja miten tapahtui ja mitkä olivat seuraukset. Koettiin, ettei potilasta kuunneltu riittävästi ja hänet jätettiin yksin. Tapahtuman toistumisen estämiseksi esitettiin potilaan asioihin keskittymistä, toimintaohjeita, selkeitä kirjauksia ja intensiivisempää voiminnan tarkkailua. Hoidon jatkumisen turvaamiseksi esitettiin lähetteen perille menon varmistamista ja tutkimustulosten tarkistamista. Henkilöstön osaamista haluttiin varmistaa yhtenäisillä toimintaohjeilla ja toisen työntekijän konsultoinnilla.

Henkilöstön tekeminä kehittämistoimenpiteinä olivat toimintatapamuutokset työprosesseissa, potilaan huolen käsittely, informointi ja potilasohjaus poikkeavissa tilanteissa. Lisäksi varmistettiin tiedonkulua, lisättiin perehdytystä ja muistutettiin potilaan hoito- ja tutkimustoimenpiteiden toteutuksesta mm. osastotunti kivunhoidosta. Erään ilmoituksen käsittelijän sanoin: ”Potilaan hyvä hoito ja asiallinen, ymmärtävä kohtaaminen koetaan äärimmäisen tärkeänä.”

Tulevat toimet

Potilaiden ja omaisten tekemät vaaratapahtumailmoitukset käsitellään työyhteisössä henkilöstön tekemien HaiPro-ilmoitusten yhteydessä moniammatillisesti keskustellen ja tarvittaessa niistä tiedotetaan henkilökuntaa kirjallisesti.

8.3 Apotti-asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaikutukset lääkitys- ja potilasturvallisuuteen (painopiste 2021)

Tausta

Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän (kirjoitetaan jatkossa Apotti) neljännessä käyttöönotossa laajennettiin sen käyttö Diagnostiikkakeskuksen kuvantamistoimintoihin 24.4.2021 (GL3). Puistosairaalan käyttöönotto oli 25.10.2021. Tämän painopisteen tarkoituksena oli reagoida ja seurata Apottiin liittyviä turvallisuusriskejä sekä edistää kehittämistoimintaa yhteistyössä Oy Apotti Ab:n potilasturvallisuudesta vastaavien kanssa. Lisäksi ilmoitusten etenemistä kehittämistoimenpiteiksi on edistetty työyksiköissä Apotti-asiantuntijoiden ja useiden eri toimijoiden sekä eri kokousten avulla.

Tehdyt toimet

HaiPro-ilmoituksista 8 % ja vakavista vaaratapahtumista 0,4 % oli luokiteltu Apottiin liittyviksi. Henkilökunta teki aktiivisesti ilmoituksia ja kehittämisehdotuksia Oy Apotti Ab:lle. HaiPro-ilmoitukset on käsitelty tapahtumayksiköissä tai Apottiin liittyvät tietojärjestelmälah- töiset ilmoitukset on siirretty Tietohallintoon jatkokäsiteltäväksi HUSin suosituksen mukaan. Vakavat vaaratapahtumat on käsitelty yhdessä ilmoituksen tehneiden yksiköiden, Tietohallin- non ja Oy Apotti Ab:n potilasturvallisuudesta vastaavien kanssa. Apottiin luokiteltujen HaiPro- ilmoitusten yleisimmät tapahtuman tyypit:

Lääke- ja nestehoito, varjo- tai merkkiaine 33 %:

- Fimealle raportoidut haitat ja vakavat lääkityspoikkeamat on raportoitu kohdassa 11 Lääkehoidon turvallisuus.

Tiedonkulku tai tiedonhallinta 31 %:

- Apotin käyttöönoton myötä muuttuneet moniammatilliset työprosessit ja Apotin käyttö aiheuttivat tietokatkoksia. Esimerkiksi hoidosta vastaavaa lääkäriä neuvottiin kiinnittä- mään itsensä potilaaseen. Lisäksi konversio todettiin joiltakin osin puutteelliseksi. Tietojen löytyminen ja Apotin käytettävyyttä koettiin edelleenkin ongelmallisena potilas- tietojen pirstaleisuudesta johtuen. Esimerkiksi potilaiden riskitiedot olivat huonosti havaittavissa. Kehittämistoimenpiteenä kuvattiin erityisruokavalioiden tilausten moni- ammatillinen toimintaprosessi Apotin työnkulun mukaan.
- Apotin kuljetustoiminnallisuuden käyttöönoton tekniset ongelmat aiheuttivat potilas- kuljetuksiin isoja viiveitä. Kehittämistoimenpiteenä otettiin käyttöön pikaviestisovellus potilaskuljettajille.
- Työkorien laajoja toiminnallisuuksia opittiin käytännössä, kun työkoriviestejä reititettiin väärin työkoreihin, väärille henkilöille ja niistä katosi tietoja tai ilmestyi ylimääräisiä tietoja. Työkorien käytännön haasteet tarkensivat yksiköiden moniammatillisia toimin- taprosesseja. Teknisten korjausten lisäksi tehtiin lisäohjeistuksia työkorien käyttöön ja käyttäjiltä edellytettiin tarkkuutta sekä neuvottiin tekemään tietoturvaloukkausilmoi- tuksia.

- Potilaiden arkaluonteisten tietojen tietosuojaan tarvittiin erityisen suojatun näkymän saamista Apottiin. Tietosuoja vaarantui käyttäjien henkilötietojen näkyessä erityisalanäkymässä ja tallentuessa käsiteltävien potilaiden tietoihin.
- Potilastietojen näkyminen eri organisaatioiden välillä estyi, kun potilas oli kieltänyt Kantatietojen käytön. Esimerkiksi röntgenkuvat eivät näkyneet kuntaan tai lähetteen puutteellisista yhteystiedoista johtuen ei pystytty varmistamaan henkilöä ja kutsumaan kiireellisesti hoitoon ja tutkimuksiin.
- Läheteiden tekemistä lisäohjeistettiin laajasti eri yhteyksissä. Totuttuja moniammatillisia työprosesseja ja vastuita muutettiin vastaamaan Apotin työnkulkuja.
- Puheentunnistuksen toistuvia toimintahäiriöitä selviteltiin ja tarvittaessa sovittiin tapaaminen niiden ratkaisemiseksi.

Kuvantamistutkimus tai isotooppitutkimus 14 %:

- Kuvantamistoimintojen käyttöönottoon liittyi moninaisia teknisiä ongelmia ja toiminta ruuhkautui. Vaaratapahtumia käsiteltiin kuvantamisprosessin kaikista vaiheista. Seurauksena potilaille oli turhia tutkimuksia ja hoitoviivettä, esimerkiksi kuvantamistutkimuksen lausunnon puuttuessa lääkärin vastaanottoajalla.

Kehittämistoimenpiteet ovat kohdistuneet teknisten ongelmien ja epäselvien kohtien korjaamiseen ja ohjeistamiseen. Esimerkiksi Apotin ja muiden järjestelmien integraatio-ongelmat etenivät käyttäjiltä Tietohallintoon, Oy Apotti Ab:lle ja järjestelmätoimittajille ratkaistaviksi. Traumapotilaan tietojen samanaikaisen käytöneston poistopyyntö tehtiin Epicille. Lisäksi kehittämistoimenpiteet kohdistuivat henkilökunnan ohjeistamiseen, ohjeiden hallintaan, toimintatapojen ja -prosessien kehittämiseen. Tarve henkilöstön lisäkoulutukselle ja Apotti-lähituelle jatkui.

Tulevat toimet

Keväälle 2022 on suunniteltu kaksi käyttöönottoa HUSin Diagnostiikkakeskuksen klinisen fysiologian (KFI) ja klinisen neurofysiologian (KNF) toiminnoissa sekä HUSin Syöpäkeskuksen Päijät-Hämeen sädehoitoyksikössä. Painopisteen päättymisen jälkeen yhteistyö HUSin ja Oy Apotti Ab:n kanssa jatkuu kehittämisylilääkärin johdolla.

8.4 HaiPro-ilmoitusten kehittämistoimenpiteiden esiin nostaminen (painopiste 2022)

Tausta

HUSissa joka toinen vuosi toteutettavan potilasturvallisuuskulttuurikyselyn tarkoituksena on kuvata ja analysoida potilasturvallisuuskulttuuria organisaation koko henkilöstön näkökulmasta. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) -kyselyn sisältönä on 12 osa-alueita ja taustakysymykset sekä HUSin omat kysymykset. Potilasturvallisuuskulttuuri-kyselyn tuloksia käytetään potilasturvallisuuden edistämiseksi ja toiminnan kehittämiseksi henkilökunnan näkökulmasta. Vuonna 2020 kyselyjen tulosten mukaan potilasturvallisuuskulttuuri vaatii kehittämistä lähes kaikilla kyselyn osa-alueilla. Vastajat arvioivat kriittisesti mm.

vaaratapahtumiin liittyviä osa-alueita: kommunikaation avoimuus, oppiminen ja jatkuva kehittäminen, yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta, ei-rankaiseva virheiden käsittely, palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen ja vaaratapahtumien raportointi.

Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn perusteella HUSin kaikilla tasoilla, niin ylemmillä kuin yksikkötasoilla tulee kiinnittää huomiota HaiPro-ilmoittamiseen, raportointiin ja niiden käsittelyyn avoimesti syylistämättömässä ilmapiirissä moniammatillisesti. Vaaratapahtumien tulee johtaa näkyviin ja konkreettisiin kehittämistoimenpiteisiin.

Tehdyt toimet

Vuoden 2021 aikana aloitettiin LAAPO-ryhmässä HUSin HaiPro-raporttien käsittelyn yhteydessä arvioimaan ns. generisen raportin sisältöä. Raporttiin lisättiin kehittämistoimenpiteiden seurantaan ja niiden näkyväksi tekemiseksi taulukko ja kehittämistoimenpiteiden määrä. Yksiköille tehtiin oma raportointipohja ja raportin tekemiseen tekninen ohje. Vuonna 2021 oli tehty HaiPro-ilmoitusten perusteella kehittämistoimenpiteitä 4,4 %.

Tulevat toimet

Työryhmä suunnittelee HaiProjen kehittämistoimenpiteiden näkyväksi tekemistä ja niistä viestintää. Tietoa pystytään hyödyntämään tapahtumayksiköissä ja mahdollisesti koko HUSissa. Yhteistyössä ohjelmistotoimittaja Awanic Oy:n kanssa jatkokehitetään HaiPro-järjestelmää tarvittavilta osin.

9 Infektioturvallisuus

Tausta

Vaikka Covid-19-pandemia vei vuonna 2021 edelleen resursseja rutiinityöltä ja kehittämiseltä, laatu- ja järjestelmätyötä jatkettiin. Infektioturvallisuuden ohjeita yhtenäistettiin ja ne saatiin kokonaan ohjepankkiin. Ohjeiden ja seurannan jalkauttaminen eteni erityisen hyvin akkreditointiin valmistautuvissa tulosyksiköissä. HUS-Totalin alasajo ja korvaavan järjestelmän puuttuminen esti edelleen mm. hoitopäiviin suhteutetun mikrobilääkkeiden kulutusseurannan ja vaikeutti käsihuuhdekulutusseuranta.

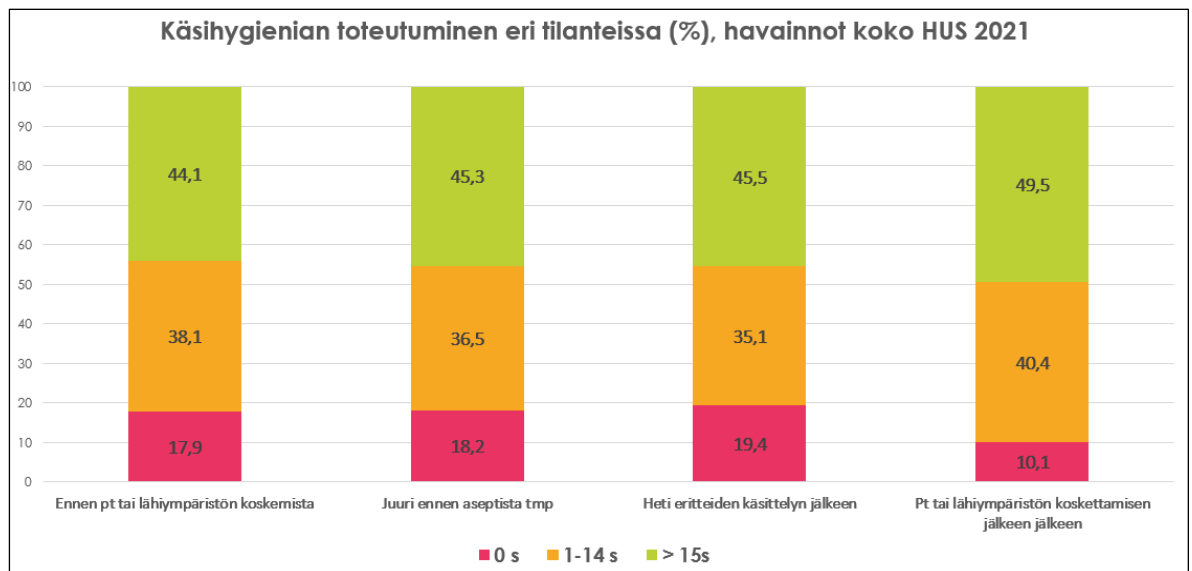
9.1 Käsihygienian (painopiste 2021)

- HUSin ympärivuorokautista hoitoa antavien yksiköiden keskimääräinen huuhdekulutus laski 75 litraan/ 1000 hp, mikä vastaa 25 käsihuuhdeannosta/pt/hp (80 l ja 26,7 annosta v. 2020). Se oli kuitenkin edelleen korkeampi kuin koskaan ennen vuotta 2020.
- [Käsihygienian toteutumisen havainnoimisen](#) tavoite on n. 50 havaintoa kuukaudessa somaattisissa yksiköissä lukuun ottamatta poliklinikoita. Tähän tavoitteeseen päästiin kolmessa yksikössä (Leikkaussalit, teho- ja kivunhoidon M1-teho-osasto, Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosasto sekä Haartmanin sisätautiosasto 6).

- **Muissa tulosyksiköissä tulosyksikön aktiivisin on listattu seuraavassa:**

- Lohja sairaalan osasto 3B (456 havaintoa)
- Syöpäkeskuksen hematologian osasto (452)
- Neurokeskuksen neurokirurgian teho-osasto (431)
- Sydän- ja keuhkokeskuksen Kolmion keuhko- ja kardiologian osasto (354)
- Akuutin Peijaksen päivystysosasto (325)
- Lasten ja nuorten sairauksien Avaruus (271 havaintoa)
- Tukielin- ja plastiikkakirurgian Jorvin K3 (267)
- Hyvinkään Naistentautien ja synnytysten osasto (182)
- Pää- ja kaulakeskuksen korvaosasto 6 (123)

Tulehduskeskuksen, Vatsakeskuksen, Raaseporin sairaalan ja Porvoon sairaalan yksikään yksikkö ei ollut tehnyt vuoden aikana yli 75 havaintoa.



Kuva 8. Käsihygienian toteutuminen eri tilanteissa, havainnot koko HUSissa 2021

- Yhteensä käsihygieniahavaintoja tehtiin HUSissa v. 2021 n. 12 000 (2020: 7 800). Havaintojen perusteella lähes puolessa käsihygieniaa vaativia tilanteita kädet desinfioidaan ohjeiden mukaan (ks. edellinen kuva). Kädet jäävät desinfioimatta kokonaan n. 20 % tilanteista, joissa on ollut kontakti eritteeseen. Tämä liittyy siihen, että on käytetty suojakäsineitä eikä muisteta desinfioida käsiä niiden riisumisen jälkeen. Kädet jäävät desinfioimatta myös 18 % kerroista ennen potilaan koskettamista ja ennen aseptista toimenpidettä. Parhaiten käsien desinfektio toteutuu potilaan koskettamisen jälkeen, 90 %. Niissäkin tilanteissa, missä kädet desinfioidaan, yli kolmanneksessa (35–40 %) tilanteista huuuhdehieronta jää liian lyhyeksi.
- Hygieniaoheje potilaille julkaistiin ohjepankissa ja HUSin verkkosivuilla suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi, ja se on linkitetty ajanvarauskirjeisiin ja näkyy aulojen näytöissä.
- Vuoden 2022 tavoitteena on, että havainnointi on käynnistynyt kaikissa somaattisissa yksiköissä ja havaintoja tehdään vaadittu määrä säännöllisesti.

Mikrobilääkekäytön ohjaus

- Mikrobilääkkeiden kulutus on vuoden 2021 lopulta alkaen ollut kaikkien HUS-käyttäjien tutkittavissa PowerBI-raportilla, jota kehitetään edelleen. Mikrobilääkkeiden kulutus on HUSissa oleellisesti ennallaan vuoteen 2020 verrattuna. Kefuroksiimi on käytettyin bakteerilääke. Karbapeneemien käyttö on puolittunut 2016–2020, joskin nousi hieman (7,5 %) vuonna 2021. Fluorokinolonien käyttö on vähentynyt neljänneksen 2016–2021.
- Lääkäreille korostettiin syksyllä 2021 penisilliiniryhmän lääkkeiden merkitystä mm. ruusutulehduksen ja perusterveen työikäisen lohkokehkokuumeen hoidossa sekä kohdennettuna mm. streptokokki- ja *S. aureus* -infektioiden hoitoon laajakirjoisemman kefuroksiimin sijaan. Peruspenisilliinin ja stafylokokkipenisilliinien suhde verrattuna kefuroksiimin käyttöön kasvoi kahden viimeisen vuosineljänneksen aikana 17 %.
- Vuoden 2022 tavoitteena on edelleen lisätä penisilliiniryhmän lääkkeiden käyttöä; yhtenä keinona on allergiamerkintöjen tarkistaminen ja mahdollisten turhien allergiatietojen poistaminen.

Hoitoon liittyvät infektiot

- Jokainen leikkaava yksikkö on nimennyt tärkeimmät seurattavat infektiionsa. Valtakunnallisen sairaalainfektio-ohjelman ([SIRO](#)) seurantaan osallistuminen ei onnistunut vielä vuonna 2021 tiedonsiirtohaasteiden vuoksi.
- HUSissa (Peijaksen, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaaloissa) tehtyjen lonkan ja polven ensileikkausten jälkeen ilmeni niveleen ulottuva infektio 0,7 % tekonivelleikkauksista (tilanne 11.2.2022). Luvussa on mukana elektiivisten tekonivelleikkausten lisäksi reisiluun kaulan murtuman vuoksi tehdyt lonkan koko- mutta ei osatekonivelleikkaukset. Vuonna 2020 infektioita oli saman verran, 0,7 %.
- Koronaarioritusleikkauksiin liittyviä syviä leikkausalueen infektioita raportoitiin 8 kpl (2 % leikkauksista). Luku oli korkeampi kuin vuonna 2020 (1 %), mutta samaa tasoa kuin aiempina vuosina.
- HUSin teho-osastoilla oli vuonna 2021 vain yksittäisiä sentraalisiin verisuonikatetreihin liittyviä veriviljelypositiivisia infektioita (CLABSI).
- Hoitoon liittyviä *Staphylococcus aureus* -bakteremioita oli 160 kpl, 0,24 /1000 hp, (2020: 0,23 / 1000 hp), luku on valtakunnallista keskitasoa.
- HUS-alueella todettiin 1 516 *Clostridioides difficile* -infektioita, 33 % enemmän kuin vuonna 2020 (1 133). Hoitoon liittyviä *Clostridioides difficile* -infektioita todettiin 227, (0,34 / 1000 hp, 2020: 0,31 / 1000 hp), luku on valtakunnallista keskitasoa.
- Perifeeristen verisuonikanyylien pistopaikan seuranta, ns. VIP-score-luokittelu toteutui 2021 selvästi paremmin kuin edellisellä vuonna. Vuoden lopulla se oli kirjattu vähintään 75 % hoitopäivistä n. puolella (46 %) vuodeosastoista (2020: 20 %). Kirjaaminen jäi alle 50 %:iin edelleen yli kolmanneksella osastosta (37 %).
- Vuoden 2022 tavoitteena on parantaa hoitoon liittyvien infektioiden raportointia yksiköissä. Myös VIP-scoren täyttöastetta tulee edelleen parantaa.

Mikrobilääkkeille vastustuskykyiset mikrobit (tilanne/tt-rekisteri 8.2.2022)

- Uusien MRSA-tapauksien määrä väheni HUSin alueella kolmatta vuotta peräkkäin. Vuonna 2021 niitä todettiin 11 % vähemmän (426) kuin edellisenä vuonna (481). Ilmaantuvuus oli 23,7 / 100 000 asukasta (koko maan ilmaantuvuus 18,9). MRSA todettiin 23:ssa veriviljely- tai likvornäytteessä, ilmaantuvuus laski edellisestä vuodesta 1,83 → 1,36 / 100 000 asukasta.
- Myös ESBL-tapausten määrä väheni kolmatta vuotta. Uusia ESBL-*E. coli* -tapauksia todettiin 964 kpl, 12 % vähemmän kuin vuonna 2020. Ilmaantuvuus laski HUSin alueella 64,6 → 56,8 / 100 000 asukasta (koko maan ilmaantuvuus 54,8). Myös ESBL-*K. pneumoniae* -tapaukset vähenivät 15 % (2021: 107, 2020: 126). Veriviljelypositiivisia ja likvorista todettuja ESBL-tapauksia oli 14 % vähemmän (2021: 94, 2020: 109).
- Myös muiden moniresistenttien mikrobien (Acin-MDR, Pseu-MDR, CPE ja VRE) lukumäärät pysyivät koronapandemiaa edeltävää aikaa matalampina.
- Merkittäviä resistenttien bakteerien aiheuttamia epidemioita ei esiintynyt.
- Covid-19-pandemiaan liittynyt matkailun romahtaminen ja ihmisten välisten kontaktien väheneminen saattavat myös vuonna 2021 selittää löydösten vähenemistä.

Henkilöstön infektioturvallisuus

Merkittävin henkilöstön infektioturvallisuuteen vaikuttava asia 2021 oli edelleen Covid-19-pandemia. Varotoimiohjeita henkilöstön suojaamiseksi päivitettiin tarpeen mukaan. Henkilökunnan rokotukset alkoivat joulukuussa 2020. Vuoden 2021 loppuun mennessä henkilöstöstä 93 % oli rokotettu kahdesti ja 47 % kolmasti.

Työssä olevan henkilöstön influenssarokotuskattavuus oli kaudella 2021–2022 erinomainen, yli 95 %, kuten kolmen edeltävän kaudenkin aikana.

Perehdytys infektioidentorjuntaan

Infektioidentorjunnan perehdytys ei ole HUSissa tähän mennessä ollut systemaattista. Vuoden 2021 aikana kartoitettiin materiaalia ja tehtiin kehittämissuunnitelmia.

Vuoden 2022 aikana rakennetaan systemaattista perehdytystä kaikille henkilöstöryhmille.

10 Lääkinnälliset laitteet ja laiteturvallisuus

10.1 Lääkinnällisten laitteiden omavalmistus (painopiste 2021)

Tausta

Lääkinnällisiin laitteisiin kohdistuva sääntely uudistui vuoden 2021 aikana. EU:n lääkinällisten laitteiden asetuksen soveltamisen myötä edellytykset terveydenhuollon omalle laitevalmistukselle kiristyivät. Omavalmistus oli vuoden 2021 painopiste.

Uusi kansallinen laki lääkinällisistä laitteista (719/2021) ja kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia edellyttävät ammattimaisilta käyttäjiltä panostuksia laiteosaamiseen.

Tehdyt toimet

Laiteturvallisuuskoulutukset 17.3.2021 (Reitti pois omavalmisteista) ja 13.10.2021 (Kokemuksia omavalmistuksesta) käsittelivät omavalmistusta. Johtajaylilääkärin linjauspäätös (HUS/447/2021) Potilashoitoa antavan HUSin tulosityksikön omaa lääkinällisten laitteiden valmistusta (omavalmistusta) tehtiin 29.4.2021.

Lääkinällisen laitteen omavalmistusopas potilashoitoa antaville yksiköille on julkaistu 30.4.2021 liitemateriaaleineen.

Jorvin sairaalan leikkaus- ja teho-osastoilla pilotoitiin laiteosaamisen kirjaamiskäytäntöjä. Projektin pohjalta laadittiin laiteosaamisen sähköinen kirjaamisalusta -raportti ja laiteosaamisen ylläpitosuunnitelma -asiakirjapohja.

Vuoden 2021 aikana valmistuivat johtajaylilääkärin ohjeet lasereista (4/2021), hälyttävistä laitteista (5/2021) ja implanteista (33/2021).

Tulevat toimet

HUSin Omavalmistuksen kokonaisuus kootaan ja arvioidaan omavalmistusta tekevien yksiköiden ja laitelääkärin yhteistyönä. Laiteturvallisuuden teemana vuonna 2022 on laiteosaamisen varmistaminen ja ylläpito. Laiteturvallisuuden koulutukset pidetään 18.1.2022 ja 9.3.2022. Lisäksi HUS, Helsinki, Espoo ja Päijät-Sote järjestävät Valtakunnallisen laiteturvallisuuskongressin 6–7.10.2022.

11 Lääkehoidon turvallisuus

11.1 Katkeamaton lääkehoidon prosessi (painopiste 2022)

Tausta

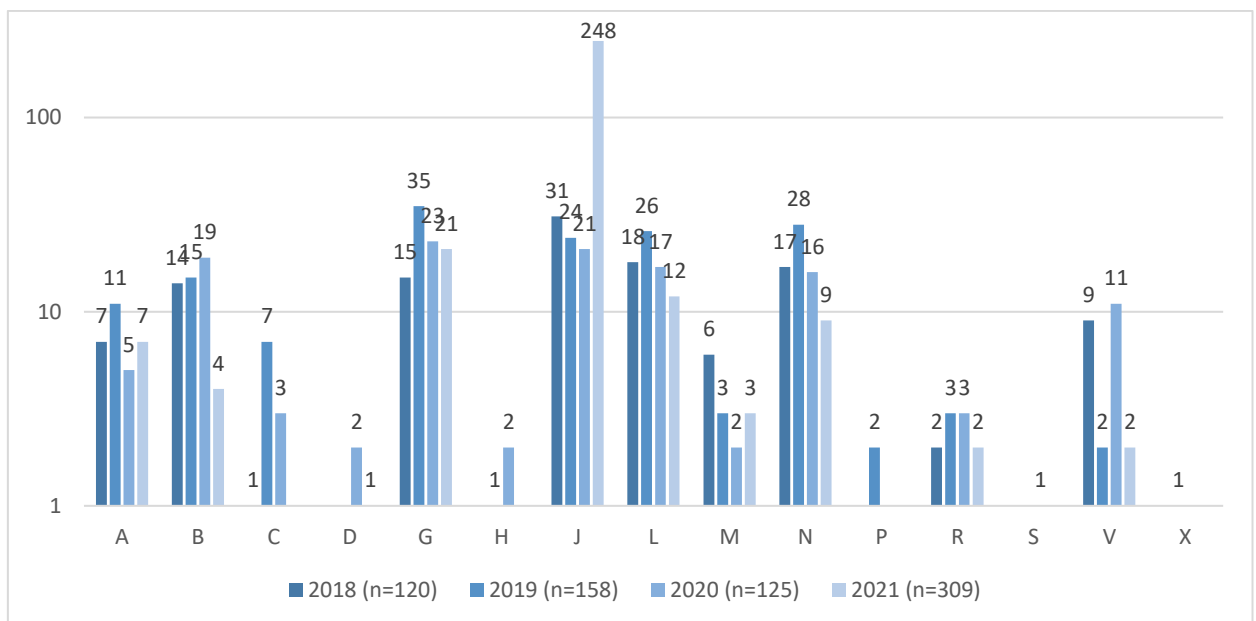
Lääkehoidon turvallisuus jakautuu lääketurvallisuuteen (lääkkeen/valmisteen turvallisuus) ja lääkitysturvallisuuteen (lääkehoidon toteuttamisen turvallisuus).

Tehdyt toimet

Läaketurvallisuus: Epäiltyjen lääkehaittojen raportointi Fimeaan

HUSista raportoitiin Fimealle vuonna 2021 yhteensä 309 kpl epäiltyä lääkkeen haittavaikutusta, mikä oli selkeästi enemmän kuin vuonna 2020 (125 kpl). Lisäys raporteissa johtui Covid-19-rokotteita koskevista haittavaikutusepäilyistä. Muissa ATC-ryhmissä raportteja vaikuttaisi olevan hieman aiempia vuosia vähemmän (ks. kuva 9). Tämä voi kuitenkin johtua siitä, että Fimea ruuhkautui vuonna 2021 poikkeuksellisen suuresta määrästä haittavaikutusilmoituksia ja on mahdollista, ettei kaikkia HUSista tulleita ilmoituksia ole ehditty käsitellä vuoden 2021 aikana.

Kuva 9. HUSista Fimealle raportoidut haittavaikutusilmoitukset ATC-ryhmittäin vuosina 2018–2021.



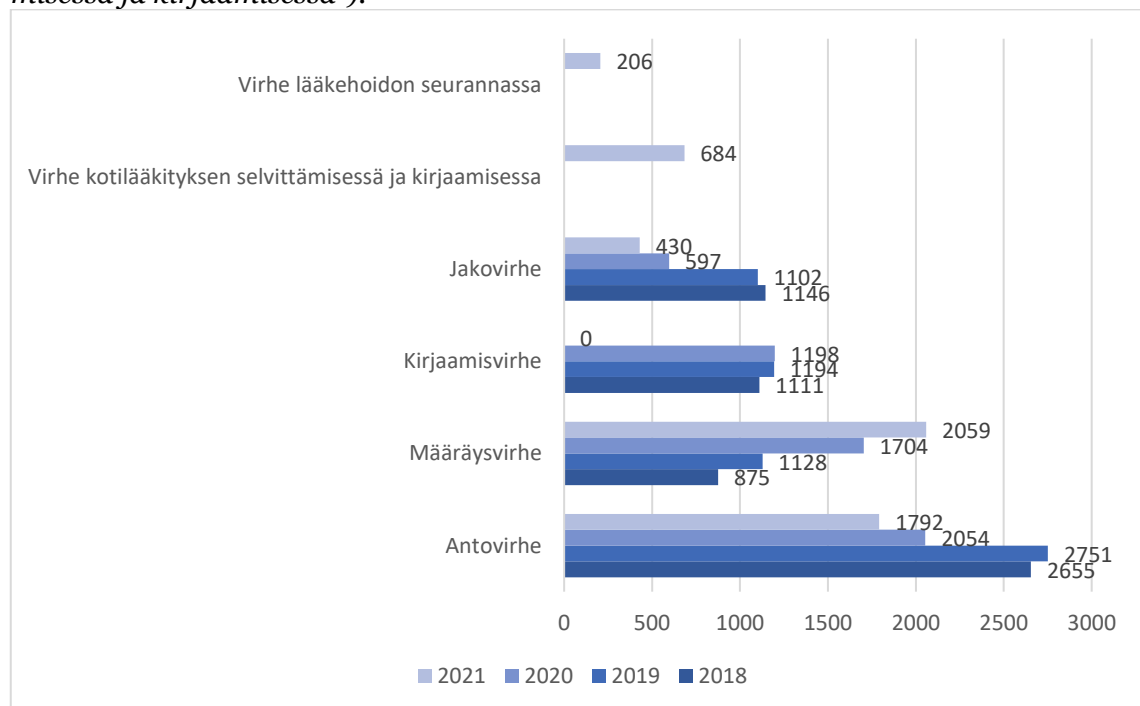
Selitteet: A = Ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet, B = Veritautien lääkkeet, C = Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet, D = Ihotautilääkkeet, G = Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit, H = Systemisesti käytettävät hormonilääkkeet (pl. sukupuolihormonit ja insuliinit), J = Systemisesti vaikuttavat infektio- ja immuunivasteen muuntajat, L = Syöpälääkkeet ja immuunivasteen muuntajat, M = Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet, N = Hermostoon vaikuttavat lääkkeet, P = Loisten häätöön vaikuttavat lääkkeet, R = Hengityselinten sairauksien lääkkeet, V = muut, X = ei ATC-koodia.

Lääkitysturvallisuus: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät HaiPro-ilmoitukset

HUSissa tehtiin vuonna 2021 yhteensä 6 136 kpl (2020: 6 547 kpl) lääke- ja nestehoitoon liittyvää HaiPro-ilmoitusta, joka oli 26 % kaikista ilmoituksista (2020: 29 %). Näistä 54 % tapahtui potilaalle, 25 % oli läheltä piti -tilanteita ja 21 % oli muita potilasturvallisuuteen liittyviä havaintoja. Lääkityspoikkeamien alatyypin vertailua vuoteen 2020 haastaa se, että lääkehoitoa koskeva HaiPro-luokittelu uudistettiin vuoden 2021 alussa eli yhdistettiin kirjaamispoikkeamat muihin poikkeamaluokkiin ja lisättiin luokat ”virhe lääkehoidon seurannassa” ja ”virhe kotilääkityksen selvittämisessä ja kirjaamisessa”.

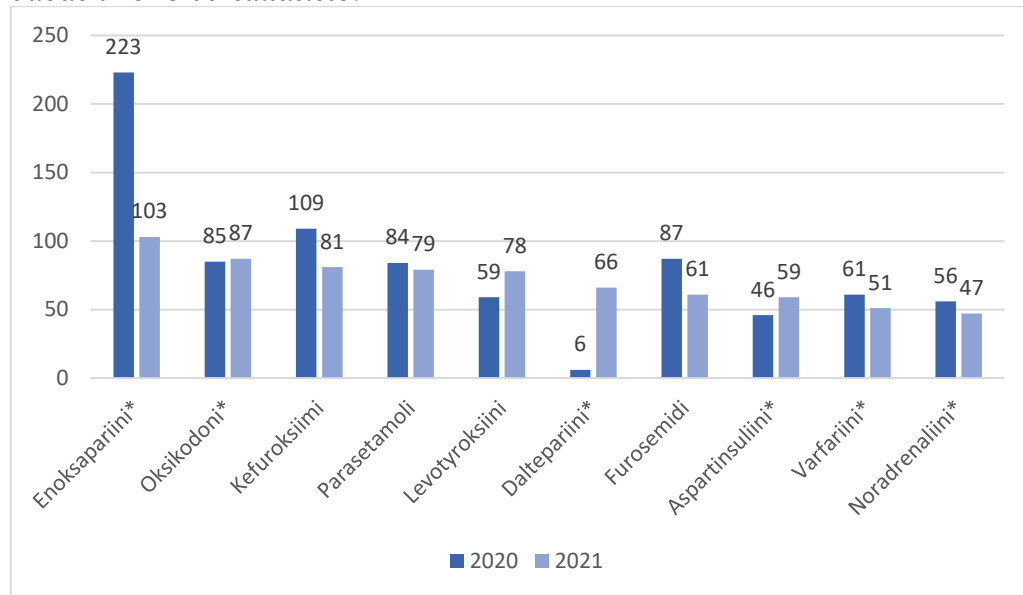
Näyttäisi kuitenkin siltä, että lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen liittyvät lääkityspoikkeamat ovat edelleen jatkaneet vähentymistä ja määräysvirheet nousseet yleisimmäksi poikkeamatyypiksi Apotin käyttöönoton jälkeen (kuva 5).

Kuva 10. Lääkityspoikkeamien yleisimmät alatyypit vuosina 2018–2021 ja uudet, vuonna 2021 lisätyt alatyypit (”virhe lääkehoidon seurannassa” ja ”virhe kotilääkityksen selvittämisessä ja kirjaamisessa”).



Lääkityspoikkeamiin yleisimmin liittyneet lääkeaineet olivat enoksapariini, oksikodoni ja kefuroksiini (kuva 6). Lääke- ja nestehoitoon liittyviä kehittämistoimenpiteitä oli kirjattu HaiProon yhteensä 255 kpl (2020: 418 kpl). Vakavien käsittelyprosessiin hyväksytyjä, lääkehoitoon liittyneitä vaaratapahtumia oli vuonna 2021 yhteensä 74 kpl (2020: 70 kpl).

Kuva 11. Vuonna 2021 yleisimmin HaiPro-ilmoituksiin liittyneet lääkeaineet (TOP 10) ja vuoden 2020 vertailutieto.



Keskeiset kehittämistoimenpiteet

- Apotin lääkitysosion käyttöön liittyvää turvallisuutta kehitettiin
 - vakavien vaaratapahtumien käsittelyissä (17 kpl) määritetyin kehittämistoimenpitein,
 - säännöllisissä Apotin kanssa pidetyissä yhteistyöpalavereissa ja -työryhmissä,
 - yleisimmät Apotin käytön sudenkuopat-verkkoluentojen avulla,
 - Apotin turvallista käyttöä edistävien lääkitysturvallisuustiedotteiden sekä ohjepäivitysten kautta.
- HUS Turvallinen lääkehoito -työryhmä aloitti lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen liittyvien Apotin skannauslukujen seurannan.
- HUS Lääkehoitosuunnitelma päivitettiin vastaamaan vuonna 2021 uudistetun kansallisen Turvallinen lääkehoito -oppaan vaatimuksia.

Tulevat toimet

Apotti mahdollistaa teknisesti katkeamattoman lääkehoitoprosessin kehittämisen HUSissa ja vuoden 2022 tavoitteina siihen liittyen on

- kuvata ja tarkentaa työnkulkuihin liittyvää ohjeistusta,
- lisätä lääkemääräysten kliinistä kaksoistarkastusta,
- parantaa tunnistekoodien käyttöastetta lääkkeiden valmistelussa ja antamisessa,
- laajentaa infuusiopumppujen lääkekirjastojen käyttöönottoa osana Apotin ja infuusiopumppujen laiteintegraation valmistelutyötä.

12 Säteilyturvallisuus

Tausta

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. Säteilyturvallisuusvastaavina (STV) toimivat pääsääntöisesti sairaalafyysikot, mutta vastuuta on jaettu myös pätevyyden omaaville erikoislääkäreille ja radiokemistille, moniammatillisuuden varmistamiseksi. Lisäksi sairaalafyysikot toimivat säteilyturvallisuusasiantuntijoina (STA). Jokainen säteilytyöntekijä on työtehtäviensä mukaisesti osaltaan vastuussa säteilyturvallisista toimintatavoista.

Vuonna 2021 HUSin diagnostisen ja toimenpiteisiin liittyvän säteilyn käytön osalta (sisältäen diagnostisen ja toimenpideradiologian, kardiologian, kirurgian sekä isotooppikuvauksen ja syklotronin) oli 95 kpl säteilyn lääketieteellisen käytön poikkeamaa. Tutkimuslukumäärään suhteutettuna tapahtumamäärä oli alle 0,1 poikkeamaa per 1000 tutkimusta tai toimenpidettä. Vuonna 2021 sädehoidossa oli 5 037 potilasta, hoitokertoja oli 68 773 kpl. Todellisia poikkeamia sädehoidossa oli 11 kpl (0,2 %), joista 5–20 % säteilyannoksen poikkeamia 1 kpl (0,01 %) ja yli 20 % annospoikkeamia 0 kpl (0,00 %).

Tehdyt toimet

Säteilyturvallisuuden osalta seurantamme sekä turvallisuutta edistävät toimet pyrkivät hyödyntämään uutta tekniikkaa sekä näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Toimet noudattavat myös säteilylain ja viranomaisen määräyksiä sekä omaan tutkimus- ja kehitystoimintamme tuloksia. Säteilyturvallisuuden painopiste kohdistuu erityisesti sädehoidon kehittyneempään kohdistamiseen hoidon kohdealueelle sekä diagnostiikassa potilaiden säteilyaltistusten aiempaa kattavampaan seurantaan ja optimointiin. Säteilyturvallisuuden parantamiseen tähtäävän yhteistyön ja laajemman verkostoitumisen osana HUS on myös osana kansallisessa säteilyturvallisuustutkimuksen yhteenliittymässä Coresissa.

Tulevat toimet

Säteilyturvallisuuden osalta tulevat toimet turvallisuuden ja laadun parantamiseksi jatkavat aiempia toimiamme uuden tekniikan sekä tutkimustiedon hyödyntämisessä. Näin pyritään sädehoidon kehittyneempään kohdistamiseen hoidon kohdealueelle sekä diagnostiikassa potilaiden säteilyaltistusten aiempaa kattavampaan seurantaan ja optimointiin.

13 Toimitilaturvallisuus

13.1 Kokonaisuuden jäsentäminen ja yhteistyö klinisten yksiköiden kanssa (painopiste 2021)

Tausta

Toimitilaturvallisuus on laaja käsite, johon liittyy paljon eri toimintaa ja toiminnan suunnittelua määräävää ja ohjaavaa lainsäädäntöä. Toimitilaturvallisuus koostuu sekä kiinteistöturvallisuudesta että henkilöturvallisuudesta. Useasti kiinteistöturvallisuus on suoraan sidoksissa henkilöturvallisuuteen mm. palo- ja pelastusturvallisuuden, sähköturvallisuuden, ympäristöturvallisuuden ja työturvallisuuden osalta. Muita kiinteistöihin ja henkilöstöön liittyviä osakokonaisuuksia on mm. kemikaali-, säteilyturvallisuus, esteettömyys, kulunhallinta, lääkkeiden säilytys, teknisen infran (sähkö, lämpö, vesi kaasut) keskeytymättömyys jne.

Toimitilaturvallisuuden tavoitteena on varmistaa toiminnan häiriöttömyys, jonka edellytyksenä ovat turvalliset, terveelliset ja toimintaan tarkoituksen mukaisesti sopivat tilat. Työnantajan tehtävänä on huolehtia siitä, että tiloja järjestetään ja ylläpidetään siten, että em. edellytykset täyttyvät. Sairaaloiminnan kannalta erityisen tärkeää on huolehtia siitä, että kaikki tiloihin ja tiloja palveleviin järjestelmiin liittyvät häiriöt tapahtuvat ennakkoiden ja suunnitelmallisesti. Mikäli häiriö tapahtuu ennakoimatta, tulee sellaista tilannetta varten olla suunniteltu toimintatapa, jolla häiriön kesto ja vaikutukset voidaan minimoida. Ennakoimattomat häiriötilanteet tulee dokumentoida, analysoida ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin, ettei samankaltainen häiriö toistu.

Kiinteistöturvallisuuden lisäksi tulee työnantajan huolehtia siitä, että henkilökunnan ja asiakkaiden henkilöturvallisuuteen liittyvät järjestelmät ja tilaratkaisut ovat kunnossa ja tarkoituksen mukaisesti järjestetty.

Tehdyt toimet

Toimitilaturvallisuuteen liittyvät asiat ovat keskeinen osa HUSin kiinteistötoimea ja siihen liittyviä asioita on kehitetty ja kehitetään koko ajan. Toimintavuoden 2021 aikana jatkettiin sisäilma-asioiden käsittely prosessin kehittämistä ja siihen liittyvää viestintää. Osana sisäilmaongelmien ennaltaehkäisyä laadittiin useita eri kiinteistöjen kuntoarvioita ja -tutkimuksia. Toimintavuoden aikana kehitettiin menettelytapoja vuokrakohteiden sisäilma-asioiden käsittelyyn.

Toimintaa haittaavien häiriöitä käsiteltiin neljännesvuosittain kokoontuneessa häiriöiden hallintaryhmässä. Ryhmä käsitteli kokousvälillä tapahtuneita häiriöitä, niiden vaikutuksia ja toimenpiteitä, joilla ennaltaehkäistään niiden toistuminen. Ennakoimattomien häiriöiden lisäksi häiriöiden hallintaan liittyy pakollisten ja suunnitelmallisten häiriöiden ennakosuunnittelu, häiriön vaikutuksen minimointi sekä niistä tiedottaminen, jotta vaikutusalueella toimivat voivat niihin varautua.

Kiinteistötoimeen liittyviä HaiPro ilmoituksia oli toimintavuoden aikana yhteensä 46 kpl. Ilmoituksista yli ¾ osaa on vähäisen tai merkityksettömän riskin luokassa. Ilmoitusten joukossa ei ollut yhtään vakavaa ilmoitusta.

Kiinteistöjen suunnitelmallista kuntotutkimusta on jatkettu ja niiden perusteella tarvittavien korjaustöiden suunnittelua ja toteuttamista. Toimintavuoden aikana kehitettiin kiinteistökohtaista kuntokorttia, jossa kuvataan liikennevaloilla ja kirjallisilla selvityksillä kiinteistön senhetkistä kuntoa sekä tehtyjä että tulevia korjaustöitä

Toimintavuoden aikana on pidetty vuosittaisia kiinteistötoimen ja muiden tulosityksiköiden ja -alueiden välisiä johdon tapaamisia, joissa on käsitelty asiakkaiden tarpeita ja palautetta kiinteistötoimen palveluista. Lisäksi toimialajohtajille tehtiin teemahaastattelu HUS Tilakeskusten toiminnasta, yhteistyöstä, viestimisestä, palveluiden vastuullisuudesta sekä tulosityksiköiden ja -alueiden odotuksista ja muusta palautteesta, perinteisen asiakastyytyväisyys kyselyn sijaan.

Tulevat toimet

Toimintavuoden 2022 aikana jatketaan systemaattista ja suunnitelmallista kiinteistöjen kunnon arviointia ja siihen liittyvien korjaustöiden ja investointiesitysten laatimista. Huolehditaan, että tehdyissä korjaustöissä ei jätetä riskirakenteita, joista voi aiheutua ongelmia.

Toimitilaturvallisuuden osana pidetään vuosittaiset kiinteistötoimen ja muiden tulosityksiköiden ja -alueiden välisiä johdon tapaamisia, joissa käsitellään asiakkaiden tarpeita ja havainnot kiinteistötoimeen liittyen. Toimialajohdolle suunnattu teemahaastattelu on otettu hyvin vastaan ja koettu tarpeelliseksi, joten sitä jatketaan vuonna 2022.

Laatutyötä jatketaan kiinteistötoimeen liittyvien asioiden osalta. Toimenpiteet kohdistuvat mm. henkilökunnan kouluttamiseen, dokumentointiin, toimintaohjeiden laatimiseen ja päivittämiseen sekä tilojen olosuhdehallintaan.

Rakennushankkeiden suunnitteluohjeistuksien päivitystä jatketaan Covid-19-pandemiasta saatujen kokemusten perusteella osana varautumista vastaaviin tilanteisiin.

14 Valvonta-asiat

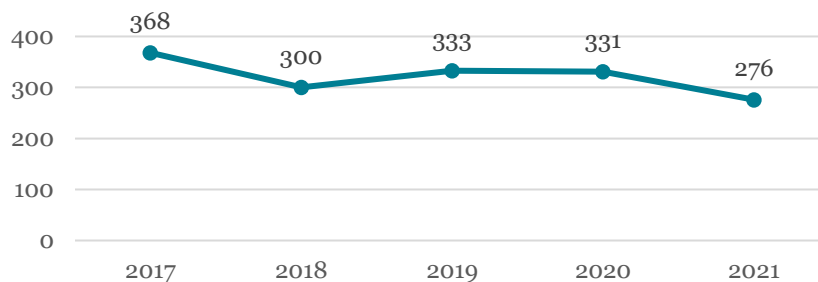
14.1 Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) korvauspäätösten aiheuttamat toimenpiteet yksiköissä (painopiste 2022)

Potilasvahinkoilmoitukset sisältävät merkityksellistä tietoa potilaan saamasta hoidosta ja kohtelusta. Muistutuksen, kantelun ja potilasvahinkoilmoituksen käsitteleminen asianomaisessa toimintayksikössä joko osastokokouksessa tai keskustelemalla esimiehen kanssa kahden kesken on osa laadunhallintaa (JYL-ohje 7/2018). Tällä hetkellä Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) antamien korvauspäätösten hyödyntäminen ei toteudu optimaalisesti HUSissa, osa yksiköistä käsittelee korvauspäätökset systemaattisesti esimerkiksi klinikkakokouksissa, osa yksiköistä käy potilasvahinkoprosessin asiakirjat läpi asianosaisten henkilöiden kanssa. Organisaatiotasolta tilannekuva potilasvahinkoasioista tai ohjeistusta korvauspäätöksistä saatavan tiedon hyödyntämiseen ei tällä hetkellä ole.

Potilasvahingot voivat olla traumaattisia paitsi potilaille, myös mukana olleille ammattilaisille ja käsittelemällä korvauspäätökset asianmukaisesti voidaan varmistaa, että tarvittavat korjaavat toimenpiteet on tehty ja asianomaiset on huomioitu riittävästi. Lisäksi korvauspäätöksistä kertyvää tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä ja hoidon laadun parantamisessa.

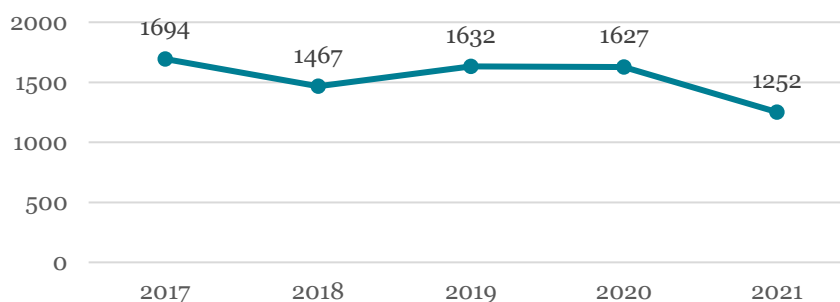
Painopistealueen ensimmäisenä toimenpiteenä on nykytilan kartoitus alkuvuoden 2022 aikana. Tämän jälkeen laaditaan PVK:n korvauspäätösten hyödyntämisestä ohje JYL-ohjeen 7/2018 päivityksen yhteydessä.

Potilasvahingot



14.2 Muut valvonta-asiat

Muistutukset



Valvovien viranomaisten kannanotot 1.1.–31.12.2021

Valvova viranomainen	2020	2021
Valvira	66	52
Aluehallintovirasto	140	109
Eduskunnan oikeusasiamies	16	19
Oikeuskanslerin virasto	0	0
Tietosuojavaltuutetun toimisto	1	1
Yhdenvertaisuusvaltuutettu	0	0
Yhteensä	223	181

Potilaiden tekemät muistutukset 1.1.–31.12.2021

		2020		2021	
Syyluokka		Lkm.	% kaikista	Lkm.	% kaikista
Potilaan hoito	Tyytymättömyys hoitoon tai hoitotulokseen	513	31	339	27
Dokumentaatio	Suulliseen viestintään tai tiedonhallintaan liittyvä	188	12	99	8
	Tyytymättömyys asiakirjamerkintöihin	104	6	66	6
	Muu	143	9	40	3
Henkilökunnan käytös	Epäasialliseen käytökseen liittyvä	35	2	55	4
	Muu	157	10	137	11
Potilashallinto	Hoitoon pääsyyn liittyvä	247	15	252	20
	Jatkohoitoon liittyvä	45	3	35	3
	Muu	2	0	49	4
Lääkkeet, nesteet ja verituotteet	Määräämiseen liittyvä	20	1	13	1
	Muu	30	2	0	0
Määrittelemätön		143	9	167	13
Yhteensä		1 627	100	1 252	100

15 Tutkimus ja opetus

Tausta

Läketieteen kehitys perustuu laadukkaaseen tieteelliseen tutkimukseen. Paitsi kansainvälisen tutkimuksen seuraaminen, myös oma, aktiivinen tutkimus on edellytys sille, että HUS pystyy tarjoamaan potilailleen uusimmat tehokkaat ja turvalliset hoidot. Kaikkeen HUSissa tehtävään tutkimukseen edellytetään tutkimuslupa. Tutkimuslupa tarvitaan, kun tutkimuksen kohteena ovat HUSin potilaat tai koehenkilöt tai heistä peräisin olevat kudokset tai näytteet, kun hyödynnetään HUSin henkilökuntaa, tiloja, laitteita, potilas- tai hallintoasiakirjoja,

tietojärjestelmiä, rekistereitä tai kun tutkimusta rahoitetaan HUSin saamalla tutkimusrahoituksella.

Tutkimusluvan lisäksi tarvitaan myös eettisen toimikunnan arvio ja puoltava lausunto niissä lääketieteellisissä tutkimuksissa, joissa puututaan ihmisen, ihmisen alkion tai sikiön koskemattomuuteen. Tarkka lupamenettely ei riitä varmistamaan tasokasta tutkimusta, vaan myös jokaisen tutkimusryhmän jäsenen tai tutkimuksen tekemiseen muuten osallistuvan on hallittava tutkimuksen eettiset ja juridiset perusteet.

HUSin kaikki sairaalat toimivat opetussairaaloina. Jokaisella HUSin työntekijällä on opetusvelvollisuus ja henkilökuntaa sitoutetaan tutkimus- ja opetustyöhön. HUSissa on organisaation kattava opetuslupa. HUS toimii saumattomassa yhteistyössä Helsingin yliopiston ja muiden korkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten kanssa.

Tehdyt toimet

Uusia tutkimuslupapäätöksiä annettiin yhteensä 923 (tutkimuslupia 737 ja opinnäytetöitä 186). Tutkimusjohtoon perustettiin uusia tutkimussihteerin toimia, joihin rekrytoitiin kolme työntekijää. Uudistuksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa tutkimuslupaprosessia.

Eettisiin toimikuntiin saapui 1 350 hakemusta. Kokouksissa annettiin 752 lausuntoa, joista uusia tutkimussuunnitelmia oli 255 kappaletta.

Eettisten toimikuntien toimintakauden vaihtuessa toteutettiin laaja toimintauudistus. Jatkossa HUSissa on yksi lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta, joka kokoontuu vaihtelevalla, aina lakisääteisellä kokoonpanolla viikoittain.

Tutkimusraatitoimintaa tarjoavia toimialoja ovat Akuutti, Psykiatria, Lasten ja nuorten sairaudet, Syöpäkeskus, Diagnostiikkakeskus, Pää- ja kaulakeskus sekä Tukielin- ja plastiikkakirurgia. Tutkijoille laadittiin ohjeistus Clinical Trial -rekisteri-ilmoitusten täyttämistä ja siihen tarjottiin myös henkilökohtaista ohjausta.

Vuonna 2021 järjestettiin Tutkimusjohtokoulutus yleisestä tietosuojasetuksesta, kaksi eettisten toimikuntien seminaaria ja SPSS-koulutus. Lisäksi tarjottiin Lääketietokeskuksen toteuttamat Ajankohtaista lääkinnällisistä laitteista -koulutus ja Kliinisten tutkimusten foorumi. Good Clinical Practice -koulutusta oli tarjolla läpi vuoden ja koulutukseen osallistui yhteensä 8 ryhmää. Tutkimusaineiston keräämiseen ja hallintaan liittyvien järjestelmien koulutuksia järjestettiin toistuvasti, joiden lisäksi kuukausittain pidettiin tutkijaklinikka. Koulutukset järjestettiin etänä ja niistä tehdyt tallenteet olivat käytettävissä HUSin tutkimuksen verkkosivuilla.

HUSissa toteutettiin ensimmäinen, valtakunnallinen verkkopohjainen tutkimushoitajakoulutus. Hyvän osallistujapalautteen saaneen koulutuksen suoritti 30 hoitajaa (10 HUSin työntekijää).

Osaamisperustaisen erikois-/hammaslääkärikoulutuksen opetussuunnitelman otettiin käyttöön, ja osaamista arvioidaan systemaattisesti. Opetushenkilöstön pedagogista osaamista vahvistettiin yliopistopedagogiikan koulutuksilla.

Koulutuslääkärimalli pilotoitiin ja jokaisessa tulosityksikössä toimii vähintään yksi koulutuslääkäri. HYKS-alueen sairaaloissa toimi 2021 lopussa 67 koulutuslääkäriä. Koulutuslääkäreiden verkosto aloitti toimintansa ja kokoontuu säännöllisesti joka toinen kuukausi.

Opetuksen laukupalautekyselyä laajennettiin kattamaan sekä lääketieteellisen tiedekunnan perustutkinto että ammatillisen jatkokoulutuksen opiskelijat.

HUS Monialaisen opetuksen raati aloitti toimintansa, johon kuuluu opiskelijaedustaja jokaisesta pääkaupunkiseudun oppilaitoksesta (toinen aste, ammattikorkeakoulu ja yliopisto). HUSissa aloitettiin opetuksen brändityö opiskelijoiden ainejärjestöjen ja HUS viestinnän, henkilöstöhallinnon sekä opetuksen välillä.

HUSissa annettiin opetuksen tietolupa ja luotiin selkeä opetuksen tietolupaprosessi.

Tulevat toimet

- Keskitetyn tutkimuslupien valmistelun aloittaminen ja toiminnan laajentaminen
- Uuden eettisen toimikunnan jäsenten koulutuksen jatkaminen ja toiminnan tasalaatuisuuden seuraaminen
- Tutkijan työpöydän käyttäjäkokemuskyselyn toteuttaminen ja palautteeseen reagoiminen
- Statistikon tarkistuslistan laatiminen ja implementointi.
- Hyväksi havaittujen koulutusten päivittäminen ja uudelleen järjestäminen sekä uusiin koulutustarpeisiin reagointi
- Tutkimushoitajakoulutuksen jatkaminen
- Hallituksen lausuntopyyntöihin vastaaminen ja yhteydenpito päättäjiin tutkimusta edistävän lainsäädännön edistämiseksi
- Tutkimuksen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden edistäminen aktiivisen tutkimusviestinnän avulla
- Koulutuslääkärimallin mukaisen toiminnan vakauttaminen ja laajentaminen mm. suu- ja leukakirurgiaan sekä koulutuslääkäritoiminnan arvioinnin aloittaminen
- Koulutusväyliä rakentamisen aloittaminen sekä jalkauttaminen
- Ohjauksen laadun seuranta ja arviointia kehitetään edelleen paremmin vastaamaan yksiköiden tarpeisiin. Ohjauksen laadun mittaamista tarkennetaan ja laajennetaan mm. erikoishammaslääkärikoulutukseen.
- Eri koulutusorganisaatioiden yhteistyön ylläpitäminen ja syventäminen
- Valtakunnallisen yhtenäisen yhteistyön lisääminen erikoistumiskoulutuksen osalta mm. ELSA sähköisen seurantajärjestelmän käyttöönotto
- Erikoistuvien lähiohjaajien ja koulutuslääkäreiden ohjausosaamista vahvistetaan.

16 Yhteistyö

HUSin sisäinen yhteistyö

Kaikki HYKSin toimialajohtajat ja sairaanhoitoalueiden johtajat kutsuttiin vuoden 2021 alusta JCI-ohjausryhmään mukaan laatujärjestelmätyöhön alkuperäisten kuuden JCI-toimialajohtajan lisäksi. HUS Apteekki ja Diagnostiikkakeskus ovat aikaisemmin osavuosikatsauksittain tehneet laaturaportin kuudelle JCI-toimialajohtajalle. Vuonna 2021 nämä raportit laajenivat koskemaan kaikkia tulosityksiköitä ja sairaanhoitoalueita.

Orton on jatkanut hankettaan saada JCI-akkreditaatio. Yhteistyö Ortonin kanssa on käynnissä, ja Ortonin avainhenkilöitä on osallistunut LAAPO-yksikön järjestämiin koulutuksiin.

Alueellinen ja kansallinen yhteistyö

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026 on ollut STM:n johdolla valmisteilla. Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus, joka toimii Vaasan sairaanhoitopiirissä, on vetänyt strategian kirjoitustyötä ja järjestänyt työpajoja, joihin useita huslaisiakin on osallistunut. Laatuylilääkäri kuuluu STM:n strategian ohjausryhmään. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia julkaistaan 24.2.2022.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnan ylittävä vaaratapahtuma-raportointikäytäntö on jatkunut kliinisillä aloillamme. Alueelliset asiakas- ja potilasturvallisuusryhmät seuraavat tätä. Vastaavasta HaiPro-yhteistyöstä on sopimus Kymsoten kanssa.

Ohjeyhteistyö kolmen suuren kunnan (Espoo, Vantaa, Kirkkonummi) kanssa on alkanut ja ohjaus- ja projektiryhmät perustettu. Integraatorahoituksella saatiin määräaikainen projektipäällikkö ohjeyhteistyö-hankkeeseen.

Vuosittainen erikoissairaanhoidon Kansallinen laatupäivä järjestettiin tammikuussa 2021 ja 2022. Päivien osallistujina ovat olleet kaikkien Suomen yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden laatujohtoa, muita terveydenhuollon laadusta kiinnostuneita sekä yhteistyökumppaneitamme, kuten STM, Valvira ja THL.

Suunnitelmakaudella on pyrkimys lisätä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalityön kanssa. Sote-uudistusta seurataan erityisesti laatuun ja potilasturvallisuuteen vaikuttavien asioiden suhteen.

Kansainvälinen yhteistyö

Elokuussa 2019 allekirjoitettiin HUSin ja New Yorkin Mount Sinain sairaalan (MSI) välinen kaksivuotinen yhteistyösopimus, jonka painopiste on laadun kehittämisessä. MSI on pitkään ollut JCI-akkreditoitunut, käyttää Epic-potilastietojärjestelmää ja omaa magneettisairaalastatuksen. Pandemian vuoksi yhteistyösopimus oli tauolla 6 kuukautta vuonna 2020, minkä vuoksi sopimuksen päättymisaikaa siirrettiin helmikuuhun 2022. Virtuaalisia kokouksia heidän kanssaan on kuudella pisimmällä laatujärjestelmätyössä olevalla tulosityksiköllä ollut

tiheästi. Pandemian vuoksi ulkomainen yhteistyö Mount Sinaita lukuun ottamatta on ollut vähäistä.

17 Viestintä

Tausta

Vastuu viestinnän johtamisesta, organisoinnista, ohjeistamisesta ja resursoinnista on sairaalan johdolla. Toimitusjohtaja johtaa HUSin viestintää ja toiminnasta tiedottamista. HUSin johto toimii laadukkaan viestinnän suunnannäyttäjänä välittäen tietoa sairaalan arvoista, viisioista, strategiasta, suunnitelmista ja muista tärkeistä asioista.

Viestinnässä olennaista on tiedon selkeys, oikeellisuus sekä oikea-aikaisuus. Henkilöstölle suunnatun tiedottamisen tavoitteena on ylläpitää ja lisätä henkilöstön tietoisuutta laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvistä ajankohtaisista asioista, tunnistetuista riskeistä sekä ohjeista ja määräyksistä.

Tiedotuskanavina toimivat HUSin intranet, henkilöstö- ja sidosryhmälehti Husari, uutiskirje-muotoinen Laaturkirje, sähköpostitiedotteet, laatu- ja potilasturvallisuuskokoukset, johtoryhmien kokoukset ja esihenkilötilaisuudet, henkilöstön kokoukset sekä uusien työntekijöiden perehdytystilaisuudet. Lähes aina käytössä on monia rinnakkaisia kanavia tiedon perillemenon varmistamiseksi.

Tehdyt toimet

HUSin henkilöstölle kohdennetun laatu ja potilasturvallisuus -intranetsivusto on keskeisenä osana laadun ja potilasturvallisuuden viestintää. Sivustolta löytyy runsaasti ajankohtaista tietoa laatu- ja potilasturvallisuusasioista.

LAAPO-yksiköllä on viestintäsuunnitelma, jonka tavoitteena on mm. edistää laatujärjestelmän käyttöönoton onnistumista. Suunnitelmassa kuvataan viestintävastuut, viestintään käytettävät kanavat sekä tavoitteet.

Laadusta ja potilasturvallisuudesta viestittiin henkilöstölle LAAPO-yksikön vuoden aikana 9 kertaa julkaisemassa Laaturkirjeessä. Lisäksi HUSin sisäiseen laatu- ja potilasturvallisuusviestintään käytettiin sisäisen sosiaalisen median kanavaa Yammeria. LAAPO-suunnitelma ja LAAPO-raportti integroitiin yhdeksi dokumentiksi, jonka HUSin hallitus hyväksyi maaliskuussa 2021.

Erilaiset henkilöstölle suunnitellut tapahtumat pidettiin etätilaisuuksina tai jouduttiin perumaan koronatilanteen vuoksi. HUSin laatupäivän 13.9.2021 teemana oli Potilaan ääni.

Potilaiden osallistumista omaa hoitoon koskevaan päätöksentekoon painotettiin. Potilaille kerrottiin keinoista vaikuttaa oman hoitonsa turvallisuuteen sekä tarjottiin helposti ymmär-

rettävää tietoa hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta HUSin verkkosivuilla. Verkkosivuilta löytyy myös Opas potilaalle, johon on koottu asioita mm. hoitoon tulemiseen liittyen. Lisäksi opas sisältää tietoa potilaan oikeuksista.

Potilaille ja henkilöstölle avattiin toukokuussa 2021 mahdollisuus ilmoittaa potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun liittyviä huolenaiheitaan HaiPro-järjestelmän kautta.

Koko HUSin henkilöstölle perustetulla Teams-kysymysalustalla jokainen voi kysyä laatuun ja potilasturvallisuuteen sekä laatujärjestelmän käyttöönottoon liittyvistä asioista.

Tulevat toimet

LAAPO-yksikkö jatkaa kuukausittaisen HUS Laaturaportin toimittamista. Lisäksi intranetissä tullaan julkaisemaan 4–5 henkilöhaastattelua, joissa tuodaan esiin laatutyön tuomat hyödyt ruohonjuuritason työssä. Ensimmäinen haastattelu julkaistiin joulukuussa 2021.

LAAPO-yksikkö seuraa pandemiatilanteen kehittymistä ja läsnäolotapahtumia järjestetään taas tilanteen niin salliessa. Potilaille pyritään tarjoamaan entistä helpommin ymmärrettävää tietoa laadusta ja potilasturvallisuudesta sekä keinoista vaikuttaa omaan hoitoonsa. Perusedellytys ensiluokkaiselle laatu- ja potilasturvallisuuskulttuurille on turvallinen raportointiympäristö. Potilaiden itse tekemien, omaa hoitoaan koskevien vaaratapahtumien raportointiin tullaan edelleen panostamaan raportointikaudella.

Laatujärjestelmän akkreditaatioon tähtäävän työn jatkuessa myös viestinnässä panostetaan sen näkyvyyteen ja tiedon helppoon löytymiseen.

LIITE 1**Toimintaa ohjaavat keskeiset säädökset ja ohjeet**

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- Kansanterveyslaki 66/1972 (voimassa 31.12.2022 saakka)
- Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989 (voimassa 31.12.2022 saakka)
- Laki hyvinvointialueesta 611/2021
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (tulee voimaan 1.1.2023)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 615/2021 (tulee voimaan 1.1.2023)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Tartuntatautilaki (1227/2016)
- Mielenterveyslaki (1116/1990)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (784/2021)
- Lääkelaki 395/1987
- Säteilylaki 859/2018
- EU-asetus lääkinnällisistä laitteista 2017/745
- Laki lääkinnällisistä laitteista 719/2021
- Laki eräistä EU-direktiiveissä säädetyistä lääkinnällisistä laitteista 629/2010
- Potilasvakuutuslaki 948/2019
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017
- Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 toimeenpanosuunnitelma, STM
- Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt 2021, Valtioneuvoston kanslia.

LIITE 2**HUSin laatu- ja potilasturvallisuustyöhön liittyvät avainroolit 2022**

Jokainen HUSin työntekijä toteuttaa hoidon laadukkaasti ja turvallisesti.

Yksikön laatuvaavaparini (yleisimmin osaston vastuulääkäri ja osastonhoitaja) tehtävät on kuvattu myöhemmin tässä liitteessä.

Esihenkilöllä on merkittävä rooli laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja edistämisessä. Esihenkilö kannustaa henkilöstöään tuomaan esiin turvallisuuspuutteita ja kehitysideoita laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Esihenkilö on keskeisessä asemassa yksikön avoimen ja syyllistämättömän kulttuurin luomisessa. Esihenkilö on vastuussa siitä, että yksikkö toimii ennakoivan riskienhallinnan periaatteita noudattaen ja puuttuu tunnistettuihin riskeihin niin, että potilaalle ei koidu hoidosta aiheutuvaa haittaa. Esihenkilö 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. Esihenkilö huolehtii myös HUSissa annettujen laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvien määräysten perehdyttämisestä ja noudattamisesta yksikössä ja niiden käsittelemisestä säännöllisesti kokouksissa.

Kukin lähiesihenkilö vastaa siitä, että yksikön oma henkilökunta on asiamukaisesti koulutettu ja että omaa riittävät tiedot ja taidot häiriötilanteissa toimimiseen. Säteily-, kemikaali-, ja työturvallisuuskysymyksille on omat lakisääteiset turvallisuusorganisaationsa, joissa määritellään kunkin toimijan erillisvastuut ko. teemaan liittyen.

Potilaiden/asiakkaiden asemaa korostetaan laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä. **Potilasasiamies** toimii tärkeänä yhteyshenkilönä ja neuvoa antavana puolueettomana tahona potilaiden ja yksikön välillä.

HUSin hallitukselle esitellään Laatu- ja potilasturvallisuusraportti ja -suunnitelma vuosittain.

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

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

Laatuyylilääkäri raportoi johtajaylilääkärille. Hänen vastuualueeseensa kuuluvat mm. laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmä, laaturekisteri- ja lähetetoiminta sekä vastuullisuus. Laatuyylilääkäri on ohjepankkihankkeen omistaja ja vastaa JYL-ohjeprosessista. Kansainvälisen ja kansallisen laatu- ja potilasturvallisuusyhteistyön edistäminen kuuluu laatuyylilääkärille.

LAAPO-yksikkö

Hallintoylilääkäri raportoi johtajaylilääkärille. Hän on LAAPO-yksikön esihenkilö ja vastaa LAAPO-yksikön toiminnasta sekä HUSin laatu- ja potilasturvallisuustyön suunnittelemisesta ja toteuttamisesta. Hän on HaiPro-järjestelmän omistaja. Hallintoylilääkärin vastuualueeseen kuuluvat myös potilashallinnolliset asiat, kuten potilasvahinkojen, kanteluiden ja muistutusten käsittelyprosessit. Lisäksi hallintoylilääkärin tehtävänsuoraan kuuluvat mm. viranomaisraportointi sekä tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät vastuut.

LAAPO-yksikön osastonylilääkäri tuo klinisen perspektiivin yksikön toimintaan ja toimii tiiviissä yhteistyössä toimialojen laatulääkäreiden ja lautupäälliköiden kanssa. Osastonylilääkäri kehittää ennakoivaa laatu- ja potilasturvallisuustyötä sekä seuraa vakavia HaiPro-ilmoituksia ja edesauttaa koko HUSin kattavan potilasturvallisuuden tilannekuvan muodostamisessa. Hän toimii keskeisessä roolissa LAAPO-yksikön toimintaa sote-uudistukseen sovitettaessa sekä osallistuu hyvinvointialueiden ja HUSin välisen yhteistyön rakentamiseen laadun ja potilasturvallisuuden osalta.

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) mukainen ammattimaisen käyttäjän nimetty vastuuhenkilö (laitelääkäri) kuuluu LAAPO-yksikköön ja toimii HUSissa sääntelyn edellyttämässä tehtävissä ja vastaa mm. lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoittamisesta Fimeaan. Hän osallistuu osaltaan laatu- ja potilasturvallisuustyöhön edistäen laiteturvallisuutta.

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

Yhtymähallinnon lautupäällikkö toimii LAAPO-yksikössä osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, mahdollisen laatu-järjestelmän käyttöönottoon, ylläpitoon ja kouluttamiseen. Hän koordinoi Tracer-toimintaa HUS-tasolla. Hän osallistuu Erva- ja perusterveydenhuollon alueen yhteistyöhön lautupäällikköverkostossa.

Lääkitysturvallisuuskoordinaattori toimii LAAPO-yksikössä 60 % ja HUS Apteekissa 40 % osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön ja laatu-järjestelmän 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 lääkitysvaaratapahtumien selvittämisen prosessiin ja käsittelykokouksiin.

Laatukoordinaattori toimii LAAPO-yksikössä osallistuen laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, mahdollisen laatu-järjestelmän käyttöönottoon ja ylläpitoon, laatu-koulutusten järjestämiseen, kansainväliseen laatu-yhteistyöhön. Hän toimii LAAPO-yksikön koulutusasiantuntijana. Hän osallistuu myös ohjepankkihankkeeseen.

Johdon assistentti toimii hallintoylilääkärin, LAAPO-yksikön ja laatuylilääkärin tukena. Lisäksi hän muun muassa hoitaa JYL-ohjeprosessin käytännön asioita ja huolehtii LAAPO-yksikön vuosikellon mukaisten tapahtumien käytännön edistämistä.

Controller kuuluu HUSin taloushallintoon. Hän osallistuu laatutyöhön vastaamalla tietotuotannosta ja datan validoinnista. Mm. kuukausittainen laatumittarituotanto ja -analyysi kuuluu hänen alueeseensa.

Laatupäälliköt vastaavat alueensa laadun ja potilasturvallisuuden kehittamisestä ja ovat mukana laatujärjestelmätyössä. Laatupäälliköt kuuluvat LAAPO-ryhmään, jota kautta he saavat tiedon johdon linjauksista vietäväksi eteenpäin alueellaan. He huolehtivat, että alueensa vaaratapahtumailmoitukset kootaan määräaikaishavainnointiksi. 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 koordinoinnista ja ennaltaehkäisevien/korjaavien toimien täytäntöönpanosta. He pitävät erityisesti yhteyttä alueensa laatuvaastaviin.

Laatulääkärien tehtäväkuvaan kuuluu yhdessä tulosyksikön laatupäällikön kanssa suunnitella ja koordinoita laatujärjestelmän käyttöönottoa. He toimivat kansainvälisessä laatu-yhteistyössä tulosyksikön yhteyshenkilönä, toimivat tulosyksikkönsä ohjeistusprosessien johtajana sekä ovat tärkeässä roolissa lisäämässä lääkärikunnan laatu-tietoisuutta.

Tiedevastaava. Laatu-järjestelmätyön projektiryhmässä yksi dosenttitasoinen lääkäri on vastuutettu tuomaan esille uusinta tutkimustietoa laatu- ja potilasturvallisuustyöstä vähintään kahdesti vuodessa. Kaikki laatu-yhteistyössä toimivat pyrkivät pysymään tietoisina ajantasaisesta tutkimustiedosta tällä alueella.

Toimialajohtajan tehtävänä on vastata hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta alueellaan sekä vastata alueensa riskienhallinnasta sekä potilasmuistutusten ja potilasvahinkojen prosessista. 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 kuukauden välein. Suositellaan laatuasioiden esille ottamista tulosyksikön johtoryhmässä kuukausittain. Toimialajohtaja vastaa tulosyksikkönsä erikoisalojen koordinoinnista koko HUSissa yhdessä johtajaylilääkärin kanssa.

Linjajohtaja / erikoisalalan vastaava lääkäri 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 osaltaan 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 lääkärimä ja koordinoi infektioiden seuranta- ja torjuntatyötä sairaanhoitopiirin alueella. Kullakin sairaanhoitoalueella ja HYKSin tulostyöyksikössä on yksi tai useampi nimetty konsultoiva infektiolääkäri ja hygieniahoitaja, jotka toimivat infektioidentorjunnan asiantuntijana alueellaan.

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

Johtava ylihoitaja ja ylihoitaja vastaa osaltaan potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisestä alueellaan. Lisäksi he vastaavat toimialueellaan laadun ja potilasturvallisuuden edellyttämästä henkilöstöressurssien kohdentamisesta ja henkilöstön tarvitseman koulutuksen järjestämisestä sekä laatu- ja potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisestä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla toiminnan edellyttämä pätevyys ja koulutus sekä toiminnan edellyttämät valmiudet.

Osastonhoitaja vastaa osaltaan osastonsa hoitohenkilöstön osaamisesta, koulutuksista, perehdyttämisestä ja optimaalisesta käytöstä ja siitä, että yksikössä toimivilla hoitajilla on tarvittavat todistukset ja luvat (mm. lääkehoidon toteuttamiseen). Osastonhoitaja vastaa osaltaan 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 jatkuvuus suunnittelusta vastaavat HUS-Kiinteistöt Oy:n **turvallisuusasiantuntijat**, jotka toimivat osana HUS-Kiinteistöt Oy:n turvapalvelujen organisaatiota HUS Tilakeskuksen ja HUS-Kiinteistöt Oy:n välisen toimeksiantosopimuksen sekä HUSin turvallisuus- ja valmiusjohtajan antamien linjausten mukaisesti.

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 valmiuden sekä kokonaisturvallisuuden edistämiseen sairaanhoitopiiritasoi-

sesti. Hän vastaa HUSin vakuutuksista sekä sähköisen riskienhallintajärjestelmän (HUS-riskit) toiminnasta.

Säteilyturvallisuusvastaavat (STV) ja **säteilyturvallisuusasiantuntijat (STA)** vastaavat lainsäädännön ja viranomaismääräysten mukaisesti säteilyn lääketieteelliseen käyttöön liittyvistä turvallisuusjärjestelyistä ja johtamisesta. Säteilyn lääketieteellinen käyttö kattaa HUSissa sädehoidon, isotooppilääketieteen toiminnot sekä röntgentutkimukset ja -toimenpiteet.

LIITE 3**Laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät työryhmät 2022****Sairaanhoidon koordinaatioryhmä (Saiko)**

Saiko on jo pitkään toiminut, kuukausittain kokoontuva koordinaatioryhmä, johon kuuluvat mm. toimialajohtajat, sairaanhoitoalueiden johtajat ja hoitotyön johto. Vuoden 2022 alusta Saikon asialistalla on myös päätöksiä edellyttäviä laatu- ja potilasturvallisuusasioita. Samalla ryhmään kutsutaan mukaan hallintoylilääkäri, laatuylilääkäri ja infektio- ja torjunnan ylilääkäri. Tämän muutoksen seurauksena ja kokousketjujen järkevöittämisiksi LAAPO-johtoryhmä ja Laadunhallinnan ohjausryhmä lopettavat toimintansa. Saiko hyväksyy HUSin laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman ennen sen menoa konsernin johtoryhmään ja HUSin hallitukseen hyväksyttäväksi. Puheenjohtajana toimii johtajaylilääkäri.

Magneettisairaala-hankkeen ohjausryhmä

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa Magneettisairaala-hankkeen hakuprosessin toteutumista. Puheenjohtajana toimii hallintoylihoitaja.

Turvallinen lääkehoito -ryhmä

Moniammatillinen työryhmä toimii turvallisen lääkehoidon asiantuntijaelimenä. Yhtenä tärkeänä tehtävänä ryhmällä on laatia HUSin lääkehoitosuunnitelma. Puheenjohtajana toimii lääkitysturvallisuuskoordinaattori.

Kliiniset laaturekisterit -ohjausryhmä

Ohjausryhmän tarkoituksena on kehittää laaturekistereiden potilasperspektiiviä, vakiointia sopivin osin sekä kaiken kaikkiaan laatu- ja vaikuttavuusmittarointia yli rekisterirajojen. Rekisterien hyötyjen analysointi ja vaikutus päätöksentekoon sekä laaturekisteriseminaarien järjestäminen kuuluvat myös tälle ryhmälle. Puheenjohtajana toimii laatuylilääkäri.

LAAPO-ryhmä

Ryhmän jäsenenä ovat mm. HUSin laatu- ja laatuylilääkärit ja LAAPO-yksikkö. Asiantuntijaryhmä, joka käy läpi laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseen liittyviä asioita. Esimerkiksi vakavien vaaratapahtumien ja vaaratapahtumakoosteiden ylätasoinen käsittely kuuluu ryhmälle. Puheenjohtajana toimii potilasturvallisuuspäällikkö.

Laitehallinnan ohjausryhmä

Laitehallinnan ohjausryhmä on moniammatillinen toimielin, jossa on hankintaosaamisen lisäksi käyttöön, ylläpitoon ja huoltoon liittyvää asiantuntemusta. Ohjausryhmä laatii HUS-tasoisia suosituksia laiteosaamisesta ja tuottaa ratkaisuehdotuksia liittyen laitteiden käyttöön, ylläpidon ja huollon toteutukseen. Puheenjohtaja vaihtuu vuosittain ja pysyvästi sihteerinä toimii laitelääkäri.

Moniammatillinen eettinen työryhmä

Uusi ryhmä on muodostettu vuonna 2021. Ryhmän tehtävänä on mm. tunnistaa yleisimmät eettiset ongelmatilanteet sekä eettisen osaamisen ja päätöksenteon kehittämiskohteet HUSissa. Puheenjohtajana on johtajaylilääkäri.

Awanic Oy ja HUS HaiPro -kehittämistyöryhmä

Tähän kehittämistyöryhmään kuuluvat laatupäälliköt ja laatulääkärit sekä joitakin muita potilasturvallisuuteen liittyviä avainhenkilöitä ja Awanic Oy:n edustaja. Puheenjohtajana on hallintoylilääkäri.

Kussakin HUSin tulosityksikössä ja sairaanhoitoalueella toimii laatu- ja potilasturvallisuustyöryhmä, jonka nimittämisestä kunkin organisaation johto vastaa. Mm. laatupäällikkö ja laatulääkäri ovat jäseniä. Työryhmän tehtävät ja toimeksianto määritellään työryhmän asettamis- päätöksessä. Yksittäisen yksikön moniammatillinen laatu- ja potilasturvallisuuskokous 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 tulosityksiköissä:

Laatupäällikkö; laatuvaastavat; hygienia-/infektiovaastava; laitevaastava; lääkevaastava; ohjevaastava; rokotusvaastava; turvallisuusvaastavat; koulutusyhdyshenkilöt.

LIITE 4**HUSin ja sen tulos- ja vastualueiden erittely HaiPro-ilmoituksista 2021**

(erillinen liite)

LIITE 5**Vakavat vaaratapahtumat****HaiPro-ilmoitusten riskiluokkiin IV–V kuuluvat tapahtuman tyypit ristiintaulukossa**

Tapahtuman tyyppi	Riski- luokka IV	Riski- luokka V
Ei tiedossa	1	2
Lääke- ja nestehoitoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä	71	7
Verensiirtoketjuun liittyvä	14	0
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä	101	15
Laitteeseen, tarvikkeeseen tai tietojärjestelmään liittyvä	131	12
Potilaan tunnistamiseen liittyvä	23	1
Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä	9	3
Diagnoosiin liittyvä	22	4
Kuvantamistutkimukseen tai isotooppitutkimukseen liittyvä	31	0
Leikkaukseen liittyvä	14	0
Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä	4	0
Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä	70	13
Laboratorio- tai muuhun potilas-/asiakastutkimukseen liittyvä	80	1
Aseptiikkaan / hygieniaan liittyvä	3	0
Tapaturma, onnettomuus	16	5
Väkivalta	26	4
Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä	3	0
Poikkeama sädehoidon toteutuksessa	0	0
Fyysiseen toimintaympäristöön liittyvä	6	1
Muu	39	10

Lähde: HUSin HaiPro-järjestelmä, ristiintaulukointi 16.02.2021.

LIITE 6

Ratkaistut potilasvahingot ajalla 1.1.–31.12.2021

Ratkaisuryhmä	Erikoisala	Knl
KORVATTAVA	10 SISÄTAUDIT	4
	10G sisätautien gastroenterologia	3
	10K kardiologia	4
	10R reumatologia	1
	11 ANESTESIOLOGIA JA TEHOHOITO	4
	15 AKUUTTILÄÄKETIEDE	1
	15E Akuuttilääketiede/erikoissairaanhoido	3
	15Y Akuuttilääketiede/vleislääketiede	16
	20 KIRURGIA	5
	20G gastroenterologinen kirurgia	22
	20J käsikirurgia	8
	20L lastenkirurgia	3
	20O ortopedia ja traumatologia	60
	20P plastiikkakirurgia	1
	20R sydän- ja rintaelinkirurgia	1
	20U urologia	7
	20V verisuonikirurgia	2
	20Y yleiskirurgia	1
	25 NEUROKIRURGIA	4
	30 NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET	22
	40 LASTENTAUDIT	3
	40D neonatologia	3
	40G lasten gastroenterologia	1
	50 SILMÄTAUDIT	2
	58V suu- ja leukakirurgia	4
	58Y kliininen hammashoido	34
	60 IHOTAUDIT JA ALLERGOLOGIA	1
	65 SYÖPÄTAUDIT	3
	77 NEUROLOGIA	3
	80 KEUHKOSAIRAUDET	3
	96 FYSIATRIA	1
	98 YLEISLÄÄKETIEDE	35
	99 MUU TAI MÄÄRITTELEMÄTÖN	11
KORVATTAVAT YHTEENSÄ	276	
EVÄTTY	EI TILASTOITU	47
	10 SISÄTAUDIT	26
	10G sisätautien gastroenterologia	7
	10I infektiosairaudet	5
	10K kardiologia	15
	10M nefrologia	4
	10R reumatologia	6
	11 ANESTESIOLOGIA JA TEHOHOITO	24
15 AKUUTTILÄÄKETIEDE	3	

	15E Akuuttilääketiede/erikoissairaanhoido	20
	15Y Akuuttilääketiede/vleislääketiede	46
	20 KIRURGIA	14
	20G gastroenterologinen kirurgia	53
	20J käsikirurgia	11
	20L lastenkirurgia	12
	20O ortopedia ja traumatologia	124
	20P plastiikkakirurgia	15
	20R sydän- ja rintaelinkirurgia	13
	20T thorax- ja verisuonikirurgia	2
	20U urologia	10
	20V verisuonikirurgia	11
	20Y yleiskirurgia	9
	25 NEUROKIRURGIA	19
	30 NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET	43
	30O perinatologia	2
	40 LASTENTAUDIT	4
	40D neonatologia	4
	40H lasten hematologia	1
	40I lasten infektiosairaudet	1
	40K lasten kardiologia	1
	50 SILMÄTAUDIT	29
	50N neuro-oftalmologia	1
	55 KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUDIT	12
	55A korva-, nenä ja kurkkutautien allergologia	1
	58 HAMMAS-, SUU- JA LEUKASAIRAUDET	2
	58V suu- ja leukakirurgia	32
	58X hampaiston oikomishoito	3
	58Y kliininen hammashoito	106
	60 IHOTAUDIT JA ALLERGOLOGIA	2
	65 SYÖPÄTAUDIT	10
	70 PSYKIATRIA	25
	77 NEUROLOGIA	16
	78 LASTENNEUROLOGIA	1
	80 KEUHKOSAIRAUDET	9
	95 TYÖLÄÄKETIEDE JA TYÖTERVEYSHUOLTO	5
	96 FYSIATRIA	4
	97 GERIATRIA	1
	98 YLEISLÄÄKETIEDE	198
	99 MUU TAI MÄÄRITTELEMÄTÖN	44
	EVÄTYT YHTEENSÄ	1 062
EI TILASTOITU	20O ortopedia ja traumatologia	2
	70 PSYKIATRIA	1
	EI TILASTOIDUT YHTEENSÄ	3
YHTEENSÄ		1 341