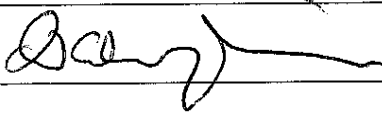


VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN
POTILASTURVALLISUUSSUUNNITELMA

2019

Yksiköt, joita dokumentti koskee	<i>Kaikki VSSHP:n yksiköt</i>
Vastuu ylläpidosta ja päivittämisestä	<i>Potilasturvallisuuspäällikkö Karolina Olin</i>
Käsittely	<i>Potilasturvallisuuden ohjausryhmä / VSSHP Jory / VSSHP Hallitus</i>
Hyväksyjä	<i>Johtajaylilääkäri Mikko Pietilä</i>
Hyväksymispäivämäärä ja allekirjoitus	<i>26.8.2019</i> 

Muutoshistoria

Muutosversio	Päivämäärä	Vastuuhenkilö	Kuvaus

OSA I.....	4
1. VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUIRIN POTILASTURVALLISUUSPOLITIikka	4
2. POTILASTURVALLISUUSPOLITIIKAN TOIMEENPANO	5
2.1 POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ	5
2.2 POTILASTURVALLISUUDEN SUUNNITTELU JA JOHTAMINEN	5
2.3 POTILASTURVALLISUUSRISKIEN HALLINTA.....	5
2.4 ORGANISAATION OPPIMINEN	6
2.5 POTILASTURVALLISUUS PROSESSIEN JA TOIMINTATAPOJEN KEHITTÄMISESSÄ	6
2.6 RESURSSIEN JA OSAAMISEN VARMISTAMINEN	6
2.7 POTILASTURVALLISUUS TYÖYMPÄRISTÖN KEHITTÄMISESSÄ	7
2.8 POTILAIDEN JA HEIDÄN LÄHEISIENSÄ ROOLI POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMISESSÄ	7
OSA II.....	8
3. POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ.....	8
3.1. POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄÄN LIITTYVÄT VASTUUT JA RAKENTEET	8
3.1.1 <i>Viranhaltijat ja vastuuhenkilöt</i>	9
3.1.2. <i>Potilasturvallisuuden asiantuntijat</i>	10
3.1.3 <i>Potilasturvallisuuden toimielimet ja työryhmät</i>	12
3.1.4 <i>Muut asiantuntijat</i>	14
3.1.5 <i>Viranhaltijoiden, asiantuntijoiden sekä työryhmien välinen yhteistyö</i>	14
4. POTILASTURVALLISUUDEN SEURANTA- JA RAPORTOINTIMENETTELYT	15
4.1 POTILASTURVALLISUUSKATSAUS YKSIKÖ- /VASTUUALUETASOLLA.....	16
4.2 POTILASTURVALLISUUSRAPORTTI TOIMI -, PALVELUALUE- JA LIKELAITOSTASOLLA.....	17
4.3 POTILASTURVALLISUUSRAPORTTI SAIRAANHOITOPUIRITASOLLA	17
5. ORGANISAATION OPPIMINEN.....	18
5.1 VAPAAEHTOINEN VAARATAHAHTUMIEN RAPORTOINTI.....	18
5.2 VAKAVIEN VAARATAHAHTUMIEN RAPORTOINTI	19
5.3 LAKISÄÄTEISET RAPORTOINTIKANAVAT	19
5.3.1 <i>Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet</i>	20
5.3.2 <i>Säteilyn käyttöön liittyvät säteilyturvallisuuspoikkeamat</i>	20
5.3.3 <i>Lääkkeiden ja rokotusten haittavaikutukset</i>	20
5.3.4 <i>Verivalmisteiden haittavaikutukset ja vaaratilanteet</i>	21
5.3.5 <i>Hoitoon liittyvät infektiot</i>	21
5.3.6 <i>Hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaaminen hoitoilmoitukseen (Hilmo)</i>	21
5.3.7 <i>Sähkölaitteiston käytön poikkeamat</i>	22
5.3.8 <i>Paineastioiden käytön poikkeamat</i>	22
5.4 POTILAIDEN PALAUTEKANAVAT	22
5.4.1 <i>Potilaiden vaaratapahtumailmoitukset</i>	23
5.4.2 <i>Potilasvahinkoilmoitus</i>	23
5.4.3 <i>Muistutus</i>	23
5.4.4 <i>Kantelu</i>	24
5.4.5 <i>Potilaspalautteet</i>	25
5.5 ERINOMAISUUDESTA OPPIMINEN	26
6. RISKIEN HALLINTA	26
6.1. RISKIEN HALLINNAN ERI MENETTELYTAVAT	26
6.1.1 <i>Vaaratapahtumaan liittyvän riskin arviointi</i>	27

	3
6.1.2 Vaaratapahtumajoukon tarkasteluun perustuva riskien arviointi.....	27
6.1.3. Muutostilanteiden suunnitteluun liittyvä riskien arviointi	27
6.1.4 Toiminnan laadun varmistamiseen ja kehittämiseen liittyvät riskikartoitukset.....	28
6.2. RISKIEN HALLINNAN VASTUUT	29
6.2.1 Riskien hallinta yksikkö- / vastuualueitasolla.....	29
6.2.2 Riskien hallinta tulos- ja toimi-/palvelualueilla	29
6.2.3 Riskien hallinta sairaanhoitopiirin tasolla	29
7. POTILASTURVALLISUUDEN VARMISTAMINEN	30
7.1 PEREHDYTYS JA OSAAMINEN.....	30
7.2 TERVEYDENHUOLLON LAITTEIDEN JA TARVIKKEIDEN TURVALLISUUS.....	31
7.2.1 Laiteturvallisuusosaamisen varmistaminen	31
7.2.2 Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden luovuttaminen.....	32
7.4 HÄTÄ- JA POIKKEUSTILANTEISIIN VARAUTUMINEN	33
7.5 POTILASTURVALLISUUDEN VARMISTAMINEN ULKOPUOLISIA PALVELUJA SEKÄ SAIRAANHOITAPIIRIN TUKIPALVELUJA KÄYTETTÄESSÄ.....	34
7.6 POTILASTURVALLISUUTEEN LIITTYVÄN TIEDON JAKAMINEN	35
7.7 POTILAIDEN JA LÄHEISTEN MUKAAN OTTAMINEN	35
7.8. ALUEELLINEN YHTEISTYÖ	36
7.9 DOKUMENTOINTI (POTILASASIAKIRJAT)	36
8.0 LAADUNHALLINTA-ASIAKIRJAT	37
OSA III	38
8. POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄT MENETTELYTAVAT.....	38
8.1 POTILAAN IDENTIFIOINTI	38
8.2 KÄSIHYGIENIA, PUKEUTUMISKOODI	38
8.3 ISBAR- RAPORTOINNIN TARKISTUSLISTA	39
8.5 LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUTTA VARMISTAVAT MENETTELYTAVAT.....	39
8.6 WHO:N LEIKKAUSTIIMIN TARKISTUSLISTA.....	39
8.7 JOHDON POTILASTURVALLISUUSKÄVELY.....	39

OSA I

1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuspolitiikka

Potilasturvallisuuspolitiikka käsittää periaatteet ja toiminnot, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Niihin sisältyvät ennakoiva riskien arviointi, vaaratilanteita ehkäisevät ja tunnistetuilta riskeiltä suojaavat toimet, sekä toiminnan jatkuva kehittäminen indikaattoreihin ja seurantatietoon perustuen. Tarkoituksena on luoda toimintakulttuuri, jossa korostuvat turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa, sekä sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet.

Sairaanhoitopiirin tärkein asiakas on potilas, jolle tutkimukset ja hoito toteutetaan oikeaan aikaan hyödyntämällä olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Sairaanhoitopiirin koko henkilöstö noudattaa järjestelmällisesti potilasturvallisuussuunnitelmassa määriteltyjä turvallisuutta edistäviä toimintatapoja ja -periaatteita. Potilasturvallisuuden menettelyjä ja prosesseja kehitetään kuulemalla myös potilaiden ja omaisten näkemyksiä. Tavoitteena on taata potilaille turvallinen hoito.

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus ilmenee hoitona, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilaalle annetaan ymmärrettävällä tavalla tietoa hänen hoidostaan sekä hoitoon liittyvistä riskeistä. Potilasta kannustetaan kertomaan oireistaan, toiveistaan ja huolistaan sekä tekemään kysymyksiä hoitoonsa liittyvistä asioista. Haittatapahtuman sattuessa siitä kerrotaan potilaalle ja hänen niin toivoessaan myös omaisille.

Jokaisella sairaanhoitopiirin työntekijällä on henkilökohtainen vastuu potilasturvallisuudesta ja sen kehittämisestä. Ammatillisuudessa korostuu sitoutuminen potilasturvallisuutta edistäviin periaatteisiin ja yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin, avoin ilmapiiri, moniammatillinen yhteistyö, oman toiminnan arviointi sekä osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Potilasturvallisuus on osa kokonaisvaltaista laadun ja riskien hallintaa. Johdolla on vastuu potilasturvallisuuden edistämisestä suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin. Johdon tehtävänä on varmistaa että potilasturvallisuus huomioidaan kaikessa päätöksenteossa sekä toiminta- ja taloussuunnittelussa. Johdolla on keskeinen vastuu potilasturvallisuuden seurantatiedon hyödyntämisestä riskienhallinnassa ja toimintaprosessien kehittämisessä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuudesta vastaava viranhaltija on johtajaylilääkäri.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta ja palvelulupausta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma perustuu terveydenhuoltolain (1326/2010 8§, asetus 341/2011) vaatimukseen laatia laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelma terveydenhuollon toimintayksiköissä. Sairaanhoitopiirin suunnitelmassa on otettu huomioon suomalainen lainsäädäntö, kansallisen potilasturvallisuusstrategian sisältämät näkökulmat ja tavoitteet potilasturvallisuuden kehittämiseksi, valtakunnalliset suositukset sekä hyvä hoitokäytäntö. Lisäksi suunnitelmassa huomioidaan Euroopan Unionin komission antamat suositukset potilasturvallisuudesta. Suunnitelman sisältöä päivitetään toimintavaatimusten muuttuessa siten, että se palvelee parhaalla mahdollisella tavalla johdonmukaista potilasturvallisuuden kehittämistä koko sairaanhoitopiirissä. Sen toimivuutta arvioidaan myös osana sairaanhoitopiirin laatujärjestelmän itsearviointeja ja auditointeja. Suunnitelman päivittämisestä vastaa potilasturvallisuuspäällikkö.

2. Potilasturvallisuuspolitiikan toimeenpano

Potilasturvallisuuspolitiikan toimeenpano on näkyvää, moniammatillista toimintaa, jossa korostuu turvallista hoitoa edistävien periaatteiden noudattaminen. Seuraavassa on kuvattu ne periaatteet, joiden kautta potilasturvallisuuspolitiikka toteutetaan käytännössä.

2.1 Potilasturvallisuusjärjestelmä

Potilasturvallisuuspolitiikan toimeenpano edellyttää jokaiselta sairaanhoitopiirin tulosalueelta selkeästi vastuutettua, dokumentoitua ja resursoitua potilasturvallisuusjärjestelmää. Potilasturvallisuusjärjestelmä sisältää vähintään seuraavat toiminnan osa-alueet:

- Potilasturvallisuuden toteuttamiseen ja potilasturvallisuusjärjestelmään liittyvät tulosaluekohtaiset rakenteet ja vastuut
- Potilasturvallisuuden seurantamenettelyt
- Prosessit potilasturvallisuusriskien arviointiin ja hallintaan
- Menettelytavat vaaratapahtumien käsittelyyn ja niistä oppimiseen
- Potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen liittyvät menettelyt

2.2 Potilasturvallisuuden suunnittelu ja johtaminen

Sairaanhoitopiirin ja tulosalueiden johto vastaa potilasturvallisuuden toimeenpanosta ja seurannasta. Johdon näkyvä sitoutuminen avoimuutta ja syyllistämättömyyttä edistävän potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen vaikuttaa kaikkien työntekijöiden asenteisiin.

Johdon vastuulla on varmistaa että potilasturvallisuusnäkökulma otetaan huomioon

- Toiminta- ja taloussuunnittelussa
- Osana muutosten suunnittelua ja toteuttamista
- Päätettäessä resursseista ja toiminnan kehittämisen linjauksista

2.3 Potilasturvallisuusriskien hallinta

Potilasturvallisuusriskejä arvioidaan järjestelmällisesti ja riskienhallinta toteutuu selkeästi määriteltyjen periaatteiden mukaan kaikilla organisaatiotasolla. Riskienhallinnan muut kuin potilasturvallisuuteen liittyvät menettelyt kuvataan muissa asiakirjoissa.

Potilasturvallisuusriskien hallinnan prosessiin sisältyvät seuraavat menettelyt:

- Kerätään ja käsitellään järjestelmällisesti tietoa potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista ja uhista
- Arvioidaan potilasturvallisuuden riskejä systemaattisesti seurantatietoon perustuen
- Kehitetään toimintaa riskien arviointiin perustuen
- Seurataan kehitystoimenpiteiden tuloksellisuutta

Johto on vastuussa riskien arvioinnista ja niiden hallintaan tarvittavista toimenpiteistä tai riskien hyväksymisestä.

2.4 Organisaation oppiminen

Vaaratapahtumista ja myös onnistumisista saatavaa tietoa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Vaaratilanteiden käsittelyssä keskitytään tapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin ja järjestelmän toiminnan kehittämiseen. Näin edistetään avoimen turvallisuuskulttuurin kehittymistä ja luodaan perusta järjestelmässä piilevien riskien poistamiseen vastaavien tapahtumien välttämiseksi tulevaisuudessa.

- Kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on mahdollisuus vapaaehtoiseen vaaratapahtumien raportointiin
- Vaaratapahtumat käsitellään luottamuksellisesti sovitun menettelytavan mukaan huomioiden syyllistämättömyys ja asianosaisten tukeminen tilanteen jälkeen
- Henkilöstölle tiedotetaan työyksiköissä potilasturvallisuuden kehityksestä ja toimenpiteistä potilasturvallisuuden parantamiseksi
- Vaaratapahtumia käsitellään säännöllisesti henkilöstön kanssa ja kehitetään toimintatapoja tapahtumista oppimalla
- Potilailla ja omaisilla on mahdollisuus raportoida hoidossa havaitsemistaan turvallisuuspuutteista ja saada siitä palautetta
- Vaaratapahtumia raportoidaan sairaanhoitopiiriin ja sen alueella olevien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintayksiköiden välillä

2.5 Potilasturvallisuus prosessien ja toimintatapojen kehittämisessä

Potilaan hoitoon liittyviä prosesseja ja toimintatapoja kehitetään järjestelmällisesti potilasturvallisuuden edistämiseksi. Potilasturvallisuuden kannalta kriittisiin työvaiheisiin liittyviä riskejä arvioidaan säännöllisesti ja työtapoja kehitetään siten, että varautuminen riskeihin on riittävää.

- Hoitoprosesseja suunniteltaessa arvioidaan niihin liittyvät riskit potilasturvallisuuden näkökulmasta ottaen huomioon erityisesti potilaan siirtoihin liittyvät työvaiheet sekä tiedonkulun varmistaminen eri yksiköiden ja sidosryhmien välisessä yhteistyössä
- Potilasturvallisuus otetaan huomioon työtapojen suunnittelussa siten, että toimintaan liittyvä ohjeistus on selkeää, ajantasaista ja kaikkien saatavilla
- Hoidon toteuttamisessa varmistetaan selkeä työnjako, riittävä toiminnan seuranta ja varmistaminen, inhimillisten virheiden hallinta ja tehokas tiedonkulku
- Ulkopuolisten palvelujen hankintaa suunniteltaessa arvioidaan vaikutukset potilasturvallisuudelle ja määritellään menettelytapa, jolla ulkopuolisen palvelun laatu potilasturvallisuuden kannalta varmistetaan
- Potilaat ja omaiset otetaan aktiivisesti mukaan prosessien kehittämiseen
- Myös turvallisista ja hyvin toimivista prosesseista ja toimintatavoista opitaan aktiivisesti, hyödyntämällä mm. Learning from excellence -menetelmää

2.6 Resurssien ja osaamisen varmistaminen

Johdon vastuulla on varmistaa että toimintaan on varattu riittävät resurssit turvallisen hoidon toteuttamiseksi. Jokaisella ammattihenkilöllä tulee olla tehtävän vaatima koulutus ja osaaminen sekä riittävät tiedot ja taidot, jotta työ voidaan suorittaa turvallisesti ja laadukkaasti.

- Potilasturvallisuus otetaan huomioon henkilöstösuunnittelussa siten, että henkilöstön määrä sekä osaaminen ovat riittävät turvallisen hoidon tuottamiseen, että työntekijät täyttävät työtehtävälle asetetut pätevyys- ja osaamisvaatimukset ja että heillä on edellytykset tehtäviensä hoitamiseen, koskien myös ostopalveluja

- Resurssien suunnittelussa otetaan huomioon varautuminen mahdollisiin poikkeus- ja muutostilanteisiin
- Potilasturvallisuuskoordinaattoreille ja vastuuhenkilöille varataan riittävät resurssit potilasturvallisuuden säännölliseen seurantaan ja kehittämiseen
- Jokaiselle työntekijälle, myös lyhytaikaisissa työsuhteissa toimiville tai ulkopuolisten palvelutoimittajien henkilöstölle, annetaan riittävä, hänen työtehtävänsä ja asemansa edellyttämä perehdytys sisältäen potilasturvallisuutta edistävät menettelytavat
- Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti ja suunnitelmallisesti potilasturvallisuuskoulutusta siten, että jokaisella ammattihenkilöllä on mahdollisuus osallistua koulutukseen työtehtävän edellyttämässä laajuudessa.

2.7 Potilasturvallisuus työympäristön kehittämisessä

Työympäristöstä pyritään aktiivisesti poistamaan potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät ja varmistamaan sekä potilaiden että henkilökunnan turvallisuus. Työympäristön riskien hallinta toteutetaan yhteistyössä työsuojelelun sekä tekniikan ja huollon tulosalueen kanssa.

- Työtilat tarjoavat edellytykset turvalliseen hoitoon ottaen huomioon tilojen riittävyys, häiriöttömyys ja hygienia
- Kaatumis- ja loukkaantumisvaarat sekä muut työ- ja potilasturvallisuusriskit otetaan huomioon työympäristön suunnittelussa
- Hoitoon vaadittavat laitteet ja tarvikkeet ovat saatavilla ja toimintakuntoisia
- Laitteiden käyttöön liittyvä ohjeistus on helposti saatavilla ja potilasturvallisuuden kannalta merkittävien toimenpiteiden osalta siinä muodossa, että se tukee toimintaa kiireellisissäkin tilanteissa.
- Osana laitteiden käyttöönottoa tulee määritellä vaadittava perehdyttäminen laitteiden käyttöön.
- Laitteympäristön kehittämisessä pyritään laitteiston yhdenmukaisuuteen työn hallinnan edistämiseksi ja hankintapäätöksissä otetaan huomioon järjestelmien yhteensopivuus

2.8 Potilaiden ja heidän läheisiensä rooli potilasturvallisuuden edistämisessä

Potilailta ja läheisiltä saatua palautetietoa hyödynnetään aktiivisesti toiminnan kehittämisessä. Lisäksi sairaanhoitopiirissä on käytössä useita keinoja potilaiden ja läheisten osallistamiseksi potilasturvallisuuden menettelyjen kehittämiseksi.

- Potilas ja asiakas ovat yhdenvertaisia toimijoita omassa palveluprosessissaan sekä sen suunnittelussa ja turvallisessa toteutumisessa
 - Potilalla on riittävästi tietoa olemassa olevista hoito- ja palveluvaihtoehdoista ja niihin liittyvistä riskeistä päätöksenteon tueksi.
- Potilaat ja asiakkaat osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja prosessien suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin.

OSA II

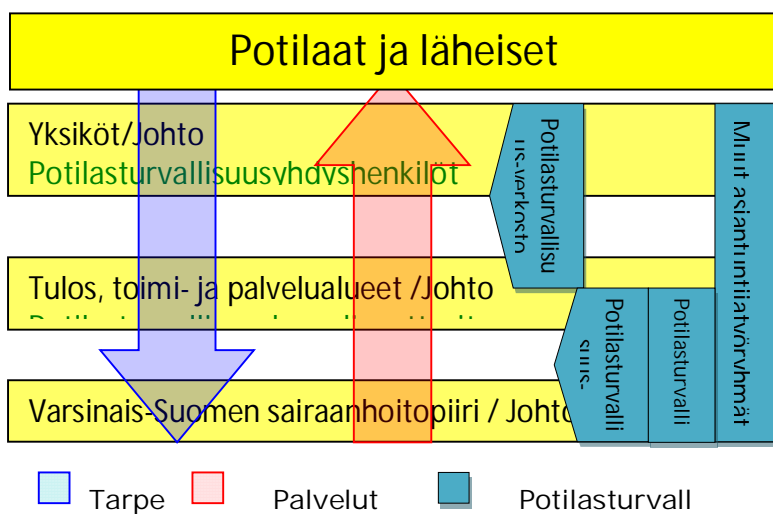
3. Potilasturvallisuusjärjestelmä

Potilasturvallisuusjärjestelmän tarkoitus on varmistaa yhdenmukaiset ja selkeät menettelytavat järjestelmälliseen ja tulokselliseen potilasturvallisuuden edistämiseen sairaanhoitopiirin kaikilla tulosalueilla. Potilasturvallisuusjärjestelmässä kuvataan potilasturvallisuuden vastuut, toimijat ja toimielimet, potilasturvallisuuden seurantamenettely, riskien hallinta, vaaratapahtumista oppiminen sekä potilasturvallisuuden varmistaminen ja kehittäminen.

3.1. Potilasturvallisuusjärjestelmään liittyvät vastuut ja rakenteet

Potilasturvallisuuden järjestelmällisen edistämisen kokonaisvastuu on sairaanhoitopiirin johdolla. Potilasturvallisuuden toimeenpanovastuu on linjaorganisaation johdolla, viranhaltijoilla ja vastuuhenkilöillä (kuvio 1). Toimi-, palvelualueilla ja liikelaitoksissa on nimetyt potilasturvallisuuden edistämistä koordinoivat henkilöt.

Johdon kokonaisvastuun lisäksi jokainen sairaanhoitopiirin työntekijä vastaa potilasturvallisuuden toteutumisesta omassa työssään.



Kuvio 1. Potilasturvallisuusjärjestelmän vastuut ja rakenteet sairaanhoitopiirissä

3.1.1 Viranhaltijat ja vastuuhenkilöt

Sairaanhoitopiirin johto

Johtajaylilääkärillä on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. Hän varmistaa yhteistyössä hallintoylihoitajan kanssa, että potilasturvallisuuden edistäminen ja hallinta toteutuu yhdenmukaisesti koko sairaanhoitopiirissä.

Johtajaylilääkärin vastuulla on

- Potilasturvallisuusnäkökulman huomioon ottaminen sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelmassa
- Riittävien resurssien varmistaminen potilasturvallisuusjärjestelmän organisointiin
- Potilasturvallisuuden kehityksen seuranta ja arviointi
- Potilasturvallisuuden linjauksista ja kehittämistoimista päättäminen
- Toiminnan ohjaaminen johtajaylilääkärin ohjeilla
- Potilasturvallisuussuunnitelman toimeenpanon varmistaminen
- Vakavien vaaratapahtumien selvitysprosessin käynnistämisestä päättäminen

Tulos-, toimi-/palvelualueen johto

Johdon tehtävänä on varmistaa, että potilaan hoito on laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Johto varmistaa potilasturvallisuuden kannalta riittävän resursoinnin ja edellytykset hoitoprosessien turvalliseksi ja sujuvaksi toteuttamiseksi potilasturvallisuussuunnitelmassa kuvattujen menettelyjen mukaisesti. Johdon vastuulla on myös potilasturvallisuuden arviointi sekä kehittäminen yksiköistä tuotetun seurantatiedon avulla. Potilasturvallisuuskoordinaattori toimii johdon tukena arvioinnissa ja kehittämisessä.

Tulos-, toimi-/palvelualueen johdon vastuulla on

- Potilasturvallisuusnäkökulman huomioon ottaminen resurssi- ja toimintasuunnittelussa sekä hankintaprosesseissa, mukaan lukien ostopalvelut
- Seurata ja arvioida potilasturvallisuuden tasoa sekä potilasturvallisuusriskejä säännöllisesti osana johtoryhmätyöskentelyä
- Päättää tulos-, toimi-/palvelualueella potilasturvallisuuden varmistamiseksi vaadittavista toimenpiteistä
- Varmistaa potilasturvallisuusjärjestelmän toimintaedellytykset tulos-, toimi-/palvelualueella
- Ylläpitää myönteistä ja avointa potilasturvallisuuskulttuuria

Yksikön/vastuualueen vastuuhenkilöt (osastonhoitajat ja vastuulääkärit)

Yksiköiden vastuuhenkilöt ja esimiehet vastaavat omissa yksiköissään potilasturvallisuussuunnitelmassa kuvattujen menettelytapojen noudattamisesta. Tehtävinä on toteuttaa, arvioida ja kehittää menettelyjä potilasturvallisuuden varmistamiseksi yksiköissä potilasturvallisuusyhdyshenkilön tuella. Esimiehet vastaavat myös henkilökunnan riittävästä informoinnista, potilasturvallisuusosaamisen varmistamisesta sekä työntekijöiden riittävästä ammatillisesta osaamisesta. Potilasturvallisuusyhdyshenkilöt tukevat esimiehiä näissä tehtävissä.

Yksikön vastuuhenkilöiden vastuulla on

- Seurata henkilöstö-, aine- ja tarvikeresurssien riittävyttä turvallisen hoidon toteuttamiseksi ja tarvittaessa informoida tulos-, toimi-/palvelualuejohtoa puutteista
- Seurata jatkuvasti yksikön potilasturvallisuuden tasoa
- Arvioida jatkuvasti yksikön toimintaan liittyviä potilasturvallisuusriskejä
- Suunnitella ja kehittää toimintaa järjestelmälähtöisesti potilasturvallisuuden seurantatietoon perustuen sekä seurata kehittämisen tuloksellisuutta
- Valvoa ja varmistaa potilasturvallisuutta edistävien menettelytapojen toteuttaminen
- Mahdollista vaaratapahtumista oppiminen käsittelemällä poikkeamia säännöllisesti henkilöstön kanssa järjestelmälähtöisesti
- Varmistaa riittävä perehdytys ja henkilöstön osaamisen taso
- Ylläpitää myönteistä ja avointa potilasturvallisuuskulttuuria

3.1.2. Potilasturvallisuuden asiantuntijat

Potilasturvallisuuspäällikkö

Potilasturvallisuuspäällikön tehtävänä on potilasturvallisuuden koordinointi sairaanhoitopiirin alueella. Hän koordinoi myös alueellista yhteistyötä perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen palvelujen kanssa ja osallistuu TYKS erityisvastuualueen yhteistyöhön. Hänen tehtävänä on potilasturvallisuusjärjestelmän ylläpitäminen ja kehittäminen yhteistyössä linjaorganisaation kanssa sekä potilasturvallisuuden edistäminen ylläpitämällä ja kehittämällä tiedonhankinnan, seurannan ja riskien hallinnan menettelytapoja. Potilasturvallisuuspäällikkö raportoi säännöllisesti potilasturvallisuuden kehityksestä sairaanhoitopiirin johtoryhmälle.

Potilasturvallisuuspäällikön tehtäviä ovat:

Potilasturvallisuusjärjestelmän ylläpito ja kehittäminen:

- VSSHP:n potilasturvallisuussuunnitelman ja potilasturvallisuusjärjestelmän kehittäminen
- Potilasturvallisuussuunnitelmaan liittyvän dokumentoinnin ja ohjeistuksen ylläpito
- Potilasturvallisuusjärjestelmän toimeenpanon koordinointi ja tukeminen
- Potilasturvallisuuskoordinaattorien työn tukeminen ja perehdytys
- Potilasturvallisuusneuvoston toiminnan koordinointi
- Potilasturvallisuuden ohjausryhmän kokousten organisointi
- Vakavien vaaratapahtumien selvitysprosessin koordinointi

Potilasturvallisuuden seuranta:

- Seurantatiedon analysointi potilasturvallisuusriskien tunnistamiseksi
- Haittatapahtumien säännöllinen arviointi ja sen koordinointi (GTT)
- Potilasturvallisuusraportin koostaminen sairaanhoitopiirin johdolle
- Potilasturvallisuuden kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuranta

Vaaratapahtumien raportoinnin edistäminen:

- Raportointijärjestelmän pääkäyttäjänä toimiminen
- Raportointijärjestelmän käyttäjäkoulutusten koordinointi
- Ohjeistuksen ylläpito koko sairaanhoitopiirissä
- Toiminta yhteyshenkilönä palveluntuottajille ja perusterveydenhuollon yksiköille

Riskienhallinnan edistäminen

- Potilasturvallisuusriskien arviointi säännöllisesti seurantatietoon perustuen
- Riskien hallinnan edistäminen ja menettelytapojen kehittäminen
- Potilasturvallisuusriskien hallinnan koordinointi, koulutus ja tukeminen

Potilasturvallisuusosaamisen edistäminen

- Potilasturvallisuuskoulutuksen vuosittainen suunnittelu organisaation tarpeisiin perustuen
- Potilasturvallisuuskoulutuksen organisointi yhdessä koulutussuunnittelijan kanssa
- Potilasturvallisuusosaamisen päivittäminen perehdytysohjelmaan

Viestintä

- Tiedottaminen ajankohtaisista sisäisistä ja ulkoisista potilasturvallisuusasioista henkilöstölle
- Sisäisten ja ulkoisten potilasturvallisuuden verkkosivujen ylläpito

Potilasturvallisuuskoordinaattorit

Jokaisella toimi-/palvelualueella ja liikelaitoksella on nimetty oma toimensa ohella toimiva potilasturvallisuuskoordinaattori. Hän koordinoi ja edistää potilasturvallisuutta ylläpitämällä ja kehittämällä tiedonhankinnan, seurannan ja potilasturvallisuusriskien hallinnan menettelytapoja potilasturvallisuusjärjestelmän mukaisesti. Potilasturvallisuuskoordinaattori toimii johdon tukena sekä raportoi säännöllisesti potilasturvallisuuden kehittymisestä johtoryhmissä.

Potilasturvallisuuskoordinaattorin tehtäviä ovat:

Potilasturvallisuusjärjestelmän ylläpito ja kehittäminen:

- Potilasturvallisuusjärjestelmän toiminnan tukeminen yksikkötasolla
- Potilasturvallisuusneuvoston jäsenenä toimiminen
- Potilasturvallisuusyhdyshenkilöiden tukeminen ja perehdyttäminen
- Potilasturvallisuusverkoston koordinointi
- Vakavan vaaratapahtuman selvityksessä avustaminen

Potilasturvallisuuden seuranta:

- Seurantatiedon analysointi riskien tunnistamiseksi
- Potilasturvallisuusraportin koostaminen johdolle ja esittely johtoryhmissä

Vaaratapahtumien raportoinnin edistäminen:

- Raportointijärjestelmän käyttäjäkoulutuksen antaminen yksikkötasolle

Riskienhallinnan edistäminen

- Riskien arviointi säännöllisesti seurantatietoon perustuen
- Riskien hallinnan edistäminen ja menettelytapojen kehittäminen
- Riskien hallinnan koulutuksen antaminen yksiköille
- Yksiköiden riskien hallinnan tukeminen

Potilasturvallisuusosaamisen edistäminen

- Potilasturvallisuuskoulutuksen sisällön suunnittelu yhteistyössä potilasturvallisuusyhdyshenkilöiden ja -päällikön kanssa
- Potilasturvallisuuskouluttaminen omalla vastualueella

Viestintä

- Tiedottaminen ajankohtaisista sisäisistä potilasturvallisuusasioista henkilöstölle

Potilasturvallisuusyhdysenkilöt

Jokaisessa yksikössä on nimetty oman toimen ohella toimiva potilasturvallisuusyhdysenkilö, jonka tehtävänä on tukea potilasturvallisuuden toteutumista kyseisessä yksikössä. Hänen tehtävänä on edistää potilasturvallisuutta yhteistyössä yksikön vastuulääkärin ja esimiesten kanssa ylläpitämällä ja kehittämällä yksikön toimintaan liittyviä tiedonhankinnan, seurannan ja riskien hallinnan menettelytapoja sekä yksikön potilasturvallisuusohjeistusta.

Potilasturvallisuusyhdysenkilön tehtäviä ovat:

Potilasturvallisuusjärjestelmän ylläpito ja kehittäminen:

- Potilasturvallisuusohjeiden ylläpito ja kehittäminen
- Potilasturvallisuusohjeiden toimeenpanon tukeminen
- Avustaa tarvittaessa vakavan vaaratapahtuman selvityksessä

Potilasturvallisuuden seuranta:

- Seurantatiedon analysointi riskien tunnistamiseksi
- Potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyvien toimenpiteiden toteuttamisen seuranta ja vaikutusten arviointi

Vaaratapahtumien raportoinnin edistäminen:

- Raportointijärjestelmän käyttäjäkoulutuksen antaminen

Riskienhallinnan edistäminen

- Potilasturvallisuusriskien arviointi säännöllisesti yksikön seurantatietoon perustuen
- Erillisten yksikön toimintaa koskevien riskiarviointien toteuttaminen
- Riskien hallinnan edistäminen (toimenpiteiden suunnittelu ja seuranta)

Potilasturvallisuusosaamisen edistäminen

- Potilasturvallisuuskoulutuksen suunnittelu yhteistyössä potilasturvallisuuskoordinaattorin sekä yksikön esimiesten kanssa
- Pehdyttämishojelman ylläpito yksikkökohtaisten potilasturvallisuuskäytäntöjen osalta

Viestintä

- Tiedottaminen ajankohtaisista yksikön sisäisistä potilasturvallisuusasioista henkilöstölle

3.1.3 Potilasturvallisuuden toimielimet ja työryhmät

Sairaanhoitopiirissä toimii erilaisia työryhmiä, joiden tavoitteena on potilasturvallisuuden edistäminen. Työryhmien asettamisesta vastaavat sairaanhoitopiirin johtaja, johtajaylilääkäri ja hallintoylihoitaja. Tässä kuvataan potilasturvallisuuden kannalta oleellisten työryhmien tehtävänkuvat ja vastuut.

Potilasturvallisuuden ohjausryhmän tehtävänä on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyön koordinointi: potilasturvallisuuden kehittämishankkeiden koordinointi, potilasturvallisuuden seurantatiedon tarkastelu ja hyödyntäminen, vakavien vaaratapahtumien

tutkintaprosessin koordinointi sekä reklamaatioiden hyödyntäminen toiminnan kehittämiseen moniammatillisen asiantuntijuuden varmistaminen potilasturvallisuuden edistämiseksi. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii sairaalajohtaja. Ohjausryhmän kokoonpano on kuvattu jyl asettamispäätöksellä 23.4.2018, § 5.

Potilasturvallisuusneuvoston tehtävänä on seurata potilasturvallisuutta, varmistaa potilasturvallisuusmenettelyjen toteutuminen ja laatia kehitysehdotuksia menettelyjen parantamiseksi. Potilasturvallisuusneuvosto koostuu potilasturvallisuuspäälliköstä, potilasturvallisuuskoordinaattoreista, sekä erikseen nimettävistä potilasturvallisuuden asiantuntijoista. Potilasturvallisuusneuvosto kokoontuu vähintään kolmannesvuosittain potilasturvallisuuspäällikön koolle kutsumana.

Potilasturvallisuusneuvoston tehtävät:

Potilasturvallisuusjärjestelmän ylläpito ja kehittäminen:

- Potilasturvallisuussuunnitelman sisällön arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen
- Potilasturvallisuusjärjestelmän toiminnan arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen

Potilasturvallisuuden seuranta:

- Potilasturvallisuuden seurantatiedon säännöllinen tarkastelu ja toimenpidesuosituksen tekeminen
- Haittatapahtumien määrän seuranta ja toimenpidesuosituksen tekeminen

Vaaratapahtumien raportoinnin edistäminen:

- Raportointiaktiivisuuden ja tapahtumatietojen seuranta ja toimenpidesuosituksen tekeminen
- Raportointijärjestelmän toiminnan arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen

Riskienhallinnan edistäminen

- Riskien arvioinnin tulosten säännöllinen käsittely ja toimenpidesuosituksen tekeminen
- Riskienhallintaprosessin ja menettelytapojen arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen

Potilasturvallisuusosaamisen edistäminen

- Potilasturvallisuuden koulutustarpeiden arviointi ja tavoitteiden esittäminen
- Potilasturvallisuuskoulutuksen vaikutusten arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen

Viestintä

- Potilasturvallisuustiedotteen sisältöesitysten tekeminen
- Potilasturvallisuusviestinnän menettelytapojen arviointi ja kehitysehdotusten tekeminen

Potilasturvallisuusyhdyshenkilöt muodostavat potilasturvallisuusverkoston omalla toimi-, palvelualueellaan sekä liikelaitoksella. Potilasturvallisuusverkosto kokoontuu vähintään kolmannesvuosittain potilasturvallisuuskoordinaattorin koolle kutsumana.

Potilasturvallisuusverkoston tehtäviä ovat:

- Tukea yksiköiden potilasturvallisuusyhdyshenkilöiden toiminnan ja osaamisen kehittämistä
- Organisoita yhteistyössä potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa potilasturvallisuusyhdyshenkilöille heidän tehtäviinsä vaadittavaa erityiskoulutusta
- Tiedottaa potilasturvallisuusyhdyshenkilöitä ajankohtaisista sisäisistä ja ulkoisista potilasturvallisuusasioista
- Jakaa tietoa potilasturvallisuudesta yksiköiden välillä ja oppia parhaita käytäntöjä ja toimintatapoja kokemuksiin perustuen

- Yhdenmukaistaa potilasturvallisuusjärjestelmässä kuvattujen menettelytapojen toimeenpanoa tulosalueen yksiköissä
- Ohjata yksikötason palaute ja kehitysehdotukset potilasturvallisuuskoordinaattorin kautta potilasturvallisuusneuvoston käsittelyyn

Edellisten lisäksi tulos-, toimi-/palvelualueilla tai liikelaitoksella voi olla potilasturvallisuustyöryhmiä, jotka koostuvat potilasturvallisuuden vastuuhenkilöistä, potilasturvallisuuskoordinaattorista, yksiköiden potilasturvallisuusyhdyshenkilöistä ja muista nimetyistä asiantuntijoista. Työryhmät ovat moniammatillisia, jotka edistävät ja tukevat potilasturvallisuutta koko toimialueella.

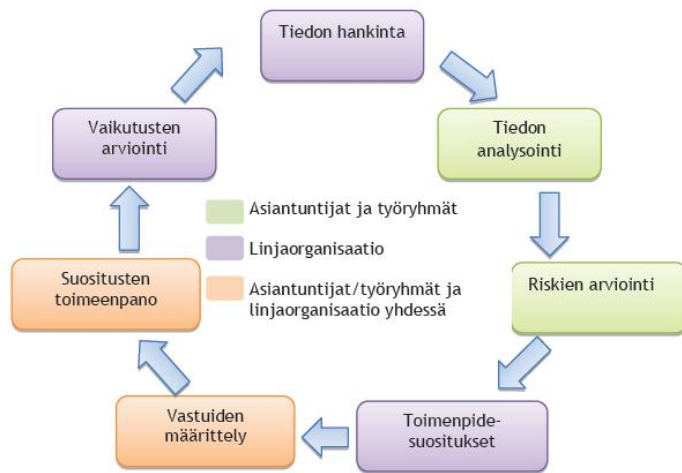
3.1.4 Muut asiantuntijat

Sairaanhoidopiirissä toimii useita asiantuntijoita, työryhmiä sekä yksiköitä, joiden toiminta liittyy tiiviisti potilasturvallisuuden varmistamiseen, edistämiseen sekä potilas- ja asiakasnäkökulman huomioimiseen. Näitä ovat mm:

- Sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö: Hygieniahoitajat ja infektiolääkärit
<https://santra.vsshp.fi/yksikot/tyks-2013/sairaalahygieniayksikko/Sivut/default.aspx>
- Sairaala-apteekki
<https://santra.vsshp.fi/yksikot/laakehuolto/Sivut/default.aspx>
- Sairaalatekniikka
<https://santra.vsshp.fi/yksikot/tekniikan-ja-huollon-tulosalue/Sivut/default.aspx>
- Potilasasiamiehet
<https://santra.vsshp.fi/yksikot/hallintokeskus/potilasasiamiespalvelu/Sivut/default.aspx>
- Säteilyn käytön turvallisuudesta huolehtii toiminnan harjoittajan nimeämä säteilyn käyttöorganisaatio. Linkki > [Y:\VSSHP Aineistot\Säteilyn käyttöorganisaatio \(organisaatio > VSSHP organisaatio 2019\)](#)
- Säteilyn käyttöä valvoo käyttöorganisaatiossa nimetty säteilyturvaneuvottelukunta

3.1.5 Viranhaltijoiden, asiantuntijoiden sekä työryhmien välinen yhteistyö

Potilasturvallisuuden varmistaminen ja kehittäminen perustuu viranhaltijoiden, asiantuntijoiden sekä työryhmien väliseen jatkuvaan yhteistyöhön. Työryhmien ja asiantuntijoiden vastuulla on seurata potilasturvallisuuden kehitystä ja analysoida siihen liittyvää tietoa. Tiedon analysointiin perustuen laaditaan suosituksia potilasturvallisuuden kehittämiseksi päätöksenteon ja kehittämistoimien tueksi. Linjaorganisaation vastuuhenkilöt vastaavat suositusten toimeenpanosta. Asiantuntijat sekä työryhmät yhdessä linjaorganisaation kanssa arvioivat toimenpiteiden vaikutuksia ja tarvittaessa määrittelevät lisätoimia laadun ja potilasturvallisuuden riskien hallintaan.



4. Potilasturvallisuuden seuranta- ja raportointimenettelyt

Potilasturvallisuuden kehitystä seurataan säännöllisesti tässä luvussa kuvattujen menettelytapojen avulla. Tavoitteena on varmistaa, että saatavilla olevaa potilasturvallisuustietoa käsitellään järjestelmällisesti riskien tunnistamiseksi ja tarvittavien kehittämistoimien toteuttamiseksi.

Alla on kuvattu yleisellä tasolla potilasturvallisuuden seurantaprosessi sekä siihen liittyvät toimijat (taulukko 1.). Seurattavat mahdolliset muuttujat on kuvattu liitteessä 1.

Taulukko 1. Potilasturvallisuuden seurantaprosessit ja siihen liittyvät toimijat

Vaiheet	Toimijat	Tarkoitus ja tavoitteet
<ul style="list-style-type: none"> Seurantatiedon kerääminen, käsittely ja arviointi. Tilastollisten analyysien ja yhteenvetojen laatiminen. Seurantaraporttien koostaminen 	Yksikkötaso: - Potilasturvallisuusyhdyshenkilöt Tulos-, toimi-/palvelualue-taso: - Potilasturvallisuuskoordinaattori Sairaanhoidopiiritaso: - Potilasturvallisuuspäällikkö - Potilasturvallisuusneuvosto	<ul style="list-style-type: none"> Kerätä kokonaisvaltaisesti potilasturvallisuuden seuranta- ja arviointitietoa havainnolliseen ja jatkokäsittelyä helpottavaan muotoon.
<ul style="list-style-type: none"> Seurantaraporttien käsittely Riskien arviointi Johtopäätösten tekeminen ja suositusten laatiminen 	Yksikkötaso: - Yksikön esimiehet ja potilasturvallisuusyhdyshenkilöt Tulos-, toimi-/palvelualue-taso: - Johto ja potilasturvallisuuskoordinaattorit Sairaanhoidopiiritaso: - Johtoryhmä - Potilasturvallisuusohjausryhmä	<ul style="list-style-type: none"> Arvioida toiminnan riskejä Tunnistaa potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta merkittävimmät tarpeet ja määrittellä niihin perustuen tarvittavat toimenpiteet.
<ul style="list-style-type: none"> Toimenpiteistä päättäminen Vastuiden määrittely Toimenpidesuunnitelman hyväksyminen Seurantaan ja tuloksiin perustuva päätöksenteko ja johtaminen 	Yksikkötaso: - Yksikön esimiehet/vastuuhenkilöt Tulos-, toimi- /palvelualue-taso: - Johto Sairaanhoidopiiritaso: - Johtavat viranhaltijat	<ul style="list-style-type: none"> Päätää kehittämistoimista Määrittää vastuut ja aikataulut Vastaa potilasturvallisuudesta

<ul style="list-style-type: none"> Sovittujen toimenpiteiden toteuttaminen ja raportointi 	Toteuttamisesta vastaava(t) henkilö(t) tai työryhmä(t).	<ul style="list-style-type: none"> Sovittujen toimenpiteiden toteuttaminen koordinoitun toteuttamissuunnitelman mukaan Toteutuksen seuranta sovitun raportointimenettelyn mukaan.
<ul style="list-style-type: none"> Vaikutusten seuranta sovittujen mittarien perusteella Raportointi toimenpiteiden vaikuttavuudesta. 	Yksikkötaso: <ul style="list-style-type: none"> Potilasturvallisuusyhdyshenkilöt Tulos-, toimi- /palvelualue: <ul style="list-style-type: none"> Potilasturvallisuuskoordinaattori Sairaanhoitopiiritaso: <ul style="list-style-type: none"> Potilasturvallisuuspäällikkö Potilasturvallisuusneuvosto Potilasturvallisuusohjausryhmä 	<ul style="list-style-type: none"> Arvioida tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia vaikuttavuuden arvioimiseksi ja mahdollisten lisätoimien määrittämiseksi. Raportointi kokemusten hyödyntämiseksi laajemmin.

Potilasturvallisuuden raportointi eri tasoilla perustuu seuraaviin menettelytapoihin:

1. Potilasturvallisuuskatsaus yksikkötasolla
2. Potilasturvallisuusraportti tulos-, toimi- /palvelualueilla ja liikelaitoksissa
3. Potilasturvallisuusraportti sairaanhoitopiiritasolla

4.1 Potilasturvallisuuskatsaus yksikkö- /vastuualueella

Potilasturvallisuutta seurataan yksikkötasolla jatkuvasti osastonhoitajan ja nimetyn vastaavan lääkärin toimesta. Tavoitteena on ylläpitää yksikön yhteistä näkemystä potilasturvallisuuden kehityksestä yksikkötasolla ja tuoda esiin keskeisimmät toimenpiteitä vaativat kehittämistarpeet. Potilasturvallisuuden seuranta ja käsittely yksikössä tulee kirjata yksikköpalaverin muistioihin. Seuranta sisältää seuraavat menettelytavat:

- jatkuva tiedottaminen henkilöstölle havaituista merkittävistä potilasturvallisuusriskeistä ja niiden aiheuttamista välittömistä toimista yksikössä
- kerran vuodessa potilasturvallisuuskatsauksen koostaminen ja käsittely yhteistyössä henkilöstön kanssa:

Potilasturvallisuuskatsauksen yksikössä koostavat yksikön vastuuhenkilöt sekä potilasturvallisuusyhdyshenkilö. Katsauksen on oltava valmiina viimeistään tammikuun 10. päivä.

Yksikkötason potilasturvallisuuskatsaus sisältää seuraavat yleiset sisältöalueet:

- Yhteenveto potilasturvallisuuteen liittyvistä kehittämishankkeista sekä niiden etenemisestä
- Onnistumiset ja vahvuudet potilasturvallisuuden näkökulmasta
- Merkittävät potilasturvallisuusriskit sekä niihin varautuminen
- Vakavat vaaratapahtumat sekä niihin annetut suositukset sekä niiden jalkauttaminen
- Potilasturvallisuuden indikaattoritiedon muutokset määrätyllä aikavälillä: HaiPro, SAI, Hilmo, silloin kun siihen on edellytyksiä
- Muut yksikön toiminnan kannalta oleelliset osa-alueet

Potilasturvallisuuskatsauksen yksityiskohtainen sisältö määritellään kunkin yksikön tarpeiden mukaisesti, noudattaen sairaanhoitopiirin yleistä ohjeistusta.

Yksikön vastuulääkärin ja osastonhoitajan tehtävänä on määritellä vastuut laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseen, seurata ja valvoa toimenpiteiden toteutumista sekä arvioida tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta. Potilasturvallisuuden kehittämiskohteet kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan.

4.2 Potilasturvallisuusraportti toimi -, palvelualue- ja liikelaitostasolla

Potilasturvallisuuden seuranta ja siihen perustuva kehittäminen on johdon vastuulla. Potilasturvallisuuden tasoa seurataan toimi-/palvelualue- ja liikelaitostasolla jatkuvasti ja asian säännöllinen käsittely vähintään kolmannesvuosittain on kirjattava johtoryhmän pöytäkirjaan. Lisäksi tarkastellaan vakavat vaaratapahtumat tai korkean riskin vaaratapahtumat, joista yksikkötasolta on raportoitu.

Johtoryhmälle koostetaan kerran vuodessa potilasturvallisuusraportti. Raportin tarkoituksena on ylläpitää johdon näkemystä potilasturvallisuuden kehityksestä ja tuoda esiin keskeisimmät toimenpiteitä vaativat kehittämistarpeet. Raportissa annetaan sekä määrälliseen että laadulliseen tietoon perustuen kattava ja monipuolinen kuva potilasturvallisuuden tilanteesta. Raportissa arvioidaan myös toteutuneet kehittämistoimenpiteet. Potilasturvallisuusraportin käsittely sisältää palautteen antamisen yksikkötasolle.

Potilasturvallisuusraportin koostamisesta ja kirjaamisesta HaiPron tilanneraportointiosioon kerran vuodessa vastaa potilasturvallisuuskoordinaattori tai nimetty henkilö. Potilasturvallisuuden tilanneraportti on koostettava tammikuun loppuun mennessä.

Potilasturvallisuusraportti sisältää seuraavat yleiset sisältöalueet:

- Merkittävät potilasturvallisuusriskit
- Vakavat vaaratapahtumat
- Yhteenveto potilasturvallisuuteen liittyvistä kehittämishankkeista
- Onnistumiset ja vahvuudet potilasturvallisuuden näkökulmasta
- Potilasturvallisuuden indikaattoritiedon muutokset määrätyllä aikavälillä: HaiPro, SAI, Hilmo silloin kun siihen on edellytyksiä
- Muut yksikön toiminnan kannalta oleelliset osa-alueet

Potilasturvallisuusraporttiin perustuen päätetään vuosittaisesta potilasturvallisuuden toimenpideohjelmasta, joka on huomioitava osana vuosittaista tavoiteasetantaa. Siinä esitetään potilasturvallisuuden kehittämiseksi suunnitellut toimenpiteet ja vastuut niiden toteuttamisesta. Johdon vastuulla on varmistaa riittävät resurssit potilasturvallisuuden toimenpideohjelman toteuttamiseen. Toimenpideohjelma kirjataan toimintasuunnitelmaan.

4.3 Potilasturvallisuusraportti sairaanhoitopiiritasolla

Potilasturvallisuuden seuranta ja siihen perustuva kokonaisvaltainen kehittäminen sairaanhoitopiirissä on johtoryhmän vastuulla. Sen tavoitteena on ylläpitää johdon näkemystä potilasturvallisuuden kehityksestä koko sairaanhoitopiirin tasolla ja tuoda esiin keskeisimmät johtotason toimia vaativat kehittämistarpeet. Raportissa annetaan sekä määrälliseen että laadulliseen tietoon perustuen kattava ja monipuolinen kuva sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuden tilanteesta. Raportissa arvioidaan myös toteutuneet kehittämistoimenpiteet. Potilasturvallisuusraportin käsittelyyn sisältyy palautteen antaminen tulosalue- / toimialue- ja liikelaitostasolle.

Potilasturvallisuusraportin koostamisesta sairaanhoitopiirin johtoryhmälle vastaa potilasturvallisuuspäällikkö. Raportti toimitetaan helmikuun loppuun mennessä.

Potilasturvallisuusraportin sisältöalueet:

- Merkittävät potilasturvallisuusriskit
- Vakavat vaaratapahtumat

- Yhteenveto potilasturvallisuuteen liittyvistä kehittämishankkeista
- Potilasturvallisuuden indikaattoritiedon muutokset määrättyllä aikavälillä
 - HaiPro -ilmoitusten määrän muutokset, haittatapahtumien tyypit
 - Hilmo -komplikaatiotiedot
 - GTT
 - Yhteenveto muistutuksista, kanteluista sekä potilasvakuutuskeskuksen tilastoista
 - Turvallisuuskulttuurimittauksen tulokset joka toinen vuosi
 - SAI: sairaalahygieniayksikkö tuottaa tiedot sairaanhoitopiirin johdolle erillisen menettelytavan mukaisesti

Potilasturvallisuusraporttiin perustuen johtoryhmä päättää vuosittaisesta potilasturvallisuuden toimenpideohjelmasta, joka huomioidaan osana vuosittaista tavoiteasetantaa. Siinä esitetään potilasturvallisuuden kehittämiseksi suunnitellut toimenpiteet ja vastuut niiden toteuttamisesta. Potilasturvallisuuden toimenpideohjelma on osa sairaanhoitopiirin toimintasuunnitelmaa. Johtoryhmän vastuulla on varmistaa riittävät resurssit potilasturvallisuuden toimenpideohjelman toteuttamiseen.

5. Organisaation oppiminen

Organisaatiosta saatavaa tietoa hyödynnetään monipuolisesti tapahtumista oppimiseen ja toiminnan kehittämiseen. Ilmoitettavia asioita ovat kaikki hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, jotka aiheuttivat tai jotka olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle.

Vaaratilanteista ja turvallisuusriskeistä tulee ilmoittaa ainakin silloin, kun

- Ilmoitus voi johtaa potilasturvallisuuden paranemiseen
- Muut voivat oppia ilmoituksen kautta saatavasta tiedosta
- Toimintajärjestelmä ja sen sisältämät turvallisuuden hallintakeinot eivät toimineet tarkoitetulla tavalla

Suurin osa potilaiden hoitoprosesseista sujuu kaikesta huolimatta hyvin. Yksiköissä on myös nostettava tarkasteluun prosesseja, joissa hoidon tulokset ovat erinomaisia, potilastyytyväisyys korkea ja henkilöstön työttyytyväisyys hyvällä tasolla. Sairaanhoitopiirissä on tätä varten testattu erinomaisuudesta oppimista. Organisaation resilienssin kehittämiseksi myös onnistumisista ja turvallisuutta varmentavista menettelytavoista tulee oppia, ja organisaation sisäistä oppimista näistä lisätä.

5.1 Vapaaehtoinen vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumailmoitus tehdään HaiPro -raportointijärjestelmään. Kuka tahansa sairaanhoitopiirin työntekijä voi tehdä ilmoituksen. Myös potilas tai omainen/läheinen voi tehdä ilmoituksen. Vaaratapahtumien selvityksestä ja toiminnan kehittämisestä vastaavat yksikön vastuuhenkilöt yhteistyössä potilasturvallisuusasiantuntijoiden kanssa.

Vaaratapahtumailmoitukset käsitellään HaiPro -järjestelmän ohjeiden mukaan mahdollisimman nopeasti ilmoituksen tekemisen jälkeen, viimeistään kahden viikon sisällä ilmoituksen tekopäivästä. Ilmoitukset käsitellään aina siinä yksikössä, missä vaaratapahtuma on tapahtunut, joten tarvittaessa siirretään ilmoitus käsiteltäväksi oikeaan yksikköön. Käsittelijä voi siirtää yksikön toimintaa laajempaa kokonaisuutta koskevat ilmoitukset käsiteltäväksi ylemmälle tasolle. Yksittäisen ilmoituksen käsittely on kuvattu erillisessä ohjeessa: <https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>

Missään vaiheessa ei saa käsitellä julkisesti yksittäisiä ilmoituksia, koska tällöin ilmoitettuun tapahtumaan osallistuneiden sekä ilmoituksen tekijän tunnistaminen on mahdollista. Ilmoitukseen liittyvien henkilöiden anonyymiteetti tulee ehdottomasti turvata. Jos ilmoituksia ei ole tullut, keskustellaan ilmoittamisen tärkeydestä.

5.2 Vakavien vaaratapahtumien raportointi

Vakavalla vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas on vahingoittunut vakavasti, hänen henkensä on ollut uhattuna tai potilas on menehtynyt. Vakava vaaratapahtuma on myös sellainen läheltä piti -tilanne, jossa sama lopputulos olisi ollut ilmeinen ilman tapahtumaketjun pysähtymistä. Selvityksen tavoitteena on tunnistaa vaaratapahtuman taustalla olleet, järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä kehittämiskohteet. Tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta organisaatiossa ja estää vastaavanlaisten tilanteiden tapahtuminen tulevaisuudessa. Selvityksen tavoitteena ei ole etsiä syyllisiä tai rangaistavia henkilöitä.

Henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa vakavasta vaaratapahtumasta välittömästi lähimmälle esimiehelle. Vakavasta vaaratapahtumasta voi kuitenkin ilmoittaa kuka tahansa – työntekijä, potilas tai omainen. Ilmoitus voi tulla esim.

- vaaratapahtumailmoituksena
- lakisääteisenä poikkeamailmoituksena
- kanteluna
- epävirallisena yhteydenottona

Vakavan vaaratapahtuman käsittely tulee aloittaa mahdollisimman nopeasti, jotta tapahtumasta saadaan mahdollisimman selkeät ja todenmukaiset tiedot. Käsittelyprosessi sisältää seuraavat osa-alueet:

1. Selvityksen käynnistäminen
2. Selvityksen toteutus
3. Selvitysraportin koostaminen ja käsittely
4. Selvityksen tulosten käsittely henkilökunnan kanssa ja tarvittaessa potilaan/omaisten kanssa

Vakavan vaaratapahtuman käsittelyyn liittyvä prosessi, menettelytavat sekä dokumentaatio on kuvattu liitteessä 3.

5.3 Lakisääteiset raportointikanavat

Henkilöstöllä on lakisääteinen raportointivelvoite seuraavien osa-alueiden poikkeamissa:

- Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeiden
- Säteilyn käyttöön liittyvät poikkeamat
- Lääkkeiden ja rokotusten haittavaikutukset
- Verivalmisteiden haittavaikutukset ja vaaratilanteet
- Hoitoon liittyvät infektiot
- Hoitohaitat (Hilmo)
- Sähkölaitteiston käytön poikkeamat
- Paineastioiden käytön poikkeamat

Raportointivelvoitteesta on annettu johtajaylilääkärin ohje 5/2013

<http://santra.vssh.fi/lisaa/ohjeet/Sivut/Johtajaylilaakar-in-ohjeet.aspx>

5.3.1 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta joka on johtanut tai olisi voinut johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen on aina tehtävä vaaratilanneilmoitus Valviralle. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 25 §).

Ammattimaisen käyttäjän on TLT-lain 25§:n mukaan ilmoitettava terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta, joka johtuu laitteen tai tarvikkeen

- ominaisuuksista,
- suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä,
- riittämättömästä merkinnästä,
- riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta taikka
- käytöstä.

Ilmoitus on tehtävä myös silloin, kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä.

Tapahtumasta on ilmoitettava myös valmistajalle tai tämän edustajalle, koska valmistajalla on ensisijainen vastuu tuotteen vaatimustenmukaisuudesta.

Ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava vaaratilanteesta niin pian kuin mahdollista. Vakavasta vaaratilanteesta on ilmoitettava 10 vuorokauden kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa.

Vaaratilanteesta ilmoitetaan HaiPro -järjestelmän kautta. Vapaaehtoisen lomakkeen täyttämisen yhteydessä (laitteisiin liittyvä) aukeaa myös Valviran vaaratapahtumalomake, jonka voi täyttää ja lähettää joko käyttäjä tai viimeistään käsittelijä/ yksikön esimies. Esimiehen vastuulla on myös varmistaa, että ilmoituksesta menee tieto laitteen tai tarvikkeen valmistajalle. Valviraan lähetetyistä ilmoituksista jää lista sairaanhoitopiirin tietokantaan. Ilmoituslomake löytyy myös Valviran verkkosivujen kautta

<https://www.valvira.fi/>

5.3.2 Säteilyn käyttöön liittyvät säteilyturvallisuuspoikkeamat

Säteilyn käytössä noudatetaan yksikkökohtaisia menetelmäohjeita. Säteilyturvakeskus (STUK) valvoo laitteita, tiloja ja toimintaa myös viranomaistarkastusten sekä laitekatsastusten yhteydessä. Lisäksi se opastaa ja neuvoo ongelmatilanteissa. Säteilyn käyttöön liittyvistä poikkeavista tapahtumista ja vaaratilanteista tehdään HaiPro -ilmoitus. Lisäksi säteilyturvallisuuspoikkeamista ilmoitetaan Säteilyturvakeskukselle, sen antamien ohjeiden mukaisesti joko viiveettä tai vuosi-ilmoituksen yhteydessä. Tarkemmat toimintaohjeet: <https://www.stuk.fi/stuk-valvoo/sateilyn-kayttajalle/poikkeavat-tapahtumat/sateilyturvallisuuspoikkeamasta-ilmoittaminen>. Ilmoitusvelvollisuus perustuu säteilylakiin 859/2018 ja asetukseen 1512/1991. Mikäli säteilyturvallisuuspoikkeama liittyy säteilyä tuottavan laitteen vialliseen toimintaan, tehdään HaiPro-ilmoituksen yhteydessä myös Valvira-ilmoitus.

5.3.3 Lääkkeiden ja rokotusten haittavaikutukset

Suomessa havaituista lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutuksista kerätään tietoa Fimean haittavaikutusrekisteriin, johon terveydenhuollon ammattilaiset ja lääkkeiden käyttäjät voivat ilmoittaa epäilemistään tai toteamistaan haittavaikutuksista. Ilmoitusjärjestelmän tärkein tarkoitus on havaita aiemmin tunnistamattomia harvinaisia haittavaikutuksia. Siksi toivotaan ilmoitettavan erityisesti haittavaikutuksista, joita ei ole mainittu lääkevalmisteen pakkausselosteessa. Ilmoituksen haittavaikutuksesta voi tehdä sähköisesti (suositeltava ilmoitusmuoto) tai Fimean lomakkeella, ilmoitus epäilystä lääkkeen/rokotteen haittavaikutuksesta.

http://www.fimea.fi/laaketurvallisuus_ja_tieto/laakkeiden_turvallisuus/haittavaikutuksista_ilmoittaminen/

Sähköinen haittavaikutusilmoituslomake löytyy myös Terveystietokannasta. Lisäksi haittavaikutusilmoitus tulee tehdä VSSHP:n lääkeneuvottelukunnalle. Tämän voi tehdä vaikka toimittamalla kopion Fimealle lähetetystä haittavaikutusilmoituksesta lääkeneuvottelukunnan sihteerille. Sairaala apteekin henkilökunnalta saa tukea lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutuksen ilmoittamiseen liittyvissä asioissa.

5.3.4 Verivalmisteiden haittavaikutukset ja vaaratilanteet

Verivalmisteiden haittavaikutuksista ja vaaratilanteista tulee ilmoittaa sairaanhoitopiirin laboratorioon/verikeskukseen. Mikäli epäillään vakavaa haittavaikutusta tai vaaratilannetta, laboratorio/verikeskus välittää ilmoituksen viipymättä Veripalveluun (Veripalvelulaki 197/2005, 10§ Veriturvatoiminta sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus veripalvelusta 258/2006, 10 §, muutokset 815/2009), josta vakavat haittavaikutukset ja vaaratilanteet ilmoitetaan edelleen Fimealle ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen).

OctaplasLG[®] on lääkevalmiste, johon liittyvät haittavaikutukset suositellaan ilmoitettavan samoin kuin verivalmisteisiin liittyvät haittavaikutukset (erityisesti väärät verensiirrot) sairaanhoitopiirin laboratorioon/verikeskukseen (edellisessä kappaleessa mainitulla lomakkeella). Laboratorio/verikeskus ilmoittaa nämä edelleen Veripalvelun veriturvatoimistoon. Veriturvatoimisto huolehtii OctaplasLG[®] haittojen ilmoitukset suoraan myyntiluvanhaltijalle ja vakavat haittavaikutukset Fimealle.

Haittavaikutusten ja vaaratilanteiden ilmoittaminen: <https://www.veripalvelu.fi/terveydenhuollon-ammattilaiset/verensiirrot/haittavaikutusten-ja-vaaratilanteiden-ilmoittaminen>

5.3.5 Hoitoon liittyvät infektiot

Hoitoon liittyvä infektio on terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyt tai alkunsa saanut infektio, jonka rekisteröintiin, seurantaan ja torjuntaan veloitetaan Tartuntatautilaissa (1227/2016). Hoidon aikana syntyneet infektiot ilmoitetaan infektioiden seurantajärjestelmään (SAI). Vastasyntyneiden infektiot sekä kaikki toimenpiteisiin liittyvät infektiot ovat aina hoitoon liittyviä infektioita. Hoitoon liittyvä infektio voidaan havaita myös myöhemmän sairaalahoitajakson tai polikliinisen käynnin yhteydessä. Hoitava lääkäri toteaa hoitoon liittyvän infektion ja vastaa sen rekisteröinnistä. Kulloinkin työvuorossa oleva vastaava sairaanhoitaja tai hygieniayhdyshenkilö syöttää tiedot havaitusta infektiosta SAI-järjestelmään. Infektioilmoitus tehdään välittömästi sen toteamisen jälkeen. Hoitoon liittyvien infektioiden seurannan tavoite on ohjata toimia hoitoon liittyvien infektioiden vähentämiseksi sekä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Ohjeet löytyvät: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Hoitoon%20liittyvät%20infektiot%20ja%20seuranta.pdf>

5.3.6 Hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaaminen hoitoilmoitukseen (Hilmo)

Potilasturvallisuusasetuksen (341/2011) ensimmäisessä pykälässä on määritelty haittatapahtumien ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään osaksi potilasturvallisuuden raportointia.

Hoidon haittavaikutus tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon tai suorittamaan toimenpiteeseen liittyvää seuraamusta, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna potilaalle objektiivista haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Operatiivisessa

hoidossa haittavaikutus on erityisesti myös myöhempi suunnittelemaan samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintatoimenpide. Hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaamisessa noudatetaan THL:n antamia kirjaamishojeita <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo/hilmo-opas>

5.3.7 Sähkölaitteiston käytön poikkeamat

Sähköturvallisuuslain 1135/2016 mukaisesti sähkön käytön johtaja vastaa siitä, että sähkölaitteiston käytössä ja huollossa noudatetaan edellä mainittua lakia, sähkölaitteisto on lain edellyttämässä kunnossa käytön aikana ja käyttöitä tekevät henkilöt ovat ammattitaitoisia ja riittävästi tehtäviinsä opastettuja. Sähkötöiden johtaja vastaa siitä, että sähkötöissä noudatetaan yllä mainittua lakia, sähkölaitteet ja -laitteistot ovat lain edellyttämässä kunnossa ennen käyttöönottoa tai toiselle luovuttamista ja sähkötöitä tekevät henkilöt ovat ammattitaitoisia ja riittävästi tehtäviinsä opastettuja. Sähkön käytön- ja sähkötöiden johtaja on siten lakisääteisesti vastuussa sähköturvallisuudesta ja sen toteutumisesta. Sairaalassa sähkön käytön johtaja ja sähkötöiden johtaja on sama henkilö.

Sähkölaitteiston haltijan ja toiminnanharjoittajan (VSSHP) on annettava sähkötöiden- ja sähkön käytön johtajalle riittävät mahdollisuudet johtaa ja valvoa sähköturvallisuuslain mukaisia tehtäviään. Sähkölaitteiden ja -laitteistojen poikkeamat, vaaralliset tuotteet sekä sähkötapaturmat ilmoitetaan sairaalan sähkön käytön johtajalle ja sähkötöiden johtajalle, joka huolehtii, että ilmoitukset välitetään valvovalle viranomaiselle (TUKES).

5.3.8 Paineastioiden käytön poikkeamat

Paineastian käytön poikkeamista tulee tehdä ilmoitus paineastian käytönvalvojalle. Paineastian käytönvalvoja on yhteydessä painelaitteen omistajaan/haltijaan ja tarvittaessa TUKESIin.

Jos painelaitteen vaurioitumisesta tai paineen äkillisestä purkautumisesta aiheutuu henkilövahinko tai merkittävä omaisuusvahinko, painelaitteen omistajan tai haltijan on viipymättä ilmoitettava tapahtumasta valvontaviranomaiselle. Jos painelaite vaurioituu laitteen valmistukseen liittyvän testauksen aikana, ilmoitusvelvollisuus on painelaitteen valmistajalla. Valvontaviranomaisen on tutkittava vahinkoon johtanut tapahtuma, jos valvontaviranomainen arvioi sen onnettomuuden syyn selvittämisen tai onnettomuuksien ehkäisyn kannalta tarpeelliseksi. Paineastian omistajan tai haltijan on avustettava valvontaviranomaista tutkimuksessa (Painelaitelaki 1144 / 2016)

5.4 Potilaiden palautekanavat

Terveydenhuollon laadunhallinnan seurantaohjelmaan kuuluu myös asianmukainen potilaiden tekemien reklamaatioiden käsittelyprosessi. Vastuuhenkilöt ottavat säännöllisesti esille potilaiden reklamaatioista esiin tulleita asioita yksikössä sopivana ajankohtana. Yksikössä keskustellaan yhdessä miten nykyisiä käytänteitä voitaisiin muuttaa siten, että palvelupoikkeamat vähenisivät. Missään vaiheessa ei saa käsitellä julkisesti yksittäistä reklamaatiota niin, että reklamaation tekijän tunnistaminen on mahdollista.

Potilaiden tekemien reklamaatioiden käsittelystä ja kirjaamisesta on annettu johtajaylilääkärin ohje 5/2018

<https://santra.vsshp.fi/lisaa/ohjeet/Documents/Johtajaylilääkärin%20ohjeet/Johtajaylilääkärin%20ohjekirje%202018-5.pdf>

5.4.1 Potilaiden vaaratapahtumailmoitukset

Potilailla ja omaisilla on mahdollisuus ilmoittaa hoidossa tapahtuneista vaaratapahtumista sairaanhoitopiirin internetsivuilla olevan sähköisen lomakkeen kautta. Ilmoitukset käsitellään samoin kuin henkilökunnan tekemät HaiPro -ilmoitukset. Ilmoitukset tulevat käsittelyyn potilasturvallisuuspäällikölle, joka ohjaa ilmoitukset kyseessä olevaan yksikköön jatkotoimenpiteitä varten. Ilmoitukset käsitellään kahden viikon kuluessa ilmoituksen laatimisesta ja jatkotoimenpiteet kirjataan HaiPro -järjestelmään.

5.4.2 Potilasvahinkoilmoitus

Mikäli potilaan hoitoon liittyen ilmenee, että potilaan hoidosta saattaa seurata potilasvahinkolaissa (585/86) tarkoitettu vastuu potilasvahingosta, vahingonkorvauslaissa (412/74) tarkoitettu vahingonkorvausvastuu, on potilasta neuvottava, miten asia voidaan panna vireille. Potilas tai hänen edustajansa voi tehdä ilmoituksen mahdollisesta potilasvahinkoepäilystä siihen tarkoitettulla lomakkeella Potilasvakuutuskeskukseen.

Potilasvakuutuskeskus, Potilasvahinkolautakunta tai Suomen Keskinäinen Lääkevahinkovakuutusyhtiö lähettää lausuntopyynnön sairaanhoitopiirille. Lausuntopyyntö osoitetaan TYKSissä vastualuejohtajalle sekä Turunmaan sairaalassa sekä EPLL:ssä ao. erikoisalan ylilääkärille. Lausunnon vastaanottaja vastaa lausunnon sisällöstä. Potilasvakuutuskeskuksen korvauspäätökset sekä potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuositukset saapuvat asianomaisen Tyks toimi-/palvelualueen johtajalle, Turunmaan sairaalassa johtavalle ylilääkärille sekä EPLL:ssä toimitusjohtajalle. Heidän vastuullaan on, että päätöksiä ja ratkaisusuosituksia käsitellään yksikössä siten, että niiden avulla voidaan kehittää toimintaa.

Henkilövahinkokorvaus edellyttää vahingonkorvauslaissa (412/74) määriteltyjä perusteita. Lain mukaan korvattavia vahinkoja voi olla henkilövahinko (muu kuin hoitotoimenpiteestä johtuva henkilövahinko). Lain mukaan sairaala on työnantajana velvollinen korvaamaan sellaiset vahingot, jotka ovat aiheutuneet henkilökunnan virheestä, laiminlyönnistä tai jotka johtuvat siitä, että sairaalan rakennukset ovat olleet puutteellisessa kunnossa. Henkilövahingonkorvausta voi hakea siihen tarkoitettulla vahingonkorvaushakemuksella, joka löytyy VSSH:n intranetistä.

Lisätietoja:

<https://santra.vsshp.fi/yksikot/hallintokeskus/potilasasiamiespalvelu/Sivut/default.aspx>

5.4.3 Muistutus

Mikäli potilas on tyytymätön saamaansa hoitoon tai siihen liittyvään kohteluun, voi hän tai hänen edustajansa tehdä siitä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikön vastaavalle johtajalle potilaslain 10§ mukaan. Muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä. Muistutusten käsittelyssä on kaksi vaihtoehtoista tapaa.

Koko sairaanhoitopiiriä koskevat, luonteeltaan periaatteelliset tai sairaalajohtajaa, tulosalueen johtavaa lääkäriä tai toimitusjohtajaa koskevat muistutukset ratkaisee johtajaylilääkäri. Muiden muistutusten osalta vastuu muistutusten käsittelystä sekä annettavan lausunnon ja ratkaisun sisällöstä on siirretty seuraavasti:

Tyks:

- Yhden toimi-/palvelualueen toimintaa koskevat muistutukset ratkaisee toimi-/palvelualuejohtaja. Muistutus voi koskea yhtä tai useampaa saman toimi-/palvelualueen vastuualuetta tai vastuualuejohtajaa.
- Useampaa toimi-/palvelualluetta tai toimi-/palvelualuejohtajaa koskevat muistutukset ratkaisee Tyksin sairaalajohtaja.

Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos

- Yhtä erikoisalaa koskevat muistutukset ratkaisee ao. erikoisalalan ylilääkäri.
- Useampaa erikoisalaa, ylilääkäriä tai koko tulosaluetta koskevat muistutukset ratkaisee johtava lääkäri (toimitusjohtaja).

Turunmaan sairaala (31.12.2019 asti)

- Muistutukset ratkaisee johtava lääkäri (toimitusjohtaja).

Ylilääkäri tai hänen määräämänsä henkilö vastaa annettavasta lausunnosta tai ratkaisun sisällöstä. Jos nämä edellytykset eivät täyty, johtajaylilääkäri ratkaisee muistutukset pyydettyään käsittelyn kannalta tarpeelliset lausunnot. Vastauksesta tulee käydä ilmi, mihin toimenpiteisiin on ryhdytty tai miten asia on muuten ratkaistu. Muistutuksen sisällön perusteella voi joskus olla tarkoituksenmukaista saada lisäselvitystä muistutuksen tekijältä esim. puhelimitse. Tällöin potilaalta tiedustellaan kuitenkin myös, haluaako hän muistutuksesta kirjallisen vastauksen. Potilaan kanssa keskustellut henkilö ilmoittaa asian käsittelyn päättymisestä kirjaamoon. (Johtajaylilääkäriin ohje 5/2018)

5.4.4 Kantelu

Potilaalla tai hänen läheisellään on oikeus kannella, jos hän on tyytymätön terveydenhuollossa saamaansa hoitoon, palveluun tai päätökseen. Terveydenhuoltoa koskeva kantelu voidaan tehdä aluehallintovirastoon tai Valviraan joko vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella. Kantelu tehdään Valviraan (www.valvira.fi) silloin, kun hoitovirhe-epäily koskee menehtyneen tai vaikeasti vammautuneen potilaan hoitoa. Muut hoitoa koskevat kantelut tehdään siihen aluehallintovirastoon (www.avi.fi), jonka alueella hoito on tapahtunut.

Kantelun selvityspyyntö saapuu Lounais-Suomen aluehallintovirastosta, Valviralta tai Eduskunnan oikeusasiamieheltä tai oikeuskanslerilta sairaanhoitopiiriin kirjaamoon. Kantelu toimitetaan sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkäriin kansliaan johtajaylilääkärille käsiteltäväksi, jonka jälkeen pyydetään tarvittavat lausunnot yksiköiltä tai yksittäisiltä henkilöiltä. Tavanomaisimmin lausuntopyyntö osoitetaan Tyks toimi-/palvelualueen johtajalle, muilla alueilla johtavalle lääkärille. Lausuntoa voidaan pyytää useammilta tahoilta sen mukaan, mitä valvova viranomaisiin edellyttää ja asian selvittäminen vaatii. Johtajaylilääkäri kokoaa lausunnot ja lisää asiaan oman kannanottonsa. (Johtajaylilääkäriin ohje 5/2018.)

5.4.5 Potilaspalautteet

Potilas voi antaa palautetta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toiminnasta ja palvelusta tekstiviestipalautteella. Tekstiviestipalaute lähetetään potilaalle käynnin tai kotiutuksen jälkeisenä päivänä. Lisäksi potilas tai hänen läheisensä voivat antaa palautetta potilaspalautelomakkeella. Palautetta voi antaa yksiköistä tai yleisistä tiloista saatavalla lomakkeella tai Internet -sivustolta löytyvällä sähköisellä lomakkeella (<http://www.vsshp.fi/fi/Sivut/palaute.aspx>). Palaute käsitellään luottamuksellisesti esimiesten toimesta siinä yksikössä, jota palaute koskee. Käsiteltyihin palautteisiin merkitään tehdyt toimenpiteet. Palaute tallennetaan QPro feedback -järjestelmään.

Palautteista saatavaa tietoa hyödynnetään toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen sekä hoidon ja palvelun potilaslähtöisyyden parantamiseen (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010 ja potilaslaki 785/1992). Potilaan ja hänen läheisensä arvioinneista raportoidaan vuosittain potilashoidon vuosikertomuksessa. Potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuuksia palautteen antamiseen kehitetään myös jatkuvasti.

5.5 Erinomaisuudesta oppiminen

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on mahdollista raportoida myös onnistumisista. Kyseiset raportit käsitellään erillisen ohjeistuksen mukaisesti (Learning from excellence).

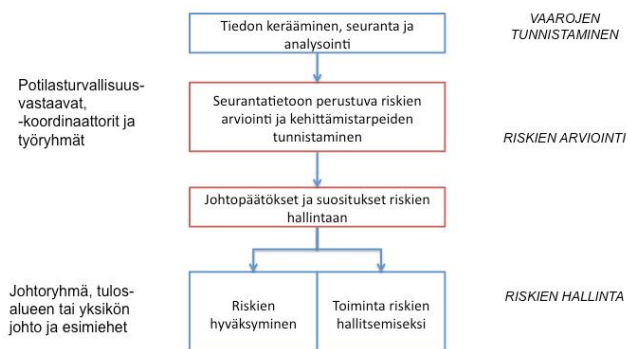
Lisäksi esimiesten on hyvä tarkastella prosessien tuloksia ja erityisesti niitä, joissa sekä henkilöstön ja potilaiden tyytyväisyys ovat hyvällä tasolla, ja pyrkiä tunnistamaan taustalla vaikuttavia tekijöitä. Hyväksi havaittuja, potilasturvallisuutta varmistavia menettelytapoja käsitellään yksiköissä, potilasturvallisuusneuvostossa sekä -ohjausryhmässä organisaation oppimisen varmistamiseksi.

6. Riskien hallinta

Hyvään johtamis- ja hallintotapaan kuuluu riskien tunnistaminen ja arviointi jo toimintasuunnitelmien ja tavoitteiden asettamisvaiheessa. Riskien arviointi on tavoitteiden saavuttamista uhkaavien riskien tunnistamista ja analysointia, jotka luovat perustan koko riskienhallinnalle. (VSSHP johtajan käsikirja 2017, VSSHP riskienhallinnan politiikka 2017)

6.1. Riskien hallinnan eri menettelytavat

Riskien hallinta on keskeinen osa järjestelmällistä potilasturvallisuuden kehittämistä. Keräämällä aktiivisesti tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttavista uhkatekijöistä pyritään määrittämään niihin liittyvät riskit ja riskien hallintaan vaadittavat toimet, jotta mahdolliset vaaratapahtumat voidaan ehkäistä ennalta. Riskien hallinta sisältää riskin aiheuttavien uhkatekijöiden tunnistamisen, niihin liittyvien riskien analysoinnin, riskien arvioinnin ja suuruuden määrittämisen, sekä riskien hallinnan vaatimien toimien suunnittelun ja toteuttamisen.



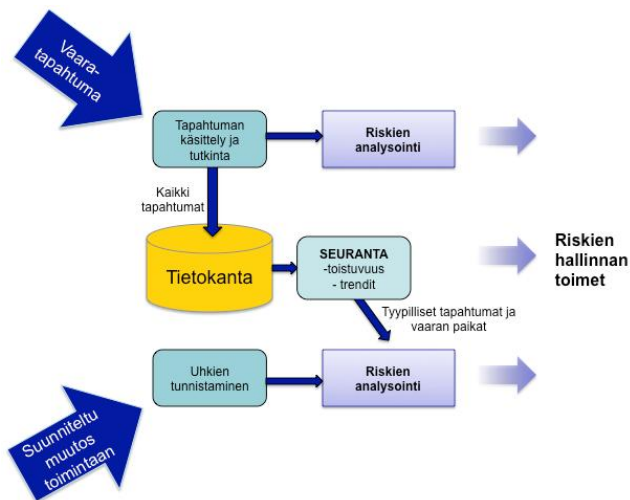
Riskien arviointia ja hallintaa tehdään sekä ennakoiden että reaktiivisesti (jälkikäteen).

Reaktiivinen riskien arviointi suoritetaan:

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

Ennakoiva riskien arviointi suoritetaan:

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



6.1.1 Vaaratapahtumaan liittyvän riskin arviointi

Yksittäisen vaaratapahtuman riskianalyysin tavoitteena on arvioida tapahtumaan liittyvät riskit mahdollisia jatkotoimenpiteitä varten. Yksittäiseen vaaratapahtumaan liittyvän riskin suuruus arvioidaan osana vaaratapahtumailmoituksen käsittelyä. Riskin suuruus määritellään tapahtuman seurausten ja todennäköisyyden perusteella. Riskin todennäköisyyden arvioinnissa tulee ottaa huomioon olemassa olevat riskin hallintaan liittyvät käytännöt ja turvallisuuden hallintakeinot. Seurausten arvioinnissa tarkastellaan tapahtuman tyypillisiä seurauksia.

Yksittäisen vaaratapahtuman riskiarvio kirjataan HaiPro -järjestelmään ilmoituksen käsittelijänäkymään, hyödyntäen järjestelmässä olevaa riskimatriisia.

6.1.2 Vaaratapahtumajoukon tarkasteluun perustuva riskien arviointi

Vaaratapahtumajoukkoon perustuvan riskianalyysin tavoitteena on tunnistaa vaaratapahtumatietokannan (esim. HaiPro) käsittelyn avulla potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä vaadittavia toimenpiteitä riskien hallintaan. Vaaratapahtumailmoituksiin perustuen seurataan tyypillisiä tapahtumatyyppisiä ja trendejä, tarkastellaan mitkä tekijät ovat myötävaikuttaneet tapahtumiin, ja mihin seurauksiin tapahtumat ovat johtaneet. Tapahtumajoukon esiin tuomiin tietoihin perustuen arvioidaan toimintaan vaikuttavia uhkatekijöitä sekä riskejä. Tämän jälkeen arvioidaan mahdollisuuksia uhkien poistamiseksi tai vähentämiseksi, tapahtuman estämiseksi, sekä tapahtuman mahdollisten seurausten välttämiseksi ja haittojen minimoimiseksi. Vaaratapahtumajoukon tarkastelu voidaan toteuttaa hyödyntämällä esim. HaiPro -järjestelmästä saatavaa trenditietoa.

6.1.3. Muutostilanteiden suunnitteluun liittyvä riskien arviointi

Potilasturvallisuusnäkökulma tulee huomioida kaikissa muutostilanteissa osana muutoksen suunnittelua. Merkittävästi toimintaan vaikuttavissa muutoksessa suoritetaan erillinen riskianalyysi, jonka tavoitteena on

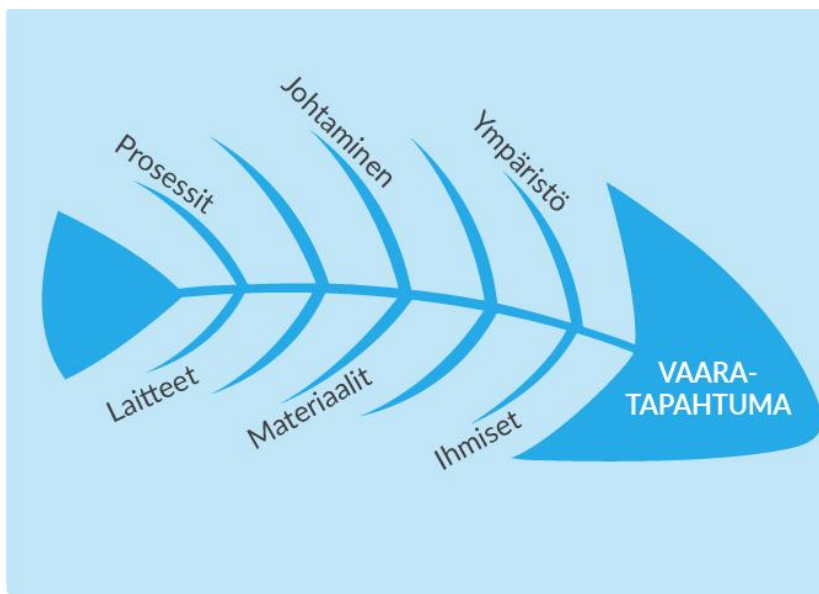
tunnistaa mahdolliset uhkatekijät, arvioida niihin liittyvät riskit ja varmistaa riittävä varautuminen niihin. Riskejä arvioidaan laaja-alaisesti ottaen huomioon mahdolliset vaikutukset sekä potilaiden, henkilöstön, ympäristön että organisaation kannalta. Riskianalyysin lopputuloksena saadaan lista kaikista tunnistetuista vaaratekijöistä ja niihin liittyvistä riskeistä. Riskianalyysissä määritellään myös tarvittavat toimenpiteet riskien hallintaan sekä niiden toteuttamisvastuut.

Muutoksen suunnittelusta vastaavan henkilön vastuulla on varmistaa, että potilasturvallisuusriskit arvioidaan tarvittavassa laajuudessa osana muutoksen suunnittelua. Riskianalyysi voidaan tehdä erikseen nimetyn henkilön tai työryhmän toimesta.

6.1.4 Toiminnan laadun varmistamiseen ja kehittämiseen liittyvät riskikartoitukset

Riskien arviointi on osa jatkuvaa toiminnan kehittämistä. Ennakoivalla riskien arvioinnilla pyritään varmistamaan riittävä varautuminen mahdollisiin riskeihin siten, että vaaratapahtumat voidaan välttää ennalta. Riskienhallintaa suoritetaan jo toiminta- ja työketjuihin sisällytettävissä päivittäisissä varmistuksissa. Toimintaketjuista tehdyt menetelmäkuvaukset edesauttavat riskien tunnistamista ja niiden hallintaa. Strategisista prosesseista ja muusta ydintoiminnasta on laadittava prosessikuvaukset, joissa kartoitetaan tavoitteiden saavuttamista uhkaavat riskit ja riskien lähteet.

Toiminnan laadun varmistamiseen ja kehittämiseen tähtäävässä riskien arvioinnissa voidaan käyttää esim. Turvallinen hoitoyksikkö -riskianalyysimallia. Yksikön esimies vastaa siitä että yksikössä suoritetaan säännöllisesti riskien arviointia osana toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Riskianalyysit suoritetaan siten että kaikki oleelliset toiminnan osa-alueet tulevat varmistettua.



6.2. Riskien hallinnan vastuut

6.2.1 Riskien hallinta yksikkö- / vastuualueetasolla

Yksikön / vastualueen vastuuhenkilöt arvioivat yhdessä potilasturvallisuusyhdyshenkilön kanssa toimintaan sisältyviä potilasturvallisuusriskejä sekä päättävät riskien hallintaan liittyvistä toimenpiteistä. Yksikön vastuuhenkilöt myös seuraavat toimenpiteiden toteutumista sekä arvioivat toimenpiteiden tuloksellisuutta.

Potilasturvallisuusyhdyshenkilö kerää seurantatietoa sekä raportoi tunnistetuista riskeistä yksikön johdolle. Potilasturvallisuusyhdyshenkilö voi osallistua riskien arviointiin ja riskien hallintaan liittyvien toimenpiteiden suunnitteluun yksikössä. Havaitut riskit sekä niiden poistamiseksi tai alentamiseksi tehty suunnitelma ja sen toteutuminen kirjataan HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiosioon.

6.2.2 Riskien hallinta tulos- ja toimi-/palvelualueilla

Tulos-, toimi-/palvelualueiden vastuuhenkilöt (toimialuejohtaja ja ylihoitaja, tai johtoryhmä) arvioivat säännöllisesti potilasturvallisuuskoordinaattorin koostamat toimintayksiköiden HaiPro -järjestelmään raportoimat riskit. Johto priorisoi ja tekee päätökset potilasturvallisuusriskien hallinnasta ja antaa konkreettiset ohjeet riskien vähentämiseksi. Nimetty henkilö vastaa kehittämistoimenpiteestä ja seuraa päätösten toteutumista sekä vaikutusta.

Potilasturvallisuuskoordinaattori arvioi säännöllisesti riskejä seurantatietoon perustuen sekä raportoi tuloksista johdolle. Koordinaattori myös antaa tukea yksikötason riskienhallintatyöhön sekä edistää riskien hallintaa sekä siihen liittyviä menettelytapoja. Havaitut riskit sekä niiden poistamiseksi tai alentamiseksi tehty suunnitelma ja sen toteutuminen kirjataan HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiosioon.

6.2.3 Riskien hallinta sairaanhoitopiirin tasolla

Sairaanhoitopiirin johtaja huolehtii sairaanhoitopiirin riskienhallinnan kokonaisuudesta (VSSHP:n toimintasääntö 14 § 13. kohta). Lisäksi johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja ja muu johtoryhmä arvioivat omien toimintavaltuuksiensa puitteissa toiminnan riskejä, erityisesti muutostilanteissa, osana sairaanhoitopiirin tavoiteasetantaa ja strategiaprosesseja.

Potilasturvallisuuspäällikkö arvioi säännöllisesti potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä seurantatietoon perustuen. Potilasturvallisuuspäällikkö osallistuu potilasturvallisuuden osalta riskien hallinnan menettelyjen kehittämiseen sairaanhoitopiirintasolla. Hän voi tarvittaessa osallistua myös laajemmin riskien hallinnan koordinointiin, menettelyjen kouluttamiseen sekä tulosalueiden tukemiseen.

Toimintayksiköissä havaitut potilasturvallisuusriskit sekä niiden poistamiseksi tai alentamiseksi tehty suunnitelma ja sen toteutuminen kirjataan HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiosioon.

7. Potilasturvallisuuden varmistaminen

7.1 Perehdytys ja osaaminen

Terveydenhuollon ammattilaisen tulee täyttää työelämässä tarvittavat potilasturvallisuuteen ja palveluiden laatuun liittyvät vaatimukset. Työnantaja vastaa siitä, että jokaisella ammattihenkilöllä on tehtävän vaatima koulutus, perehdytys ja osaaminen sekä riittävät tiedot ja taidot, jotta työ voidaan suorittaa turvallisesti ja laadukkaasti.

Johtajat ja esimiehet vastaavat siitä, että henkilöstön tehtävät ja toimintatavoitteet on asianmukaisesti määritelty. Esimiehen on varmistuttava siitä, että henkilöstö on tietoinen omista vastuistaan ja toimivallastaan. Esimiehen on luotava edellytykset tehtävistä suoriutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen sekä varmistettava, että alaiset hallitsevat tehtävänsä edellyttämät asiat.

Kliinisen ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen lisäksi henkilöstön tulee saada koulutusta potilasturvallisuudesta ja laatuajattelusta. Potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden, esimiesten ja johdon tulee lisäksi saada tehtävien edellyttämää täydennyskoulutusta potilasturvallisuudesta.

Potilasturvallisuuskoulutuksen tavoitteena on edistää tietoisuutta potilasturvallisuuden riskeistä sekä niiden hallintaan liittyvien turvallisuutta edistävien käytäntöjen soveltamisesta.

Potilasturvallisuusosamisen varmistaminen ja kehittämisen tulee tapahtua yksikön sekä työntekijän tarpeiden perusteella.

Potilasturvallisuusosaamisen varmistamiseksi uusien työntekijöiden perehdytykseen sisältyy Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutus.

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/Potilasturvallisuutta-aidolla-verkkokurssi.aspx>

Jokaisen sairaanhoitopiirin työntekijän on suoritettava verkkokoulutus.

Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutus on tarkoitettu ensisijaisesti välittömässä asiakas- ja potilastyössä toimiville, kuten lääkäreille, hoitajille ja lähijohdolle. Koulutus tarjoaa perustietoa ja käytännön toimintatapoja potilasturvallisuuden edistämiseen omalla työpaikalla. Verkkokoulutus sisältää 10 osiota (á n. 30 min). Hyväksytystä kurssin suorittamisesta saa todistuksen. Kurssin voi suorittaa miltä tahansa tietokoneelta, josta on internet-yhteys. Kurssin suorittamisen jälkeen työntekijä vie tiedon Sympaan: VSSHHP verkkokoulutukset -> Turvallisuus -> Potilasturvallisuutta taidolla (4,6h).

Potilasturvallisuutta taidolla – tukitoiminnot -verkkokoulutus on tarkoitettu muille kuin välittömässä asiakas- ja potilastyössä oleville sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Tukitoiminnoille suunnattu koulutuskokonaisuus tarjoaa perustietoa potilasturvallisuuden edistämiseen omalla työpaikalla. Verkkokoulutus sisältää 8 osiota (á n. 20 min). Kurssin suorittamisen jälkeen työntekijä vie tiedon Sympaan: VSSHHP verkkokoulutukset -> Turvallisuus -> Potilasturvallisuutta taidolla - tukitoiminnot (2,6h).

Lisäksi lääkehoidon toteuttavien osaaminen tulee varmistaa ja se edellyttää lääkehoidon lupaa (THL 14/2015, JYL-ohje 3/2018). Lisäksi säteilyn käyttöön osallistuvilla henkilöillä on oltava tehtäviensä edellyttämä pätevyys ja tarvittava säteilysuojelukoulutus. Toiminnan harjoittajan velvollisuutena on järjestää säteilysuojelun täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutusvelvoite koskee kaikkia säteilytyöntekijöitä sekä lähettäviä lääkäreitä. (Säteilylaki 859/2018.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta esimiesten on huomioitava henkilöstön osaamisessa ja perehdytyksessä huomioon seuraavat asiat:

- Henkilö täyttää työtehtävälle asetetut pätevyys- ja osaamisvaatimukset ja hänellä on edellytykset tehtäviensä hoitamiseen
- Jokaiselle työntekijälle, myös lyhytaikaisissa työsuhteissa toimiville tai ulkopuolisten palvelutoimittajien henkilöstölle, annetaan riittävä, hänen työtehtävänsä ja asemansa edellyttämä perehdytys sisältäen potilasturvallisuutta edistävät menettelytavat
- Perehdytys sekä sen jälkeen saavutettu osaamisen taso tulee olla dokumentoitu
- Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti ja suunnitelmallisesti potilasturvallisuuskoulutusta siten, että jokaisella ammattihenkilöllä on mahdollisuus osallistua koulutukseen työtehtävän edellyttämässä laajuudessa.

Lisätietoa:

Potilasturvallisuus <https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>
 VSSHHP koulutus ja osaaminen <http://santra.vsshp.fi/henkilostoasiat/koulutus-ja-osaaminen/Sivut/default.aspx>

Infektioiden torjunnan perusteet: Into-verkkokurssi. VSSHHP:n Moodlen verkko-oppimisympäristössä:
<https://santra.vsshp.fi/henkilostoasiat/koulutus-ja-osaaminen/Taydennyskoulutus/Sivut/into.aspx>

7.2 Terveysturvallisuuden laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuus

Ammattimaisten käyttäjien velvollisuutena on huolehtia käytössä olevien laitteiden toimintakunnosta, käyttöohjeiden saatavuudesta, käyttökoulutuksesta ja tuotteiden jäljitettävyyden varmistamisesta (Valvira). Potilashoidossa käytettävistä laitteista sekä tarvikkeista pyritään havaitsemaan potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät, poistamaan ne sekä näin varmistamaan potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus.

- Hoitoon vaadittavat laitteet ja tarvikkeet ovat saatavilla ja toimintakuntoisia
- Laitteiden käyttöön liittyvä ohjeistus on helposti saatavilla ja potilasturvallisuuden kannalta merkittävien toimenpiteiden osalta siinä muodossa, että se tukee toimintaa kiireellisissäkin tilanteissa.
- Osana laitteiden käyttöönottoa tulee määritellä vaadittava perehdyttäminen laitteiden käyttöön.
- Laitteiden kehittämisessä pyritään laitteiston yhdenmukaisuuteen työn hallinnan edistämiseksi ja hankintapäätöksissä huomioidaan järjestelmien yhteensopivuus
- Laitteilla on oltava vastuuhenkilöt, henkilökunnan tulee jatkuvasti tarkkailla laitteiden kuntoa sekä ilmoittaa välittömästi havaitut puutteet
- Huollot ja kalibroinnit on suoritettava määräajoin

7.2.1 Laiteturvallisuusosaamisen varmistaminen

Henkilöllä, joka käyttää terveydenhuollon laitetta, tulee olla sen käytön vaatima koulutus ja kokemus (L629/2010). Tämän varmistamiseksi piirissä on otettu käyttöön laitepassi ([lomake HT 254a](#)). Yksiköt voivat halutessaan käyttää myös omia laitepassejaan. Yksiköt määrittelevät yksikkökohtaiset kriittiset laitteet, joiden osaaminen tulee varmistaa. Yksikkö päättää myös laitepassin uusintavälistä (1, 3, 5 ja 10 v). Laitepassin suoritus esitetään esimiehelle ja suoritus kirjataan Sympaan (Luvat ja kortit -> Muut luvat -> Laitepassit).

7.2.2 Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden luovuttaminen

VSSHP luovuttaa potilaiden käyttöön ainoastaan sellaisia laitteita, välineitä ja tarvikkeita, jotka täyttävät terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain asettamat vaatimukset (L629/2010).

7.2.2.1 Luovuttamisen edellytykset

Sairaalan ulkopuolelle tai sairaalassa potilaalle luovutettavan terveydenhuollon laitteen lääketieteellinen tarve ja potilaan tarpeet on aina arvioitava yksilöllisesti. Luovuttajan pitää myös varmistua siitä, että laitetta käytetään valmistajan ilmoittamassa tarkoituksessa ja että laitteen käyttöpaikka ja -olosuhteet soveltuvat sen turvalliseen käyttöön ja ovat valmistajan vaatimusten mukaisia. Tarvittaessa ammattihenkilö tarkistaa paikalla käyden, että luovutettavan laitteen käyttöympäristö on soveltuva. Mikäli luovutettava laite on tarkoitettu vain terveydenhuollon ammattihenkilön käyttöön eikä valmistaja ole tarkoittanut sitä kotikäyttöön, olisi kyseessä käyttötarkoituksen muutos. Jos luovutettavan laitteen käyttötarkoitus ei vastaa valmistajan sille antamaa tarkoitusta tai valmistaja ei ole tarkoittanut laitetta muun kuin terveydenhuollon ammattihenkilön käyttöön, on kyseessä oma laitevalmistus ja siihen on olemassa omat yksityiskohtaiset määräykset (L629/2010). Potilaalle ei luovuteta ammattimaiseen käyttöön tarkoitettuja terveydenhuollon laitteita.

Ennen luovuttamista laite pitää huolta asianmukaisesti ja uuden laitteen toiminta pitää varmistaa koekäytöllä. Laitteeseen pitää tehdä lääkärin määräämät ja valmistajan ohjeistamat säädöt. Tehdyt säädöt pitää turvata salasanalla, mikäli se on mahdollista. Ennen luovuttamista luovuttajan pitää varmistua siitä, että potilas tai potilaan hoitoon osallistuvat muut henkilöt osaavat käyttää laitetta ja heillä on riittävä kielitaito laitteen kielivalintojen ja valmistajan laatiman käyttöohjeen ymmärtämiseksi.

7.2.2.2 Käyttöopastuksen antaminen

Laitteen luovuttajan tulee antaa potilaalle turvallisen ja oikean käytön varmistamiseksi käyttöopastus ja käyttöohje sekä varmistua siitä, että laitteessa on turvallisen käytön edellyttämät merkinnät.

Käyttöopastuksen ja/tai ohjeen tulee sisältää

- Selvitys laitteen käyttötarkoituksesta, käytöstä ja suorituskyvystä
- Ohjeet erilaisista varotoimenpiteistä tavanomaisessa käytössä, esimerkiksi kyynärsauvan liukuesteipiikin tai pyörätuolin kaatumisesteen käyttö.
- Ohjeet varotoimista silloin kun laitteen suorituskyky muuttuu tai laite altistuu sen toimintaan vaikuttaville ympäristöolosuhteille.
- Tarvittaessa laitteen hävittämiseen liittyvät varotoimenpiteet tai riskit
- Laitteen käyttöön liittyvän kulutustavaran ohjeistus
- Vaaratilanneilmoituksen tekeminen kotiin luovutetuista laitteista.
- Toimintaohje siitä, miten potilaan/laitteen käyttäjän terveydentilan ja/tai elämäntilanteen muuttuessa toteutetaan tarvittaessa uusi perehdyttäminen
- Ohje laitteen sijaintitiedon päivittämisestä

7.2.2.3 Seurantajärjestelmä

Jokainen potilaan käyttöön luovutettu laite tai tarvike pitää voida jäljittää. Effector-järjestelmissä olevista laitteista kirjataan laitteelle annettu yksilöity koodinumero ja hoitotarvikkeista eränumero (pakkauksessa oleva LOT ja REF). Käyttöopastuksen antaminen pitää dokumentoida. Laitteiden ja välineiden toteutuneet määräaikaishuollot, kalibroinnit ja laitteen valmistajan ilmoittama käyttöikä pitää kirjata.

Apuvälineen tai hoitotarvikkeen luovuttaja tekee merkinnän luovutuksesta sekä käyttöopastuksen ja käyttöohjeen antamisesta Effector -järjestelmään silloin kun luovutettava laite on kirjattu siihen. Muiden terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden osalta merkintä tehdään potilaan sairauskertomukseen ja lisäksi luovuttavassa yksikössä tulee olla kirjanpito, josta käy ilmi jokaisen luovutetun laitteen tai tarvikkeen tunnistetieto ja sijainti.

Laitteisiin liittyvät vaaratilanteet ilmoitetaan HaiPro -järjestelmän kautta. Lisäksi terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta on aina tehtävä vaaratilanneilmoitus Valviralle (saa tehtyä HaiPro -ohjelman kautta).

Lisätietoa: Ohje henkilökunnalle vaaratilanteiden ja haittatapahtumien ilmoittamisesta (Johtajaylilääkäriin ohje 5/2013)

<http://santra.vsshp.fi/lisaa/ohjeet/Documents/Johtajaylilääkäriin%20ohjeet/Johtajaylilääkäriin%20ohjekirje%202013-05.doc>

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629

http://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Documents/Laki_Terveysdenhuollon_laitteista_Ja_Tarvikkeista_629_2010.pdf

7.4 Hätä- ja poikkeustilanteisiin varautuminen

Varautumisen tavoitteena on pyrkiä ehkäisemään ennalta häiriötilanteiden syntyminen sekä toisaalta luoda edellytyksiä häiriötilanteiden ja niiden seurausten hallintaan sekä toiminnan palauttamiseen häiriötilanteen jälkeen normaalitasolle. Varautumiseen kuuluvia toimenpiteitä ovat muun muassa valmiussuunnittelu, etukäteisvalmistelut ja -järjestelyt, muun toiminta-valmiuden ylläpitäminen sekä henkilöstön koulutus ja harjoitukset. Materiaalinen varautuminen tarkoittaa varautumista materiaalien saatavuus- ja käytettävyysoongelmiin.

Valmiussuunnittelu on osa organisaation ja sen osien varautumista niin normaaliolojen häiriötilanteita ja terveydenhuollon erityistilanteita kuin myös poikkeusoloja varten. Valmiussuunnittelussa tunnistetaan, arvioidaan ja analysoidaan sairaanhoitopiiriin tai sen osaan kohdistuvia uhkia sekä oman toiminnan haavoittuvuuksia. Lisäksi kartoitetaan ja arvioidaan olemassa olevia ja tarvittavia resursseja erilaisten häiriötilanteiden hallinnassa, suunnitellaan toimintamalleja, neuvotellaan eri yhteistyötahojen ja sidosryhmien kanssa esimerkiksi häiriötilanteiden aikaisesta tietojen välittämisestä ja yhteistoiminnasta.

Valmiussuunnitteluun kuuluu myös konkreettisten varautumistoimenpiteiden toimeenpanoa kuten esimerkiksi yhteistoimintasopimusten laatimista, henkilö-, tila- ja kuljetus- sekä laitevarausten tekemistä, toiminnan varmistamisen ja tilanteen hallinnan edellyttämän materiaalin ja muun kaluston hankintoja sekä henkilöstön perehdyttämistä ja kouluttamista. Valmiussuunnitteluun sisältyy näin ollen sekä hallinnollinen että materiaallinen ulottuvuus.

Sairaanhoitopiirin varautumisasiakirjakokonaisuus käsittää kaikki ne kirjalliset suunnitelmat, selvitykset, ohjeet, määräykset ja toimintakortit, joilla pyritään varmistamaan tehtävien mahdollisimman hyvä

hoitaminen erilaisissa häiriö- ja erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Varautumisasiakirjakokonaisuus sisältää operatiiviset suunnitelmat toimintamalleista miten häiriötilanteen sattuessa ja häiriötilanteesta toipumisessa toimitaan ja kenellä on vastuu toiminnasta. Se sisältää myös toimintatapamallit kuinka käytännössä kyetään aloittamaan häiriön hallinnan edellyttämät toimenpiteet mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, kuinka yhteen sovitaan sekä eri viranomaisten että muiden toimijoiden toiminta niin, että häiriön vaikutukset saadaan minimoitua mahdollisimman hyvin ja kuinka niistä toipuminen saadaan käyntiin mahdollisimman nopeasti. Asiakirjoista käy lisäksi ilmi toimenpiteet valmiuden ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

Henkilöstön valmius toimintaan häiriö- ja erityistilanteissa varmistetaan riittävän koulutuksen ja harjoittelun avulla. Varautumiseen liittyvien suunnitelmien jalkauttaminen, kouluttaminen ja harjoittelu on jatkuva prosessi, jonka tavoitteena on, että jokainen sairaanhoitopiirin henkilöstöön kuuluva tuntisi häiriötilanteen mukaisen oman tehtävänsä ja siihen liittyvien asiakirjojen sisällöt toimintamalleineen.

Kaikki sairaanhoitopiirin häiriö-/erityistilanneorganisaatiot perustuvat aina päivittäiseen normaaliajan johtamisjärjestelmään. Häiriötilanteissa vain tiivistetään ja täydennetään olemassa olevia rakenteita ja kokouskäytäntöjä. Häiriötilanteen johtamisjärjestelmä rakentuu normaaliajan johtamisjärjestelmästä tilanneorganisaatioksi. Johtavien viranhaltijoiden tehtävät vastaavat suurelta osin normaaliaikojen tehtäviä myös häiriötilanteissa ja sama erityistilanteiden johtamisorganisaatio toimii kaikissa häiriö- ja erityistilanteissa ja poikkeusoloissa vaikkakin tilanteen erityispiirteet vaikuttavat yksittäisiin toimintamalleihin.

Sairaanhoitopiirissä on luotu ohjeet mm. seuraaviin poikkeustilanteisiin varautumisesta:

- Paloturvallisuus
- Suuronnettomuus
- Tietoliikennekatkot

Toimintaohjeiden tulee olla henkilökunnan tiedossa. Jokaisen henkilökuntaan kuuluvan on osattava toimia ennakoivaan suojeluun sekä poikkeustilanteisiin liittyvien ohjeiden mukaisesti. Suunnitelmien sekä ohjeistusten sisältämiä toimintatapoja tulee systemaattisesti harjoitella, arvioida sekä kehittää.

Poikkeamatilanteissa kokonaisvastuussa on suojelujohtaja sekä teknillinen johtaja. Sähkökatkotilanteessa varavoiman käynnistymisestä vastaa käyttötekniikka, esimiehenä käyttöpäällikkö (päivystys 24h/vrk). Jokaisessa yksikössä tulee kuitenkin olla yksikkökohtainen poikkeustilanneohjeistus tällaisten tilanteiden varalle. Jokaisen henkilökuntaan kuuluvan on osattava toimia yksikkökohtaisten ohjeiden mukaisesti.

Lisätietoa:

Pelastusturvallisuus <https://santra.vsshp.fi/turvallisuus/palo-ja-pelastusturvallisuus/Sivut/default.aspx>

Varautuminen ja valmiussuunnittelu

<https://santra.vsshp.fi/turvallisuus/poikkeustilanneohjeet/Sivut/default.aspx>

Käyttökato-ohjeet

<https://santra.vsshp.fi/lisaa/ohjeet/atknohjeet/potilassovelustenohjeet/Sivut/Käyttökato-ohjeet.aspx>

7.5 Potilasturvallisuuden varmistaminen ulkopuolisia palveluja sekä sairaanhoitopiirin tukipalveluja käytettäessä

Ulkopuolisia palveluja käytettäessä on varmistauduttava siitä, että palvelut täyttävät sairaanhoitopiirissä määritellyt vaatimuksen potilaan turvallisen ja laadukkaan hoidon toteuttamiseksi. Potilasturvallisuuteen

sekä laatuun liittyvien vaatimusten on täyttyminen on arvioitava myös sairaanhoitopiirin tukipalvelujen osalta. Tavara- ja palvelujen ja rakennusurakoiden hankinnoissa on noudatettava mitä kansallinen ja EU-lainsäädäntö, Kuntaliiton ja kuntayhtymän yleiset hankintaohjeet ja niitä koskevat soveltamis- ja menettelytapaohjeet määräävät.

Käytettäessä alihankinta- ja ostopalveluja, säilyy vastuu potilasturvallisuuden varmistamisesta tulos- ja toimi-/palvelualueidenjohtajilla/ylilääkäreillä. Kirjallisessa palvelusopimuksessa palvelun tuottajan ja sen hankkijan välillä tulee selvästi määritellä ne tuotteet ja palvelun laatu, joka sopimukseen sisältyy. Hyväksymällä sopimuksen palvelun tuottaja, ulkopuolinen sekä tukipalvelujen osalta, sitoutuu täyttämään sopimuksessa esitetyt laatuun sekä potilasturvallisuuteen liittyvät vaatimukset.

Ennen palvelusopimuksen hyväksyntää tulee määritellä, millä tavoin palvelun tuottajan tarjoaman palvelun laatu ja potilasturvallisuuteen liittyvien vaatimusten täyttyminen arvioidaan. Palveluntarjoajan edellytys täyttää potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyvät vaatimukset tulee varmistaa ennen lopullisen palvelusopimuksen hyväksyntää, ja tästä on vastuussa hankintatoimisto tai muu palvelusopimuksen hyväksyvä taho.

Alihankinta- ja ostopalveluja sekä sairaanhoitopiirin tukipalveluja käytettäessä tulee varmistaa, että palveluntarjoajalla on riittävät edellytykset varmistaa palvelusisällön tuottamiseen osallistuvan henkilöstön osaaminen ja pätevyys palvelusopimuksen alaisiin tehtäviin. Osaamisvaatimuksia määritettäessä tulee huomioida potilasturvallisuuteen liittyvät yleiset vaatimukset sekä keskussairaalassa sovellettavat hoidon turvallisuuden ja laadun varmistamiseen liittyvät käytännöt.

Henkilöstön perehdyttämiseen liittyvät yleiset vaatimukset koskevat myös ulkopuolista henkilöstöä. Yksikön esimiehen vastuulla on varmistaa, että jokaisella henkilöllä on riittävät tiedot yksikön toiminnasta ja turvalliseen hoitoon liittyvistä käytännöistä ennen työtehtävän määräämistä. Yksikössä vastaava lääkäri sekä osastonhoitaja vastaavat siitä, että ulkopuolisten palvelujen sekä sairaanhoitopiirin tukipalvelujen käyttöä arvioidaan suhteessa potilasturvallisuuteen, puutteista ilmoitetaan välittömästi ja ryhdytään ennalta ehkäiseviin toimenpiteisiin vaaratapahtuman ehkäisemiseksi.

7.6 Potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon jakaminen

Potilasturvallisuuteen liittyvällä tiedolla tarkoitetaan kansainväliseltä sekä kansalliselta tasolta jaettua informaatiota, sekä myös sairaanhoitopiirin sisällä tuotettua potilasturvallisuuden kannalta oleellista tietoa. Potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon koostamisesta ja tiedottamisesta vastaa sairaanhoitopiirin tasolla potilasturvallisuuspäällikkö yhdessä potilasturvallisuusneuvoston kanssa. Tiedon jakamisesta tulosalueella vastaa potilasturvallisuusneuvosto, -verkosto sekä potilasturvallisuuskoordinaattorit ja -vastaavat. Tarvittaessa henkilökunnalle tiedotetaan potilasturvallisuuteen liittyvistä akuuteista asioista suoraan sähköpostilla tai Intranetissä potilasturvallisuustiedotuspalstalla.

Sairanhoitopiiri tuottaa tietoa sairaanhoitopiirin hoidon laadusta ja turvallisuudesta kansalliseen THL:n ylläpitämään palveluvaakaan sekä internetsivuille. Tiedon koostamisesta vastaa potilasturvallisuuspäällikkö. Tuotettavat tiedot ovat liitteessä 2.

7.7 Potilaiden ja läheisten mukaan ottaminen

Potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden pitää antaa potilaalle tietoa hoidosta, toimenpiteistä ja mahdollisista haitoista. Potilasta rohkaistaan kertomaan hoitotoiveensa ja odotuksensa sekä mahdolliset riskitiedot, joilla voi olla merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Keskeisenä työkaluna tässä

vuorovaikutuksessa ja samalla yhteisen näkemyksen tukena toimii potilaan kanssa laadittava hoitosuunnitelma.

Potilaiden on mahdollisuus ilmoittaa potilasturvallisuuteen liittyvistä vaaratapahtumista useita eri kanavia hyödyntäen:

- Potilaspalaute
- Potilaan vaaratapahtumailmoitus (HaiPro)
- Muistutus
- Kantelu
- Potilasvahinkoilmoitus

Potilaille suunnattua potilasturvallisuustietoa jaetaan sairaanhoitopiirin julkaisuissa, potilaalle lähtevän kutsukirjeen mukana sekä yksiköissä jaettavien oppaiden ja potilaiden osallistumista tukevien muiden materiaalien (huoneentaulut, muistilistat) avulla. Lisäksi tietoa tuotetaan THL:n ylläpitämään palveluvaakaan. Sairaanhoitopiirissä toimii myös asiakasraatitoiminta sekä kokemusasiantuntijoita, joiden avulla potilaiden näkökulmaa voidaan hyödyntää.

7.8. Alueellinen yhteistyö

Tyks erva-alueella toimivat sairaalat edistävät potilasturvallisuutta tiiviissä yhteistyössä. Kussakin sairaanhoitopiirissä on nimettynä henkilö, jonka tehtäviin kuuluu sairaanhoitopiirin laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laaditun lakisääteisen suunnitelman päivittäminen ja kehittäminen sekä toiminnan koordinointi. Sopijapuolet ovat perustaneet alueellisen laatu- ja potilasturvallisuustyöryhmän, johon on nimetty sairaanhoitopiirien johtajaylilääkärit, hallintoylihoitajat sekä potilasturvallisuuden- ja laadunhallinnan täytäntöönpanosta vastaava henkilö.

Potilasturvallisuuden varmistamista toteutetaan sairaanhoitopiirin alueella myös perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä kattaa sairaanhoitopiirin alueella myös perusterveydenhuollon yksiköt sekä osittain myös sosiaalitoimen yksiköitä. Näin varmistetaan potilasturvallisuuden edistämistä potilaan hoitopolkujen mukaisesti.

Sairaanhoitopiirin ja perusterveydenhuollon potilasturvallisuuden asiantuntijat varmistavat potilasturvallisuuden kannalta oleellisen tiedon tarkastelun tapaamalla vähintään kaksi kertaa vuodessa alueellisessa potilasturvallisuusryhmässä. Tapaamisessa käsitellään mm. yhtenäistä potilasturvallisuutta varmistavia käytäntöjä, alueellisia koulutuksia, koulutustarpeita sekä potilasturvallisuuden tason seuranta. Ryhmän kokoonkutsujana toimii potilasturvallisuuspäällikkö.

7.9 Dokumentointi (potilasasiakirjat)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) käsittelee käytännön näkökohtia liittyen potilastiedon dokumentointiin. Asetuksessa määritellään 7 §:ssä potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.

8.0 Laadunhallinta-asiakirjat

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön SHQS -laatujärjestelmä. Potilasturvallisuussuunnitelma on osa laadunhallinnan asiakirjoja ja suunnitelmassa kuvatut, turvallisuutta varmistavat menetelmät ovat osa laadunhallintaa.

OSA III

8. Potilasturvallisuutta edistävät menettelytavat

Sairaanhoitopiirissä on keskitetysti ohjeistettuja menettelytapoja sekä laadunhallinta-asiakirjoja, jotka koskevat koko niiden piirissä toimivia henkilökuntaa moniammatillisesta näkökulmasta. Menettelytapojen velvoittavuus on linjattu taulukossa 2. Menettelytapojen noudattamisen valvonnasta vastaavat linjaorganisaation esimiehet. Alla mainittujen lisäksi sairaanhoitopiirissä on erilaisia menettelytapaohjeita ja käypähoitosuosituksia, jotka ovat löydettävissä oheisista *osoitteista*.

Taulukko 2. Menettelytapojen käyttö ja modifiointi

Menettelytapa	Menettelytapa oltava käytössä kaikissa potilaita hoitavissa yksiköissä	Lupa modifioida toimintatapaa
Potilaan identifiointi	Kyllä	Ei
Käsihygieniä	Kyllä	Ei
Pukeutumiskoodi	Kyllä	Ei
ISBAR	Kyllä	Kyllä
Lääkehoidon turvallisuutta varmistavat menettelytavat	Kyllä	Ei
WHO leikkaustiimin tarkistuslista	Soveltuin osin (toimenpideyksiköt)	Kyllä
Johdon turvallisuuskävely	Soveltuin osin (toimialueet)	Kyllä
NEWS	Kyllä	Ei

8.1 Potilaan identifiointi

Johtajaylilääkärin ohje 02/2018

<https://santra.vsshp.fi/lisaa/ohjeet/Documents/Johtajaylilääkärin%20ohjeet/Johtajaylilääkärin%20ohjekirje%202018-2.pdf>

8.2 Käsihygieniä, pukeutumiskoodi

Käsihygienian toteuttaminen <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Käsihygieniä%20terveydenhuollossa.pdf>

Pukeutumiskoodi; työasu- ja hygieniaohje (JYL ohje 2014):

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/ohjeet/johtajaylilaakar-in-ohjeet/Sivut/default.aspx>

8.3 ISBAR- raportoinnin tarkistuslista

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>
 ISBAR- video (youtube) <http://www.youtube.com/watch?v=D7BxmWilypE&>

8.4 NEWS

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>
 Kohdassa tarkistuslistat.

8.5 Lääkehoidon turvallisuutta varmistavat menettelytavat

Lääkehoidon turvallisuutta varmistavat menettelytavat on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa:

Luku 3.1. Suuren riskin lääkkeet

Luku 3.3. Samalta näyttävät ja kuulostavat lääkkeet

Luku 6.2.4. Jakaminen potilasannoksiin

VSSHP Lääkehoitosuunnitelma

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/potilasturvallisuusohjeet/VSSHP%20Lääkehoitosuunnitelma%2011.12.2018.pdf>

Lisätietoja:

<http://santra.vsshp.fi/potilashoito/laakehoito-ja-huolto/lh-perehdytys/Sivut/default.aspx>

8.6 WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista

Johtajaylilääkärin ohje 11/2012

<http://santra.vsshp.fi/lisaa/ohjeet/Documents/Johtajaylilääkärin%20ohjeet/Johtajaylilääkärin%20ohjekirje%202012-11.doc>

8.7 Johdon potilasturvallisuuskävely

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/materiaalejapotilasturvallisuus/VSSHP%20Johdon%20potilasturvallisuuskävely.pdf>

<https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>

LÄHTEITÄ

Council Recommendation on patient safety, including prevention and control of healthcare associated infections 2009. https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/108381.pdf

Haatainen K, Korhonen V, Liukka M, Olin K, Plukka Mari ja Sahlström Merja (toim.), Potilas- ja asiakasturvallisuuden omavalvontaopas maakuntaudistukseen. 2019. Potilasturvallisuusyhdistys Ry. <http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2019/02/Potilas-ja-asiakasturvallisuuden-omavalvontaopas-maakuntaudistukseen-SPTY-14.2.2019.pdf>

Haavisto E, Helovuola A, Kinnunen M, Peltomaa K. (toim.). Vakavien vaaratapahtumien tutkinta 2012. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. Multiprint Oy, Turku. http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/vakavien_opas.pdf

Helovuola A, Kinnunen M, Kuosmanen A., Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry 2015. http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf

Kinnunen M, Keistinen T, Ruuhilehto K, Ojanen J. Vaaratapahtumien raportointimenettely. THL 4/2009.

Knuutila J, Tamminen A. Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Lääkelaitoksen julkaisusarja 4 / 2004.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)

Lääkelaki (395/1987)

Potilasvahinkolaki (585/1986)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Inkinen R, Volmanen P, Hakoinen S. 2016. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM 2015/14 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6>

Pietikäinen E, Ruuhilehto K, Heikkilä K. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen - opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. VTT-R-00414–10. https://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf

Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>. STM 2017:9

Potilasturvallisuus-indikaattori	Mittari	Seurattavat muuttujat	Tavoitetaso	Toimenpiteet	SHP	Toimi/ palvelualue	Yksikkö
Potilasturvallisuus-kulttuuri	TUKU-mittari jtv.	Vastausten keskiarvo	Nouseva trendi		X	X	
	Systemaattinen toiminnan kehittäminen	potilasturvallisuuskatsauksen johtoryhmäraportointi	Väh. 3 x / vuosi			X	
	Potilasturvallisuuskoulutus	Potilasturvallisuutta taidolla verkkokoulutus	kaikki uudet työntekijät		X	X	X
Potilasturvallisuusmenettelyt	Raportointityökalut	ISBAR käytössä	Kyllä				X
	Potilaan tunnistaminen	Tunnistusrannekkeen käyttö Suullinen tunnistaminen	100 % 100 %				X
	Tarkistusmenettelyt	Listojen lukumäärä, laatu					X
Vaaratapahtumien määrä	GTT	<ul style="list-style-type: none"> - haittatapahtumat/1000hp - haittatapahtumat/100hj - hoitajakset, joissa haittatapahtuma (%) - haitan vakavuus - haitan ehkäistävyys 	Laskeva trendi	Ennaltaehkäistäviin haittatapahtumiin puuttuminen	X	X	
	HaiPro-raportointijärjestelmä	Ilmoitusten määrä Ilmoitusten sisältö & tilastot	1 ilmoitus / työntekijä / vuosi Trendi ei saa olla laskeva	Riskianalyysiin perustuvan valinnan jälkeen toiminnan kehittäminen	X	X	X
	Muistutukset	Määrä, laatu	Sama tai nouseva trendi	Toiminnan kehittäminen, tarvittaessa selvitys	X	X	X
	Kantelut	Määrä, laatu	Laskeva trendi	Toiminnan kehittäminen, tarvittaessa selvitys			
	Potilasvahinkotapaukset	Potilasvahinkoilmoitukset (määrä/laatu) Korvattavat vahingot (määrä, laatu)	Laskeva trendi	Toiminnan kehittäminen, tarvittaessa selvitys	X	X	X
Hoitoon liittyvät infektiot	SAI- raportointijärjestelmä	Hoitoon liittyvien Infektioiden insidenssi (per 100 hoitajaksoa) kyseisenä vuonna.		Infektio- ja torjunnan toimenpiteiden kehittäminen	X	X	X
	SIRO	veriviljelypositiivinen hoitoon liittyvä infektio / 1000 hoitopäivää kyseisenä vuonna.	Verrokkiryhmän paras kolmannes	Infektio- ja torjunnan toimenpiteiden kehittäminen	X	X	

		postoperatiivinen sepsis / 100 hoitajaksoa					
	SIRO	Invasiiviset MRSA-löydökset / 100 000 asukasta	0	Infektion torjunnan toimenpiteiden kehittäminen	X	X	
	SIRO	Clostridium difficile-infektiot / 100 hoitajaksoa	0	Infektion torjunnan toimenpiteiden kehittäminen	X	X	
	SIRO	polvi- ja lonkkaproteesien primääri-infektiot / 100 hoitajaksoa	Verrokkiryhmän paras kolmannes	Infektion torjunnan toimenpiteiden kehittäminen		X	
	Prevalenssitutkimus	Infektioiden määrä ja laatu poikkileikkausotantana	Laskeva trendi	Toiminnan kehittäminen	X	X	X
Henkilöstön aiheuttaman riskin hallinta	Kausi-influenssarokotusten kattavuus	Rokotuskattavuus potilashoitoa antava henkilöstö	90 %		X	X	X
	Käsihuuhteen kulutus	Määrä/yksikkö (l/1000 hp)	Vuodeosastoilla 200 l / 1000 hp Teho-osastoilla 400 l / 1000 hp.	Käsihygienian kehittäminen	X	X	X
Lääkintälaitteisiin liittyvät vaaratapahtumat	Ilmoitukset Valviralle	Ilmoitusten lukumäärä		Toiminnan kehittäminen, Valviran ohjeistukset	X	X	X
Lääkehoitoon liittyvät sivuvaikutukset	Ilmoitukset Fimealle	Ilmoitusten lukumäärä	Laskeva trendi	Toiminnan kehittäminen, Fimean ohjeistukset	X	X	X
Verensiirtoihin liittyvät poikkeamat	QPati/Verikeskus SPR/Veriturvatoimisto	Raporttien määrä ja laatu	0	Verikeskus koordinoi toimenpiteet	X		
Yleiset laatuindikaattorit	Standardoitu sairaalakuolleisuus	tapaukset / 100 hoitajaksoa % / hoidetut potilaat	Verrokkiryhmien keskiarvo		X	X	
	Paluu sairaanhoitoon 30 vrk kuluttua kotiutuksesta hoitajakson jälkeen	tapaukset / 100 päättynyttä hoitajaksoa	Verrokkiryhmien keskiarvo		X	X	X
	Hoidon haittavaikutukset (T80-T88)	tapaukset / 100 päättynyttä hoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
	Painehaava	tapaukset / 100 hoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
	Virtsakatetriin liittyvä infektio	tapaukset / 100 hoitajaksoa	Laskeva trendi		X		X

	Hoitoon liittyvät kaatumiset ja putoamiset	tapaukset / 100 hoitajaksoa	Laskeva trendi				
Operatiivisen toiminnan mittarit	Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöaste Operan kirjauksista	Alkutarkastus Aikalisä Lopputarkastus erikseen / leikkaukset	100 % 100 % 100 %		X	X	X
	leikkauksen jälkeinen syvä laskimotrombi tai keuhkoembolia	tapaukset / 100 leikkaushoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
	tahaton punktio tai haavauma	tapaukset / 100 leikkaushoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
	vierasesineen jääminen potilaaseen	tapaukset / 100 leikkaushoitajaksoa	0		X	X	X
	synnytysvahinko pihti- tai imukuppi-synnytyksessä	tapaukset / 100 synnytystä	Laskeva trendi				X
	synnytysvahinko normaalissa alatiesynnytyksessä	tapaukset / 100 synnytystä	Laskeva trendi				X
	Uusintaleikkaus samalla hoitajaksoilla	tapaukset / 100 leikkaushoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
	Leikkaushaavakomplikaatiot	SAI- rekisteri / HILMO tapaukset / 100 leikkaushoitajaksoa	Laskeva trendi		X	X	X
Tehohoito	Tehohoidon kuolleisuus	% / hoitajakso vai hoidettu potilas	Laskeva trendi				X
	Tehohoitopneumonia	tapaukset / 100 hoitajaksoa	Laskeva trendi				X
	Paluu teho-osastolle	tapaukset / 100 hoitajaksoa	Laskeva trendi				X
Laitteet / DEKO	Vuosittain tehtävien pesu- ja desinfektio-koneiden desinfektio- lämpötilojen ja toimintatarkastusten tulosten yhteenveto						

Internet -sivuille julkaistavat tiedot potilasturvallisuudesta

Liite 2

Arvioitava osa-alue/mittari	Muuttuja
Potilasturvallisuussuunnitelman päivitys	Päivämäärä
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä	Kyllä / ei Kuinka usein käsitellään johtoryhmässä? (x/vuosi)
Potilasturvallisuus verkkokoulutus	Henkilöä/vuosi
Henkilöstön influenssarokotteen kattavuus	%
WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista	Käyttöprosentti
Potilasranneke ja potilaan tunnistamisen ohje	Kyllä / ei
Haittatapahtumien omaseuranta esim. GTT	Kyllä / ei
NEWS / PEWS käyttö	Kyllä / ei

Vakavien vaaratapahtumien selvitys

1. VAKAVIEN VAARATAPAHTUMIEN SELVITYSPROSESSI

Vakavalla vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas on vahingoittunut vakavasti, hänen henkensä on ollut uhattuna tai potilas on menehtynyt. Vakava vaaratapahtuma on myös sellainen läheltä piti -tilanne, jossa sama lopputulos olisi ollut ilmeinen ilman tapahtumaketjun pysähtymistä. Selvityksen tavoitteena on tunnistaa vaaratapahtuman taustalla olleet, järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä kehittämiskohteet ja kehittää organisaation potilasturvallisuutta, jotta vastaavanlaisia tilanteita ei tapahtuisi tulevaisuudessa. Selvityksen tavoitteena ei ole etsiä syyllisiä tai rangaistavia henkilöitä. Jos kyseisestä vaaratapahtumasta on käynnistetty viranomaisprosessi, omaa selvitysprosessia ei käynnistetä samanaikaisesti.

1.1. Selvityksen käynnistäminen

Henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa vakavasta vaaratapahtumasta välittömästi. Vakavasta vaaratapahtumasta voi kuitenkin ilmoittaa kuka tahansa – työntekijä, potilas tai omainen. Ilmoitus voi tulla esim.

- vaaratapahtumailmoituksena
- lakisääteisenä poikkeamailmoituksena
- kanteluna
- epävirallisena yhteydenottona

Vakavasta vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi suoraan lähimmälle potilaan hoidosta vastaavalle henkilölle. Potilaan hoidosta vastaava välittää tiedon tapahtuneesta palvelu- /toimialueen / liikelaitoksen johdolle – (johtaja, ylihoitaja) sekä potilasturvallisuuspäällikölle. Ilmoitus on tehtävä virka-aikana heti, kun mahdollista, päivystysaikana hoidosta vastaavan harkinnan mukaisesti, kuitenkin seuraavaan arkipäivään mennessä. Potilasturvallisuuspäällikkö informoi tapahtuneesta sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäreä ja hallintoylihoitajaa. Potilasturvallisuuspäällikkö kirjaa ilmoituksen Y:asemalle / tietokantaan (kansioon, jolle on rajatut oikeudet).

Potilasturvallisuuspäällikkö tekee tapahtumasta lyhyen esiselvityksen. Johtajaylilääkäri tekee päätöksen selvityksen käynnistämisestä yhteistyössä hallintoylihoitajan ja potilasturvallisuuspäällikön kanssa.

Tiedottaminen

Potilasturvallisuuspäällikkö tiedottaa selvityksen aloittamisesta kyseisen yksikön ja toimialueen esimiehille, sekä toimialueen potilasturvallisuuskoordinaattorille ja organisaation johdolle ja sekä tarvittaessa myös potilaalle / omaiselle.

Sekä henkilöstölle että potilaille / omaisille on tarjottava mahdollisuus tilanteen käsittelyyn tarvittaessa myös kriisiavun kanssa. ([Santra](#) > [Henkilöstöasiat](#) > [Ohjeet ja paikalliset sopimukset](#) > Henkilöstöpalveluiden ohjeet > Työhyvinvointi > Ohje traumaattisen työtilanteen purkuun.) <https://santra.vsshp.fi/henkilostoasiat/ohjeet-ja-paikalliset-sopimukset/Sivut/Ohjeistukset.aspx>

1.2. Selvitysryhmän kokoaminen

Vakavien vaaratapahtumien selvitysryhmä koostuu potilasturvallisuuspäälliköstä, yhdestä lääkäri- ja yhdestä hoitajaedustajasta (tarvittaessa myös muun ammattikunnan edustaja), jotka ovat saaneet selvitysprosessiin koulutuksen:

- Systeemianalyysin perusteet
- Systeemiajattelu ja turvallisuusjohtaminen
- Inhimilliset tekijät
- Riskien hallinta

Ryhmän kokoonpanosta päättää johtajaylilääkäri/ potilasturvallisuuspäällikkö tapauskohtaisesti. Potilasturvallisuuspäällikkö toimii selvitysryhmän vetäjänä.

Selvitysryhmä kokoontuu mahdollisimman pian selvityksen käynnistämisen jälkeen sopimaan työnjaosta ja tehtävistä:

- tiedonkeruu: vastuut ja aikataulut
- analyysin suorittaminen: tapaaminen ryhmän kanssa
- suositusten tekeminen
- loppuraportin kirjoittaminen

Selvitysryhmä edistää prosessia yhdessä tulosityksikön esimiesten tuella, potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa. Selvitysryhmä voi tarvittaessa lisäksi kutsua muita asiantuntijoita täydentämään ryhmän kokoonpanoa.

1.3. Tiedonhankinta

Tiedonhankinnan kanavia on useita:

- tilanteeseen osallistuneiden haastattelut
- potilasasiakirjat
- ohjeistukset, menetelmät
- lainsäädäntö

Tiedonhankinnan tavoitteena on muodostaa mahdollisimman selkeä kuva tapahtumista suhteessa aikaan. Tiedonhankinnan kannalta on oleellista, että tietoa päästään keräämään mahdollisimman nopeasti tapahtuman jälkeen. Haastatteluissa pyritään tavoittamaan ne henkilöt, jotka ovat olleet vaaratapahtumaan oleellisella tavalla osallisina (henkilökunta, omaiset, potilas). Tulosyksikön potilasturvallisuuskoordinaattori toimii haastattelujen käytännön järjestelyissä apuna.

Haastattelijana toimii yksi selvitystyöryhmän jäsen. Tilanteesta pyritään luomaan mahdollisimman luonteva ja luottamuksellinen. Haastattelun aluksi kerrotaan haastateltavalle tarkasti, että haastattelun aikana esille tulevia yksityiskohtia käytetään organisaation toiminnan kehittämiseen - haastattelussa ei koskaan haeta yksittäisen ammattihenkilön syyllisyyttä tai vastuukysymyksiä. Esille tulee myös tuoda, että dokumentointi tehdään ilman yhteys- tai tunnistetietoja.

Haastatteluissa noudatetaan tarkasti systeemianalyysin näkökulmaa, ja annetaan haastateltavan kuvata tapahtumien ketju omasta näkökulmastaan. Haastattelun kulku sekä haastateltavan esille tuomat tapahtumat kirjataan paperille tallennusta ja myöhempää tarkastelua varten. Haastatteludokumentteihin ei kirjata henkilöiden nimiä tai muita suoran tunnistamisen mahdollistavia tietoja. Haastattelu yhteydessä pyydetään kuitenkin haastateltavan yhteystiedot lisätietojen pyytämistä varten.

Yksi selvitystyöryhmän jäsen tarkastaa myös potilasasiakirjat sekä muut dokumentit kyseisen hoitojakson ajalta ja kirjaa tapahtumat ylös selvitystyötä varten, ilman tunnistetietoja.

Selvityksen valmistuttua dokumentaatio hävitetään. Vain kehittämissuosituksat ja niiden toteutumisen seuranta säilytetään. Raportti säilytetään Y:asemalla tarkoitukseen varatussa kansiossa.

1.4. Tapahtuma – analyysi ja raportti

Kun haastattelut on toteutettu, mahdolliset lisätiedot pyydetty, kokoontuu selvitysryhmä tekemään yhteenvetoa sekä analyysiä tapahtuman kulusta sekä vaaratapahtuman syntyyn vaikuttaneista tekijöistä. Ryhmä viimeistelee raportin sekä alustavat kehittämissuosituksukset.

Kun selvitys on päätetty, potilasturvallisuuspäällikkö raportoi tuloksista yksikön ja toimialueen esimiehille, potilasturvallisuusohjausryhmälle, potilasturvallisuusneuvostolle ja tarvittaessa myös Tyks/shp johtoryhmälle.

1.5. Suositusten jalkauttamisen seuranta ja varmistaminen

Suosituksen toimeenpanosta on vastuussa johtajaylilääkäri / hallintoylihoitaja sekä jalkauttamisesta ja tulosten arvioinnista tulosityksikön johto. Noin puoli vuotta selvityksen valmistumisen jälkeen potilasturvallisuuspäällikkö kutsuu koolle tulosityksikön (toimialue) johdon sekä muut toimijat, joita suositusten jalkauttaminen koskee. Tapaamisen tavoitteena on varmistaa suositusten toteutuminen sekä turvallisuuden tason muutos. Toimialuejohtaja kirjaa suositusten jalkauttamisen tilanteen raportointilomakkeelle ja allekirjoittaa sen. Raportti toimitetaan tiedoksi johtajaylilääkärille.

1.6. Kirjaaminen

Kirjaamisessa noudatetaan seuraavia periaatteita:

Haastattelu kirjataan erilliselle paperilomakkeelle, johon liitetään myös haastateltavan yhteystiedot tarvittavia lisätietoja varten. Haastattelun kulku kirjataan auki sähköiseen tietokantaan / Y: asemalle potilasturvallisuuspäällikön / haastattelijan toimesta. Sähköiseen lomakkeeseen ei liitetä henkilötietoja, ainoastaan esim. ammattiryhmä ja juokseva numerointi voidaan mainita.

Potilasasiakirjoista löytyneet vaaratapahtuman kannalta merkitykselliset tapahtumat kirjataan lomakkeelle, joka tallennetaan ilman henkilöiden tunnistetietoja sähköiseen muotoon.

Tapahtuma- analyysin aikana dokumentoitu tapahtumaketju kirjataan sähköiseen muotoon, ilman henkilötunneita.

Selvitysraportti sisältää kuvauksen tapahtumasta (yleisellä tasolla) sekä kuvauksen vaaratapahtuman syntyyn myötävaikuttaneista tekijöistä. Selvitysraportissa ei oteta kantaa henkilökunnan vastuu- tai syyllisyysnäkökulmiin. Kehittämissuosituksilla pyritään kehittämään organisaation toimintaa turvallisemmaksi poistamalla järjestelmän toiminnassa olevia riskejä sekä varmistamalla riittävien suojausmekanismien olemassaolo. Ainoastaan kehittämissuositukset julkaistaan.