



**Kanta- Hämeen keskussairaalan
potilasturvallisuussuunnitelma
2022-2023**

1	Johdanto.....	3
2	Potilasturvallisuuden johtaminen.....	3
2.1	Johtaminen.....	3
2.2	Vastuut.....	4
3	Painopistealueet vuosille 2022-2024.....	5
4	Turvallisuuskulttuuri.....	5
5	Potilasturvallisuus on osa riskien hallintaa.....	5
5.1	Vaaratapahtumien raportointi.....	6
5.2	Vaaratapahtumailmoitusten käsittely ja turvalliset toimintaprosessit.....	6
6	Never event -tapahtumat.....	7
7	Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset.....	9
8	Potilaan tunnistaminen.....	10
9	Sairaalahygienia.....	10
10	Rokotussuoja.....	11
11	Laiteturvallisuus.....	12
12	Lääkitysturvallisuus.....	12
13	Tietosuoja ja tietoturva.....	13
	Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla.....	14
14	Potilaat ja omaiset potilasturvallisuuden kehittämisessä.....	14
15	Turvallisuustutkinta.....	15
16	Potilasturvallisuustapahtumat.....	16
17	Turvallisuusauditoinnit ja -kävelyt.....	16
18	Potilasturvallisuuskoulutukset.....	16
18.1	HaiPro –koulutukset.....	16
18.2	Potilasturvallisuuskoulutukset.....	16
18.3	Potilasturvaportti koulutus.....	16
18.4	Duodecimin oppiportti.....	17
19	Muistutusten, kantelujen ja potilasvahinkojen tilastointi, seuranta ja raportointi.....	17
20	Muut potilasturvallisuusmittarit.....	18
20.1	GTT.....	18
20.2	Tarkistuslistat.....	18
20.3	Strategiamittarit.....	18
21	Potilasturvallisuustiedotteet.....	18
22	Alueellinen yhteistyö.....	18
	Lähteet.....	19
	LIITTEET.....	20

1 Johdanto

Potilasturvallisuus on viime kädessä terveydenhuollon ammattilaisten käsissä. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan hoitohenkilökunnan ja potilaan yhteistyönä. Potilasturvallisuus on myös vaikuttavan ja korkealaatuisen hoidon osatekijä. Potilasturvallisuus tulee huomioida kattavasti johtamisessa, kaikessa päätöksenteossa, toiminnan kehittämisen ja päivittäisessä potilastyössä.

Ongelmien syitä ei tulisi etsiä yksittäisistä työntekijöistä vaan työpaikan olosuhteista, säännöistä ja kulttuurista. Avoimuus on yksi hyvän turvallisuuskulttuurin tunnusmerkeistä. Poikkeamat pitää nostaa pöydälle ja niistä ilmoittamisen pitää olla kunnia asia. Kaikkien terveydenhuollon henkilöiden on koko ajan otettava turvallisuus huomioon ja puututtava turvattomaan toimintaan tai työolosuhteisiin.

OECD:n raportti *Economics of Patient Safety* (2020) arvioi, että hoidossa tapahtuneiden virheiden ja syntyneiden haittojen korjaamiseen kuluu jopa 13% terveydenhuollon kustannuksista. Näistä kuluista yli puolet (8,7%) syntyy tapahtumista, jotka olisivat todennäköisesti olleet estettävissä. Haitat ja vahingot aiheuttavat lisäksi merkittävää inhimillistä kärsimystä ja vaikuttavat myös osallisina olevien ammattilaisten hyvinvointiin ja voivat pahimmillaan uhata työkykyä.

Tämä potilasturvallisuussuunnitelma on viimeinen Kanta-Hämeen keskussairaalan potilasturvallisuustyötä ohjaava suunnitelma. Se toimii yhdessä Kanta-Hämeen muiden sosiaali- ja terveystalvetoorganisaatioiden asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmien kanssa pohjana tulevalle yhteiselle hyvinvointialueen asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmalle.

Tulevassa kansallisessa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa, joka on tällä hetkellä lausuntokierroksella, tulee neljänä strategisena kärkihankkeena olemaan

1. Yhdessä asiakkaiden ja potilaiden kanssa
2. Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset
3. Turvallisuus ensin kaikissa organisaatioissa
4. Parannamme olemassa olevaa

Nämä kärkihankkeet on huomioitu ja niiden sisältöä hyödynnetty tässä suunnitelmassa.

2 Potilasturvallisuuden johtaminen

2.1 Johtaminen

Potilasturvallisuuden kehittäminen perustuu organisaation johdon, asiantuntijoiden ja eri työryhmien saumattomaan yhteistyöhön. Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta ja kehittäminen tulee olla osana toimintayksikön säännöllisiä johtamismenettelyjä.

Asiantuntijat ja työryhmät tarkastelevat ja analysoivat tietoa ja tuovat esityksiä ja toiminnan muutosehdotuksia johdolle, joka tekee niitä kos-

kevia päätöksiä ja vastaa päätösten ja suositusten toimeenpanosta käytäntöön. Asiantuntijat ja työryhmät seuraavat päätösten ja suositusten toteutumista ja antavat tarvittaessa lisäsuosituksia.

2.2 Vastuut

Kokonaisvastuu toiminnan laadusta ja potilasturvallisuudesta on **johtajaylilääkärillä**. Hänen vastuullaan on varmistaa, että potilasturvallisuus ja laadun hallinta toteutuvat yhdenmukaisesti koko organisaatiossa.

Johtajaylilääkäri, hallintoylilääkäri, johtajaylihoitaja ja tulosalueen ylilääkärit ja ylihoitajat varmistavat riittävät resurssit ja edellytykset potilasturvallisuuden ylläpitoon ja kehittämiseen.

Ylilääkärit, ylihoitajat ja osastonhoitajat vastaavat omilla erikoisaloillaan potilaan hoidosta, laadusta ja potilasturvallisuudesta. **Ylilääkärit ja ylihoitajat** vastaavat, että hoitolinjassa huomioidaan potilasturvallisuus myös yksiköiden välisessä yhteistyössä.

Ylilääkäreiden, ylihoitajien ja osastonhoitajien tehtävänä on organisoida ja kehittää toimintaa potilasturvallisuussuunnitelman linjausten mukaisesti.

Potilasturvallisuuskoordinaattorin tehtävänä on kehittää potilasturvallisuutta ja toimia työntekijöiden, esimiesten ja johtajien tukena potilasturvallisuustyössä tuottamalla tietoa potilasturvallisuustilanteesta erimittareiden valossa, kouluttamalla henkilökuntaa ja tuomalla esimiehille tiedoksi erilaisia toimintamahdollisuuksia potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Potilasasiamiesten tehtävänä on ohjata potilaita ja heidän omaisiaan ja sairaanhoitopiirin henkilöstöä potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa. Potilasasiamiehet tuottavat tietoa johdolle kehittämisen tueksi muistutusten, kantelujen ja potilasvahinkoilmoitusten kautta saaduista tiedoista.

Sairaalahygieniayksikön tehtävänä on toimia tartuntatautilainsäädännön mukaisesti Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueellisena tartuntatautien torjunnan ja sairaalahygienian asiantuntijayksikkönä. Keskeistä toimintaa ovat yksiköiden konsultaatiot, hoitoon liittyvien infektioiden seuranta ja koulutusten järjestäminen.

Laitehallinta-asiantuntijan tehtävänä on suunnittelu, kehittäminen ja koordinointi. Laitehallinta-asiantuntija vastaa lääkinnällisten laitteiden ja niiden käytön turvallisuuden varmistamisesta EU asetusten mukaisesti sekä kansallisen lain lääkinnällisistä laitteista asettamien velvoitteiden noudattamisesta (laitteiden käyttöympäristön muutoksenhallinta, valvonta ja raportointi). Lisäksi toimia projektipäällikkönä seuratajärjestelmä, vastata seurantajärjestelmän toiminnasta ja kehittämisestä sekä toimia yhtenä pääkäyttäjistä.

Tukipalvelujen tulosalueella potilasturvallisuussuunnitelman toimenpiteiden toteutuksesta vastaavat jokainen esimies linjaorganisaatiossa.

3 Painopistealueet vuosille 2022-2023

1. Laiteturvallisuuden kehittäminen
2. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn ja riskien arvioinnin kehittäminen
3. Turvallisuuskävelyt ja lääketurvallisuusauditoinnit
4. Eri palautekanavien (HaiPro, valitukset, turvallisuuskulttuurikysely, asiakaspalaute) kautta tulevien tulosten hyödyntäminen tulosalueilla ja koko sairaanhoitopiirissä

4 Turvallisuuskulttuuri

Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on kysymys siitä, että organisaation jäsenten keskuudessa turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja enakoimaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systemiseksi ominaisuudeksi.

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on tärkeää pyrkiä saavuttamaan avoin ja syyllistämätön kulttuuri, jossa kaikki työntekijät uskaltavat ja kokevat tärkeäksi tuoda esiin vaaratapahtumia.

HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) -potilasturvallisuuskulttuurin arviointikysely on työkalu, jolla voidaan arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tila, vahvuudet ja kehittämiskohteet koko henkilöstön näkökulmasta (AHRQ 2016).

KHKS:ssa tehtiin vuonna 2016 HSOPSC –kysely koko henkilökunnalle ja tämä kysely on uusittu vuonna 2021. Vuoden 2022 aikana tulokset analysoidaan koko sairaanhoitopiirin tasolla sekä tulosalueitasolla. Tuloksia verrataan vuoden 2016 tuloksiin. Näiden perusteella laaditaan toimenpidesuosituksia tulosalueille turvallisuuskulttuurin parantamiseksi.

Henkilöstön tukeminen virhetapahtuman sattuessa on otettu osaksi turvallisuuskulttuurin kehittämistä vuoden 2020-2021 aikana kouluttamalla henkilökunta Second Victim protokollan käyttöön. Protokolla toimii yksiköiden esimiesten apuna, jotta he voivat toimia tukena ja ohjata työntekijän palautumista virhetapahtuman jälkeen.

5 Potilasturvallisuus on osa riskien hallintaa

Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen ovat keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuutta. Turvallisuusriskejä liittyy erityisesti tiedonhallintaan ja muutosprosesseihin. Myös potilaan siirtovaiheet hoito- ja palveluprosessissa, esim. potilaan kotiuttaminen, on huomioitava riskien hallinnassa. Säännölliset riskikartoitukset, henkilöstökyselyt ja vaaratapahtumien raportointi ovat käytännön keinoja riskien tunnistamiseen.

5.1 Vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumien raportointi osana riskien hallintaa edellyttää läheltä piti- ja haittatapahtumien aktiivista ilmoittamista, tehokasta analysointia ja aktiivista kehittämistä ilmoitusten perusteella.

Ilmoitettavia asioita ovat kaikki hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratilanteista ja turvallisuusriskeistä tulee ilmoittaa ainakin silloin, kun

- ilmoituksen perusteella voidaan ja sitoudutaan kehittämään toimintaa
- muut voivat oppia ilmoituksen kautta saatavasta tiedosta
- toimintajärjestelmä ja sen sisältämät turvallisuuden hallintakeinot eivät toimineet tarkoitetulla tavalla

Poikkeamista oppiminen perustuu avoimeen ilmapiiriin, syiden analysointiin syyllistämisen sijaan ja seurantatiedon käsittelyyn moniammatillisessa yhteistyössä. Ilmoitusten palveleminen toiminnan kokonaisvaltaisessa kehittämisessä edellyttää riittävässä määrin (n.60%) myös läheltä piti –ilmoituksia.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Osastokokouksissa ja potilasturvallisuuskoulutuksissa painotetaan ilmoitusten teon tärkeyttä ja kannustetaan tekemään vaaratilanne -ilmoituksia, enenevässä määrin myös läheltä piti –tilanteista.

Yksiköissä ja tulosalueilla seurataan vaaratapahtumailmoitusten määrän kehitystä ja reagoidaan tarvittaessa, jos laskua on yksikkötasolla yli 20% ja tuloaluetasolla yli 5% (HaiPro indeksimittari).

Lisäksi seurataan läheltä piti -ilmoitusten määrää. Läheltä piti -ilmoituksia tulisi olla 60% kaikista ilmoituksista.

5.2 Vaaratapahtumailmoitusten käsittely ja turvalliset toimintaprosessit

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa laadunhallintaa ja sen keskeinen tavoite. Turvallinen toiminta edellyttää kriittisten toimintaprosessien kuvaamista ja niiden tarkastelua turvallisuuden näkökulmasta.

Riskit analysoidaan ja toimintaprosesseja muokataan niiden pohjalta turvallisempaan suuntaan. Kaikissa yksiköissä tapahtuu poikkeamia, jotka useimmiten johtuvat toimintaprosessiin liittyvistä ongelmista. Haitta- ja läheltä piti –tapahtumien analysointi antaa tärkeää tietoa niiden syntyyn johtaneiden tekijöiden selvittämiseksi. Virheistä opittaessa tulisi pystyä muuttamaan organisaation rakennetta siten, että työympäristö ja prosessit tukisivat asioiden tekemistä oikealla tavalla ja vaikeutaisi virheiden tekemistä.

Yksiköt saavat tietoa vaaratapahtumista HaiPron lisäksi myös muista raportointikanavista; potilaspalautteina, muistutuksina ja kanteluina. Tietoon tulevia vaaratapahtumia tulee tarkastella laajemmin kuin yksittäisinä tapahtumina riskien tunnistamiseksi. Tavoitteena on tunnistaa potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä vaadittavia toimenpiteitä

riskienhallintaan. Säännöllinen seuranta on sekä reaktiivista, että ennakkoivaa riskien hallintaa.

Vaaratapahtumailmoitukset

- tulee ottaa käsittelyyn KAHDEN VIIKON kuluessa ilmoituksen vastaanottamisesta.

Kaikki yksittäiset vaaratapahtumailmoitukset eivät vaadi heti kehittämistoimenpiteitä vaan suurta osaa ilmoituksista voidaan käsitellä

- haittatapahtuma ja läheltä piti -TAPAHTUMAJOUKKONA.

Merkittävän tai vakavan riskiluokan ilmoituksista tulee kaikista seurata kehittämistoimenpide, joka otetaan käyttöön välittömästi ja kirjataan HaiPro -järjestelmään.

Liitteessä 1 on kuvattu HaiPro potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyprosessi ja liitteessä 2 on kuvattu malliprosessi toiminnan kehittämiseksi HaiPro ilmoitusten perusteella.

Yksikössä tulee tämän pohjalta miettiä omaan yksikköön soveltuva malli ilmoitusten hyödyntämiseen kehittämisessä.

Yksiköiden ja tulosalueiden operatiivisten riskien arvioinnissa on huomioitava myös potilasturvallisuusriskien arviointi ja ennakkointi. Muutosprosessien suunnittelussa tulee arvioida riskit ennakkoon ja päätettävä tarvittavista toimista toiminnan turvallisuuden ja laadun varmistamisesta muutoksessa.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

HaiPro -ilmoituksista tehtäviä kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan ja käsitellään yhdessä henkilökunnan kanssa moniammatillisissa hoitohenkilöstön ja lääkäreiden yhteiskokouksissa. Kaikki kehittämistoimet kirjataan HaiPro järjestelmään.

Tulosalueilla seurataan merkittävän ja vakavan riskiluokan tapahtumista seuraavien kehittämistoimenpiteiden toteutumista.

6 Never event -tapahtumat

Valtioneuvoston julkaisussa (2021:68) ”Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt” on ehdotettu laajaa indikaattoripakettia potilasturvallisuuden tason seurannalle Suomessa. Mittaristo jakautuu kolmeen ryhmään;

1. Tarkistuslistaindikaattorit
2. Kuuma linja -indikaattorit
3. Määrälliset vertailuindikaattorit

Ryhmän kaksi Kuuma linja -indikaattorit kuvaavat NHS:n kriteereiden mukaisten Never events -tapahtumien (NHS 2018) ja muita vakavien haittojen esiintymistä. Mittaristo vastaa kysymyksiin, jotka on esitetty kuviossa 1.

Toimija	Keskeiset kysymykset
Potilas/asiakas	Kuinka turvallinen minua hoitava yksikkö on? Kiinnostaako hoitavaa tahoa minun näkemykseni/kokemukseni hoidon t
Henkilöstö (potilas- ja asiakastyö)	Kuinka hyvin me itse päivittäisessä työssäme hoidamme potilas/asiakas vaikuttavat asiat? Missä meillä erityisesti on kehitettävää ja miten tiedämme paraneeko tila... Onko meillä syyllistämätön tapa käsitellä vaaratapahtumia ja oppia niistä?
Potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt	Kuinka hyvin olemme koordinoineet potilas/asiakasturvallisuustyön? Kuinka hyvin olemme pystyneet motivoimaan henkilöstöä? Minkälaisia vakavia haittoja meillä on ja miten olemme käsitelleet ne?
Johto	Ovatko organisaation potilas/asiakasturvallisuustyön rakenteet ja prosessit kunnoss... Minkälaisia vakavia haittoja meillä on ja olemmeko aktiivisesti johtaneet niiden käsittelyä ja ehkäisyytoimia? (imago ja haitoista aiheutuneet kustannukset) Millä tasolla on organisaation potilas/asiakasturvallisuus on tavoitteisiin ja muihin vastaaviin organisaatioihin verrattuna? Minkälainen turvallisuuskulttuuri meillä on?

Kuvio 1. Keskeiset kysymykset/tietotarpeet, joihin kuuma linjan -indikaattorit vastaavat a) potilaiden, b) henkilöstön, c) potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden ja d) johdon näkökulmasta (Valtioneuvoston julkaisu (2021;68))

Tämä indikaattoriosio tullaan ottamaan käyttöön tulevan potilasturvallisuussuunnitelmakauden aikana siten, että HaiPro järjestelmään liitetään "Never event" -valintakohta, jonka aktivoinnista menee heti tieto potilasturvallisuuskoordinaattorille ja ylempään johtoon.

NHS-luokittelun mukaiset Never event indikaattorit ovat:

- potilaan tunnistusvirhe
- kaliumkloridin annostelu ilman laimennusta
- väärä annostelureitti
- insuliinin huomattava yliannostus
- metotreksaatin yliannostus muilla kuin kemoterapiaa saavilla
- medatsolaamin väärän vahvuuden käyttö muualla kuin yleisanesteesiassa
- ABO -epäsopivan veren tai elimen siirto
- happea tarvitseva potilas kytketään hapen sijasta lääkkeelliseen ilmaan
- pään tai kaulan juuttuminen sängyn rakenteisiin
- vierasesineen jääminen potilaaseen leikkauksessa
- väärän puolen kirurgia
- väärä implantti / proteesi
- itsemurha psykiatrisen vuodeosastohoidon aikana

Tapahtumasta käynnistetään selvitys ja tulosaluejohto vastaa selvityksen raportoinnista johtajaylilääkärille ja johtajaylihoitajalle.

7 Määrälliset vertailuindikaattorit

Valtioneuvoston julkaisuun on myös laadittu määrälliset vertailuindikaattorit, joita tulevaisuudessa tullaan raportoimaan valtakunnallisesti. Mittaristopaketti löytyy liitteestä 3. Määrälliset vertailuindikaattorit kuvaavat potilasturvallisuuden tilaa ja sen kehittymistä sekä a) ajan funktiona

oman organisaation sisällä, että b) suhteessa muihin vastaaviin kansallisiin ja mahdollisesti kansainvälisiin organisaatioihin. Määrälliset vertailuindikaattorit vastaavat kysymyksiin, jotka on esitetty kuvassa 2. Tämän mittaristopakettin käyttöönottoa lähdetään rakentamaan tällä potilasturvallisuussuunnitelmakaudella ja valmistaudutaan sen käyttöönottoon viimeistään tulevalla hyvinvointialueella.

Toimija	Keskeiset kysymykset
Potilas/asiakas	Kuinka turvallinen minua hoitava yksikkö on? Kiinnostaako hoitavaa tahoa minun näkemykseni/kokemukseni hoitoon?
Henkilöstö (potilas- ja asiakastyö)	Kuinka hyvin me itse päivittäisessä työssämme hoidamme potilas/asiakasturvallisuuden vaikuttavat asiat? Missä meillä erityisesti on kehitettävää ja miten tiedämme paraneeko tilanne? Onko meillä syyllistämätön tapa käsitellä vaaratapahtumia ja oppia niistä?
Potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt	Kuinka hyvin olemme koordinoineet potilas/asiakasturvallisuustyön? Kuinka hyvin olemme pystyneet motivoimaan henkilöstöä? Minkälaisia vakavia haittoja meillä on ja miten olemme käsitelleet ne?
Johto	Ovatko organisaation potilas/asiakasturvallisuustyön rakenteet ja prosessit kunnossa? Minkälaisia vakavia haittoja meillä on ja olemmeko aktiivisesti johtaneet niiden käsittelyä? (imago ja haitoista aiheutuneet kustannukset) Millä tasolla on organisaation potilas/asiakasturvallisuus on tavoitteisiin ja muihin vastaaviin organisaatioihin verrattuna? Minkälainen turvallisuuskulttuuri meillä on?

Kuva 2. Keskeiset kysymykset / tietotarpeet, joihin määrälliset vertailuindikaattorit vastaavat a) potilaiden, b) henkilöstön, c) potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden ja d) johdon näkökulmasta. (Valtioneuvoston julkaisu (2021;68)

8 Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset

Terveysturvallisuuden ammattilaisten hyvinvointi on yksi potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys. Hyvinvointi syntyy kannustavasta ja tukevasta johtamisesta, luottamuksesta omaan ammatilliseen osaamiseen ja mahdollisuudesta keskittyä tekemään työnsä hyvin.

Pelkkä oman työn hoitaminen hyvin ei kuitenkaan takaa turvallisuuden toteutumista, sillä suuri osa vahingoista ja haitoista johtuu järjestelmän puutteista. Näiden turvallisuuspoikkeamien havaitseminen on vaikeampaa kuin huomata yksittäisen työntekijän yksittäinen virhe. Näiden virheiden tunnistamiseen tarvitaan koulutusta ja perehdytystä.

Tulosalueilla tulee olla kirjalliset suunnitelmat riittävästä henkilömäärästä ja siitä, miten toimitaan poikkeustilanteissa, joissa henkilökuntaa ei ole riittävästi. Ammattilaisilla on oltava mahdollisuus keskittyä potilasturvallisuutta edistävään ja varmistavaan työtapaan.

Riittävä ja osaava henkilöstö varmistaa hyvät ja turvalliset palvelut kaikkina vuorokaudenaikoina. Yllättävien ja äkillisten henkilöstövajeiden varalle on sovittava menettelytavat. Kaikki resurssivarauksiin ja –muutoksiin vaikuttavat päätökset arvioidaan potilasturvallisuuden ja laadun näkökulmasta ennen päätöksentekoa.

Potilasturvallisuusosaamisen kehittäminen tulee sisällyttää henkilöstön perehdytykseen ja täydennyskoulutukseen. Erityistä huomiota perehdytyksessä tulee kiinnittää laitteiden ja tarvikkeiden käytön osaamiseen, lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen sekä hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyyn.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Henkilökunnan perehdytyksen sisällössä tulee hyödyntää organisaation potilasturvallisuusjärjestelmien tuottamaa tietoa ja kehittää sitä jatkuvasti turvallisuuspalautteeseen perustuen. Perehdytysohjelman tulee ainakin sisältää osiot

- laiteturvallisuus
- lääkehoidon turvallisuus
- hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Laiteturvallisuuden osalta tulee yksiköissä suunnitella eri laitteille osaamisvaatimukset ajokorttimuodossa (kts kappale 10).

9 Potilaan tunnistaminen

Virheet potilaan tunnistamisessa ovat yksi merkittävimpiä vaaratapahtumien aiheuttajia. Virheellinen potilaan tunnistaminen voi johtaa lääkitysvirheeseen, näytteenottovirheisiin, väriin tai turhiin tutkimuksiin tai väärälle henkilölle tehtyihin hoitotoimenpiteisiin. Potilaan hoitopolkuun sisältyy useita siirtymävaiheita, joissa hoitava henkilö tai tiimi vaihtuu, ja näissä tilanteissa potilaan tunnistaminen on erityisen tärkeää oikean hoidon varmistamiseksi oikealle potilaalle. Potilaan tunnistamista voidaan parantaa hyvin yksinkertaisin keinoin ja näin vähentää tunnistusvirheestä aiheutuvia vaaratapahtumia.

Potilas tunnistetaan aina vähintään kahta eri tunnistetietoa käyttämällä (esim. potilaan nimi ja henkilötunnus)

Liitteessä 4 on kuvattu tekijät, jotka pitää huomioida potilaan tunnistamisessa sekä potilasrannekkeen käyttöön liittyvät ohjeet.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Jokaisen hoitajan, lääkärin ja osastonsihteerin tulee suorittaa Potilasturvaportti - verkkokoulutuksen osio; Potilaan tunnistaminen.

Potilaan tunnistamisen toteutumista vuodeosastoilla seurataan säännöllisillä rannekeseurannoilla kaksi kertaa vuodessa.

10 Sairaalahygienia

Turvallisilla työ- ja toimintatavoilla ehkäistään tartuntojen leviämistä, lisätään potilas- ja työturvallisuutta sekä vähennetään hoitoon liittyviä infektioita. Eri tutkimusten mukaan 20–70 % hoitoon liittyvistä infektioista on ehkäistävissä. Tavanomaisten varotoimien toteutuminen kattavasti kaikkien potilaiden hoidossa on infektioiden ja tartuntojen ehkäisyn kulmakivi.

Korkea potilas/hoitaja suhde on keskeinen hoitoon liittyvien infektioiden riskitekijä. Yksiköissä seurataan osastokuormitusta ja potilaiden hoitoisuutta.

Hoitoon liittyvistä infektioista seurataan;

- jatkuva insidenssiseuranta (SAI): yksiköt ilmoittavat, sairaalahygieniayksikkö seuraa, raportoi yksiköille ja shp:n johdolle sekä ohjaa hygieniayhdyshenkilöitä raportoimaan oman yksikön infektioita yksiköissään.
- prevalenssitutkimus x 1/vuosi: sairaalahygieniayksikkö tekee yhdessä yksiköiden kanssa, raportoi yksiköille ja shp:n johdolle
- Leikkauspotilaille annettavat mikrobilääkeprofylaksit: sairaalahygieniayksikkö seuraa ja antaa palautetta toteutumisesta
- THL:n SIRO: veriviljelypositiiviset infektiot, tekonivelkirurgia ja C.difficile . ERVA-alueen potilasturvallisuusryhmässä seurataan vastaavia mittareita sekä MRSA-bakteremioita.

Sairaalahygieniayksikkö järjestää koulutuksia ja konsultaatiota: alueelliset sairaalahygienia-/ tartuntatautikoulutukset x 2/vuosi, KHKS:n yksiköt: vuosittaiset koulutukset ja konsultaatiot em. asioissa sekä hygieniayhdyshenkilöiden säännöllinen tukeminen ja täydennyskoulutus.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Yksiköt seuraavat käsihygienian toteutumista käsihuhdekulutuksen ja oman toiminnan perusteella mitoitettujen tavoitetasojen perusteella. Havainnointiin perustuvalla KhYHKÄ-toimintamallilla pyritään lisäksi parantamaan käsidesinoinnin toteutumisen oikeaa tapaa ja ajoitusta. Havainnoinnin yksikkö- ja ammattiryhmäkohtaiset tulokset ovat esillä intrassa ja vuoden 2020 alusta myös KHSHP:n nettisivulla.

Yksiköt raportoivat säännöllisesti hoitoon liittyvistä infektioista ja osallistuvat kerran vuodessa järjestettävään infektioiden prevalenssitutkimukseen. Hygieniayhdyshenkilöille mahdollistetaan koulutuksiin osallistuminen ja säännöllisten KhYHKÄ-mittausten tekeminen.

11 Rokotussuoja

Tartuntatautilaki edellyttää 1.3.2018 alkaen terveydenhuollon työntekijöiltä rokotuksen tai sairastetun taudin antamaa suojaa vesi- ja tuhkarokkoa vastaan, vuosittaista influenssarokotusta ja alle 1-vuotiaita hoitavilla rokotussuojaa hinkuyskää vastaan.

Henkilökunnan rokotussuojasta huolehtii pääasiallisesti työterveyshuolto. Kausi-influenssarokotuksen ottaminen tehdään henkilökunnalle mahdollisimman helpoksi ja tähän suunnatulla rokotuskampanjalla pidetään yllä rokotusmyönteistä ilmapiiriä.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Influenssarokotuskattavuutta seurataan sähköisesti, jolloin yksiköissä ja tulosaluejohdon taholta voidaan henkilökuntaa motivoida erityisesti niissä yksiköissä, joissa se uhkaa jäädä alle 80 %.

12 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuus pitää sisällään laitteiden turvallisuuden ja turvallisen käytön. Kansallinen laki lääkinnällisistä laitteista 719/2021 sääntelee terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita rinnakkain lääkinnällisten laitteiden asetusten (EU) 2017/745 kanssa. Suunnitelmassa on huomioitu kansallisen lain määrittelemän 32§ ammattimaista käyttöä koskevat yleiset vaatimukset ja 34§ seurantajärjestelmä

'Lääkinnällisellä laitteella' tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, implanttia, reagenssia, materiaalia tai muuta tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisillä, joko yksinään tai yhdistelminä, seuraaviin lääketieteellisiin tarkoituksiin:

Laitteiden turvallinen käyttö yksiköissä edellyttää;

- Laitteiden käytön perehdyttäminen, koulutus ja käyttöohjeet
- Laitteiden turvallisen käytön osaamisen varmistaminen
- Laiteajokortti
- Käyttöpaikan soveltuvuus turvalliseen käyttöön
- Kotikäyttöön luovutettavien laitteiden osalta varmistettava soveltuvuus
- Käyttäjällä on lain asettama velvollisuus noudattaa käyttöohjetta

Laiteturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelma organisaatiossa;

- Laitehallinta-asiantuntijan roolin vakiinnuttaminen
- Laiteajokortin käyttöönoton laajentaminen
- Sähköisen seurantajärjestelmän käytön tehostaminen laitteiden ja tarvikkeiden seurantaan
- Laitevastaavien roolin vakiinnuttaminen
- Säteilyturvallisuuspoikkeamien ja Fimea -ilmoitusten seuranta

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

- Suositellaan koko henkilökunnalle potilasturvaportin laiteturvallisuus osion suorittamista
- Laiteajokorttien laadinta kaikille laitteille
- Laiteajokorttisuoritusten seuranta tulosalueella
- Laitteista, tarvikkeista ja ohjelmistoista tehtyjen HaiPro ilmoitusten määrän seuranta ja ilmoitusten perusteella toiminnan kehittäminen

13 Lääkitysturvallisuus

Lääkitysturvallisuus on yksi merkittävimmistä turvallisuuden alueista, jonka kehittämisessä tarvitaan koko organisaatiossa jatkuvasti toimenpiteitä.

Sairaalassa toimii lääketurvallisuustyöryhmä, jonka tehtävänä on edistää lääketurvallisuutta koko sairaalassa, seurata lääkkeisiin liittyviä HaiPro-raportteja, laatia lääkehoitosuunnitelmarunko, laatia 1-2 kertaa vuodessa lääketurvallisuustiedote ja ohjeistaa lääkehoidon hyviä käytäntöjä, jotka merkittävästi parantavat lääkehoidon turvallisuutta.

Osastojen lääkehoitoprosessit on kuvattu ja sieltä on tunnistettu ongelmakohtia, jotka saattavat johtaa lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen. Näiden ongelmien ratkaisuun tarvitaan kaikkien ammattiryhmien yhteistyötä. Yhtenäiset käytännöt lääkehoidon toteutuksessa antavat myös mahdollisuuden siirtyä eLääkekaappien käyttöön viimeistään uudessa ASSI sairaalassa.

Lääketurvallisuuskävelyjä jatketaan edellisvuosien tapaan joka tulosalueella.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Yksiköiltä edellytetään lääkitysturvallisuuteen liittyviä seuraavia toimenpiteitä;

- Lääkehoitosuunnitelmien päivitys toiminnan muuttuessa ja joka toinen vuosi
- Lääkehoitosuunnitelma tulee perehdyttää koko osaston henkilökunnalle
- LOVE- koulutusten suoritus viiden vuoden välein
- Toiminnan kehittäminen HaiPro raporttien ja lääketurvallisuuskävelysten riskianalyysin pohjalta
- Kehittämistoimenpiteistä raportoidaan toimintakertomuksessa

14 Tietosuoja ja tietoturva

Sairaanhoitopiirin hallitus on toukokuussa 2018 hyväksynyt tietoturvapoliittikan, jonka tarkoituksena on luoda sairaanhoitopiirille ohjaavat käsitteet ja tavoitteet, joiden kautta tietoturvatyötä tehdään. Tietoturvapoliittikka koskee koko piiriä, sen henkilökuntaa, kumppaneita ja palveluntarjoajia. Kaikki henkilökunnan edustajat sekä tarpeen mukaan eri sidosryhmät, jotka toimivat sairaanhoitopiirin lukuun, perehdytetään tietoturvapoliittikkaan sekä tarvittaviin ohjeisiin. Tietoturvapoliittikkaa täydennetään erillisillä tietoturva- ja tietosuojaperiaatteilla sekä –ohjeilla, jotka sairaanhoitopiirin johtaja on hyväksynyt.

Tietoturvapoliittikka on julkaistu sairaanhoitopiirin [www-sivuilla](http://www.sivuilla) sekä intranet sivustolla, josta myös periaatteet ja ohjeet on saatavissa.

Tietosuoja- ja tietoturvaryhmän tehtävänä on tukea tietoturvapääällikköä, tietosuojavastaavaa sekä sairaanhoitopiiriä jokapäiväisessä tietoturvaan liittyvässä työssä johdolta saamiensa resurssien ja toimintavaltuuksien puitteissa. Ryhmä valmistelee ohjeita ja laatii suosituksia, suunnittelee koulutuksia ja kehittää edelleen tietosuojaa ja tietoturvaa sekä seuraa määräysten noudattamista. Ryhmä huolehtii osaltaan henkilöstön ja sidosryhmien tietoturvatietoisuudesta ja tietoturvaan valmistautumisesta. Lisäksi ryhmä käsittelee sille toimitettuja tietojärjestelmiin, tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ilmoitukset.

Mittarit

HaiPRO - ilmoitusten määrä

Järjestetyt tietosuojakoulutukset, lukumäärä ja osallistujien määrä

Navisec-koulutuksen suoritus

Dokumenttien päivitykset

Lokivalvontatoimenpiteet

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Jokaisen työntekijän on suoritettava Navisec-koulutusohjelmaan liittyvä kysymysosio hyväksytysti läpi vuosittain. Esimiehet valvovat kukin oman yksikkönsä osalta kokeen suorittamisen.

Navisec-verkkokoulutuksen lisäksi khshp:ssä on käytössä Duodecimin oppiportti, jossa on useita laadukkaita verkkokoulutuspaketteja tietoturvallisuuteen liittyen vapaaehtoisesti suoritettavana. Yksiköitä ja tulosalueita kehoitetaan ottamaan tarvittavat osiot käyttöön. Yksiköiden ja tulosalueiden johdot voivat velvoittaa esimiehet ja työntekijät suorittamaan tarpeelliseksi katsotut koulutukset.

Duodecimin tietoturvallisuuskoulutukset:

- Johdon ja esimiesten tietoturvakoulutus
- Tietosuoja terveydenhuollossa
- Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa

15 Potilaat ja omaiset potilasturvallisuuden kehittämisessä

Terveydenhuolto on olemassa vain potilaita varten, eikä järjestelmällä ole itseisarvoa. Toiminnan päämäärä on taata potilaiden turvallinen ja laadukas asiointi, palvelut ja hoito. Turvallisuus syntyy yhteistyössä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Potilaiden osallisuuden lisääminen vaatii sitoutumista kaikilla toiminnan tasoilla.

Tärkein osallisuutta vahvistava kokemus on ammattilaisten ja potilaan välisessä kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Päätöksenteossa tulee edetä pelkän yhteisymmärryksen varaan rakennetusta toimintatavasta kohti aitoa jaettua, yhdessä tehtyä päätöstä. Jos potilas ei pysty tai halua osallistua päätöksentekoon, läheisten ja omaisten rooli korostuu.

Potilaiden osallistaminen päätöksentekoon tapahtuu myös potilasjärjestöjen kautta. V.2021 aloitetulla OLKA toiminnalla mahdollistetaan potilasjärjestöille aikaisempaa paremmat mahdollisuudet olla esillä ja tuoda potilaille tietoa eri sairauksiin liittyen. Lisäksi järjestetään säännöllisiä shp:n johdon ja potilasjärjestöjen tapaamisia.

Potilailla ja heidän omaisillaan on tärkeä rooli potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilaan kanssa tulee keskustella avoimesti hoitoon liittyvistä riskeistä ja niiden sattumisen todennäköisyyksistä. Potilaat voivat myös antaa tärkeää tietoa sairaalan toiminnasta muutenkin kuin ilmoittamalla kohdalleen sattuneista potilasvahingoista tai tekemällä muistutuksia tai kanteluita. Luottamuksellisessa ilmapiirissä he uskaltavat ottaa esille turvallisuudessa havaitsemansa puutteet.

Potilaat ja omaiset voivat tehdä vaaratilanneilmoituksia shp:n ulkoisten nettisivujen kautta (www.khshp.fi) tai halutessaan paperiselle lomakkeelle, joka voidaan tulostaa potilaalle intran lomakkeista. Potilaiden ja omaisten tekemät vaaratilanneilmoitukset ohjautuvat potilasturvallisuuskoordinaattorille, joka ohjaa ne eteenpäin ilmoitusta koskeviin yksiköihin.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Potilaita tulee kannustaa

- osallistumaan aktiivisesti hoidon suunnitteluun ja toteutukseen
- keskustelemaan henkilökunnan kanssa palveluun ja hoitoon liittyvistä toivomuksista ja odotuksista
- varmistamaan, että henkilökunnalla on hänen sairaudestaan oikeat tiedot
- kertomaan kaikki omasta lääkityksestään ja siihen liittyvistä ongelmista sekä käyttämistään itsehoitolääkkeistä
- varmistamaan, että heillä on ajantasainen ja ymmärrettävä tieto tämänhetkisestä lääkityksestään
- kertomaan havaitsemistaan potilasturvallisuusriskeistä ja riskien mahdollisuudesta.

16 Turvallisuustutkinta

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä toimii vakavia haittatapahtumia tutkiva työryhmä. Työryhmän tavoitteena on löytää seikkoja, joita parantamalla voidaan ehkäistä tulevia haittatapahtumia. Vakavien tapahtumien lisäksi työryhmä voi ottaa käsittelyyn myös muita, esim. läheltä piti tapauksia, joista saatava tieto voi hyödyttää laajemmin useampaa yksikköä.

Sairaanhoitopiirin työntekijöillä on velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan vakavista vaaratilanteista omalle esimiehelleen, potilasturvallisuuskoordinaattorille tai johtajaylilääkärille, joka tekee päätöksen tutkinnan aloittamisesta. Ilmoituksen voi tehdä puhelimitse tai sähköpostilla. Tutkinnassa käytetään apuna potilasasiakirjamerkintöjä ja henkilöhaastatteluja.

Selvitykseen voidaan ottaa tapauksia myös HaiPro-ilmoitusten, muistutusten tai kanteluiden pohjalta. Yksiköille, joita tutkinta koskee, tiedotetaan asiasta. Tapauskohtaisesti tutkinnasta ilmoitetaan myös potilaille ja/tai omaisille. Tutkinnasta tehdään raportti, joka sisältää myös toimenpidesuosituksia, miten tapahtumien toistuminen on mahdollista ehkäistä tulevaisuudessa. Suositusten toimeenpanosta raportoidaan potilasturvallisuuskoordinaattorille 3 kk kuluessa tutkinnan raportin esittelystä. Koordinaattori raportoi asiat johtaja-yllilääkärille.

Tutkinnan tarkempi kulku ja sitä koskeva ohjeistus löytyvät sairaanhoitopiirin ohjeesta 7/2015.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Tutkinnan alkaessa potilasturvallisuuskoordinaattori tiedottaa asiasta tulosalueyllilääkärille ja -ylihoitajalle, jotka nimeävät tutkintaan toimintaa tuntevan asiantuntijalääkärin. Toiminnasta vastaava ylilääkäri esittelee tutkinnan tulokset ylilääkärikokouksessa ja tulosalueen johtoryhmässä.

Yksikössä tehdyn turvallisuustutkinnan jälkeen tutkinnan asiasisältö käydään anonyymisti läpi koko henkilökunnan kanssa. Suositusten tulee johtaa toiminnan muutoksiin ja siltä osin potilasturvallisuuden parantamiseen. Toiminnan muutoksesta raportoidaan potilasturvallisuuskoordinaattorille 3 kk kuluttua raportin valmistumisesta.

17 Potilasturvallisuustapahtumat

Potilasturvallisuustapahtumia järjestetään pandemia ym. tilanteet huomioiden OLKA pisteellä vähintään kerran vuodessa. Tapahtumia voivat olla mm. Lääkehoidon päivä ja potilasturvallisuuspäivä. Lisäksi osallistutaan syksyisin mahdollisuuksien mukaan WHO:n kansainväliseen potilasturvallisuuspäivään.

18 Turvallisuusauditoinnit ja -kävelyt

KHKS:aan perustettu auditointitiimi suorittaa turvallisuusauditointeja yksiköissä turvallisuustiimin määrittelemiін kohteisiin. Auditointien tavoitteena on tuoda näkyväksi ja johtamisen tueksi tietoa eri toimintaprosessien toiminnasta ja vaikuttavuudesta. Aiheet valitaan sekä strategisesti että laajuudeltaan tai ajankohtaisuudeltaan merkittävien toimintojen tai yksikköjen sisältä niistä kohteista, missä epäillään, että on riskejä. Auditointikohteista tiedotetaan tulosaluejohdolle, kehittämistiimille ja yhtymäjohtoryhmälle ennalta.

Sisäisten auditointien tulokset käsitellään potilashoidon ohjausryhmässä mahdollisiin kehitystoimenpiteisiin kantaa ottaen ja tarvittaviin kehittämistoimiin ohjaten.

Turvallisuuskävelyjä tehdään ylemmän johdon ja tulosaluejohdon aloitteesta sairaanhoitopiirin ohjeen "Johdon potilasturvallisuuskävelyt KHKS:ssa" mukaisesti siten, että potilasturvallisuuden lisäksi kävelyllä voidaan käsitellä myös yleistä turvallisuutta ja työturvallisuutta. Kävelyä edeltävästi yksiköihin lähetetään lomake, jolla kartoitetaan ennakkotietoja turvallisuuden tilasta yksikössä.

19 Potilasturvallisuuskoulutukset

19.1 HaiPro –koulutukset

Sisäisenä koulutuksena järjestetään koulutusta vaaratilanneilmoitusten tekemisestä, ilmoitusten käsittelystä ja raportoinnista. Esimiehille järjestetään henkilökohtaista tai HaiPro –työpajakoulutusta raporttien käsittelyyn ja toiminnan kehittämiseen HaiPro ilmoitusten perusteella.

19.2 Potilasturvallisuuskoulutukset

Kerran vuodessa järjestetään laajempi koulutuspaketti potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista alueellisena koulutuksena.

19.3 Potilasturvaportti koulutus

Potilasturvaportti tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville ammattilaisille ja opiskelijoille laadukasta ja ajankohtaista verkkokoulutusta potilas- ja asiakasturvallisuudesta.

KHKS:ssa kaikki potilastyössä mukana olevat ammattiryhmät (hoitajat, lääkärit, os.sihiteerit, sairaalahuoltajat) veloitetaan suorittamaan seuraavat koulutusosiot viiden (5) vuoden välein;

- Potilasturvallisuutta taidolla
- ISBAR –menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun
- Potilaan tunnistaminen

Myös muiden koulutusosioiden suorittamista suositellaan.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Edellä mainittujen koulutusten suorituksia seurataan yksikkö- ja tulosalueitasolla.

19.4 Duodecimin oppiportti

KHKS:ssa on käytössä Duodecimin oppiportti, jossa on useita laadukkaita verkkokoulutuspaketteja potilasturvallisuuteen liittyen. Yksiköitä ja tulosalueita kehoitetaan ottamaan ne osiot käyttöön, joiden kohdalla on havaittu käytännössä ongelmaa ja jotka on koettu potilasturvallisuusrisikiksi.

Yksiköiden ja tulosalueiden johdot voivat velvoittaa työntekijät suorittamaan tarpeellisiksi katsotut koulutukset.

Duodecimin potilasturvallisuuskoulutukset:

- johdatus potilasturvallisuuteen
- laiteturvallisuus
- turvallinen lääkehoito
- turvallinen potilassiirto
- infektioiden torjunta
- vaaratapahtumien raportointi ja korjaavat toimet
- vakavat vaaratapahtumat ja juurisyyanalyysi
- potilasvahingot ja valvonta
- seurantatieto
- Potilasturvallisuuden perusteet (Oppikirja)

20 Muistutusten, kantelujen ja potilasvahinkojen tilastointi, seuranta ja raportointi

Kaikki muistutukset, kantelut ja potilasvalitukset kulkevat potilasturvallisuuskoordinaattorin kautta, joka tilastoi ne TWeb järjestelmään. Muistutuksiin vastaa johtajaylilääkäri, alaisiltaan saamiensa selvitysten perusteella. Kanteluihin ja potilasvahinkoilmoituksiin antavat selvityksen ne henkilöt, joita ne koskevat. Toimistosihteerit toimivat valitusten ja vastineiden käsittelijöinä. Vastausaika on valituksen laajuudesta riippuen kaksi viikkoa – kuukausi. Vastauksissa tulee käydä ilmi, mihin toimenpiteisiin asian tiimoilta on ryhdytty tai miten asia on muuten ratkaistu.

Toimenpiteet yksiköissä ja tulosalueilla

Näiden eri valitusmuotojen tuottama tieto toiminnan epäkohdista tulee ottaa huomioon potilaslähtöisen toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä.

- Muistutusvastausten laatua seurataan systemaattisesti ja yhteistyössä hoitohenkilöstön sekä potilasasiamiesten välillä. Esimerkiksi potilasasiamiesten vierailu yksikköpalavereissa.

- valitukset tulee käsitellä yksikössä, jotta niistä voidaan oppia
- valitukset tulee käsitellä tulosalueen johtoryhmissä puolivuositain joko yksittäisinä ilmoituksina tai tilastotietona
- yhteenveto ja analysointi asiakaspalautteista, muistutuksista ja kanteluista esitellään potilashoidon ohjausryhmässä kaksi kertaa vuodessa

21 Muut potilasturvallisuusmittarit

21.1 GTT

Strukturoidulla retrospektiivisellä potilasasiakirja-analyysillä on tavoitteena haittatapahtumien havaitseminen, joka tapahtuu analysoimalla potilasasiakirjoja järjestelmällisesti. Näkökulma ei ole virheiden löytämisessä, vaan siinä, miten asioita voitaisiin tehdä potilaan kannalta turvallisemmin ja hoidon kannalta sujuvammin.

Tällä hetkellä GTT menetelmä on käytössä synnytys- ja naistentautien tulosyksikössä. Käyttöönottoa suositellaan myös muihin yksiköihin.

21.2 Tarkistuslistat

Erilaiset tarkistuslistat ovat suositeltavia potilasturvallisuuden parantamisessa. Tarkistuslistoja ovat mm. leikkauksen tarkistuslista, perehdyttämisen tarkistuslista, kotiuttamisen tarkistuslista, Triage-ohje, päiväkirurgisen potilaan tarkistuslista. Tavoitteena on, että leikkauksen tarkistuslistat ovat 100% käytössä. Lisäksi suositellaan muiden tarkistuslistojen käyttöönottoa.

21.3 Strategiamittarit

Sairaanhoitopiirin strategiassa on neljä strategiakorttia mittareineen ja seurantatietoineen. Asiakkuuskortissa on myös potilasturvallisuusmittarit, jotka ovat vuosille 2022;

- Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt on otettu käyttöön kaikissa yksiköissä
- Tehty vähintään 1-2 sisäistä turvallisuusauditointia

22 Potilasturvallisuustiedotteet

Potilasturvallisuuskoordinaattori ja lääketurvallisuustyöryhmä julkaisevat 3-4 kertaa vuodessa potilasturvallisuus- ja lääketurvallisuustiedotteita ajankohtaisista asioista.

23 Alueellinen yhteistyö

Alueellisen potilasturvallisuusryhmän tavoitteena on edistää potilasturvallisuusasioita koko sairaanhoitopiirin alueella. Organisaatioiden välillä on rajapinnat ja KHKS:sta voidaan tehdä ilmoituksia kaikkiin seuraaviin organisaatioihin:

- Hämeenlinnan kaupunki
- Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
- Janakkalan terveyspalvelut
- Hattulan kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut

- Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä

Samoin näistä organisaatioista voidaan tehdä HaiPro ilmoitus kaikkiin KHKS:n yksiköihin suoraan. Ilmoitukset käsitellään ja toimintaa kehitetään ilmoitusten perusteella niissä yksiköissä, joita ilmoitus koskee mutta alueellinen yhteistyöryhmä seuraa ilmoituksia ja toimintojen kehittämistä niiden perusteella. Tarvittaessa työryhmä voi toimia apuna tiedon jakamisessa.

Yhteistyötä tiivistetään entisestään vuoden 2022-2023 aikana, kun suunnitellaan uuden hyvinvointialueen potilasturvallisuustyötä.

Lähteet

OECD: Economics of Patient Safety, 2020.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi. Valtioneuvoston julkaisu (2021;68)

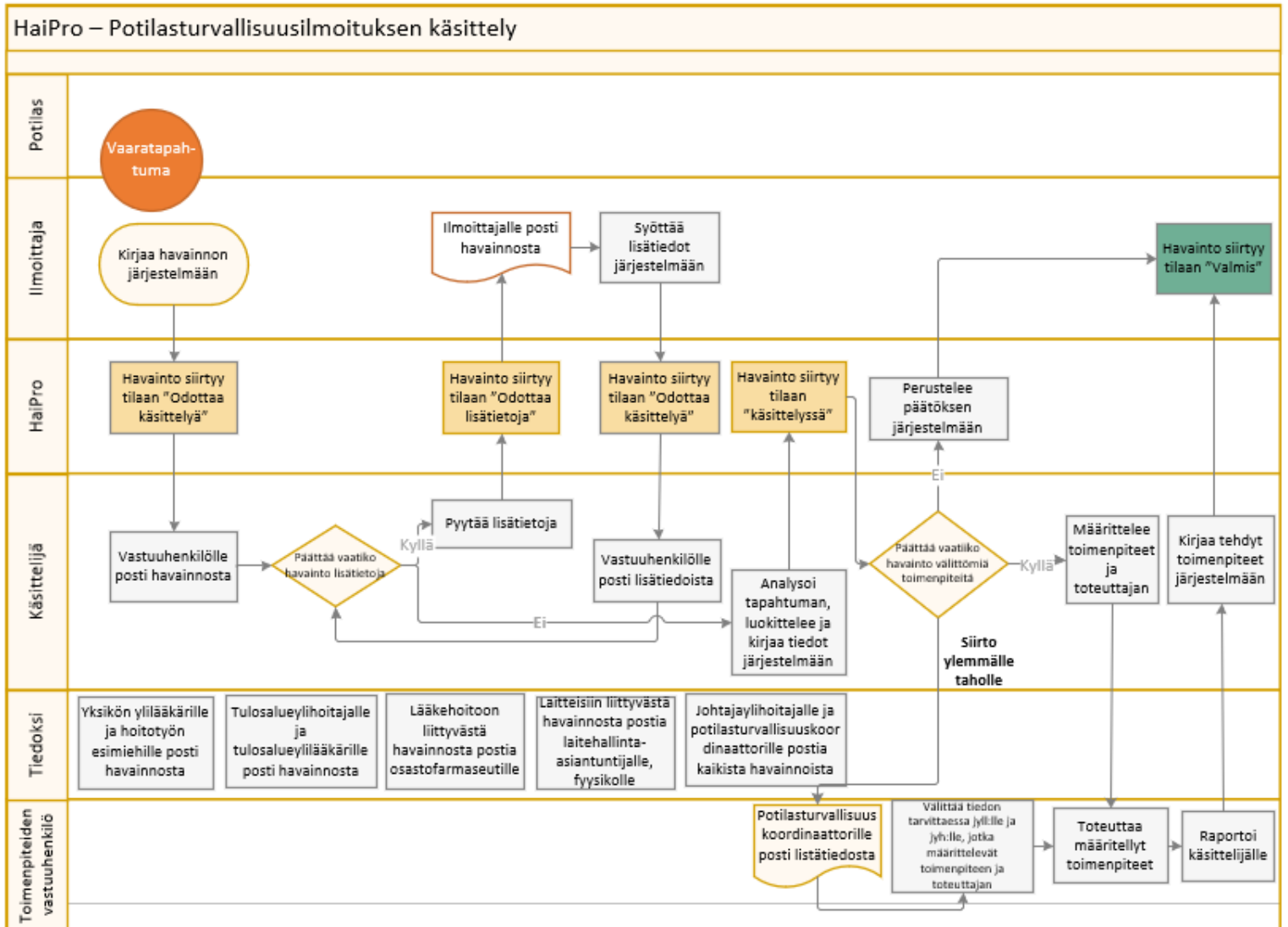
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163632>

NHS 2018: [https://www.england.nhs.uk/wp-con-](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/Revised-Never-Events-policy-and-framework-FINAL.pdf)

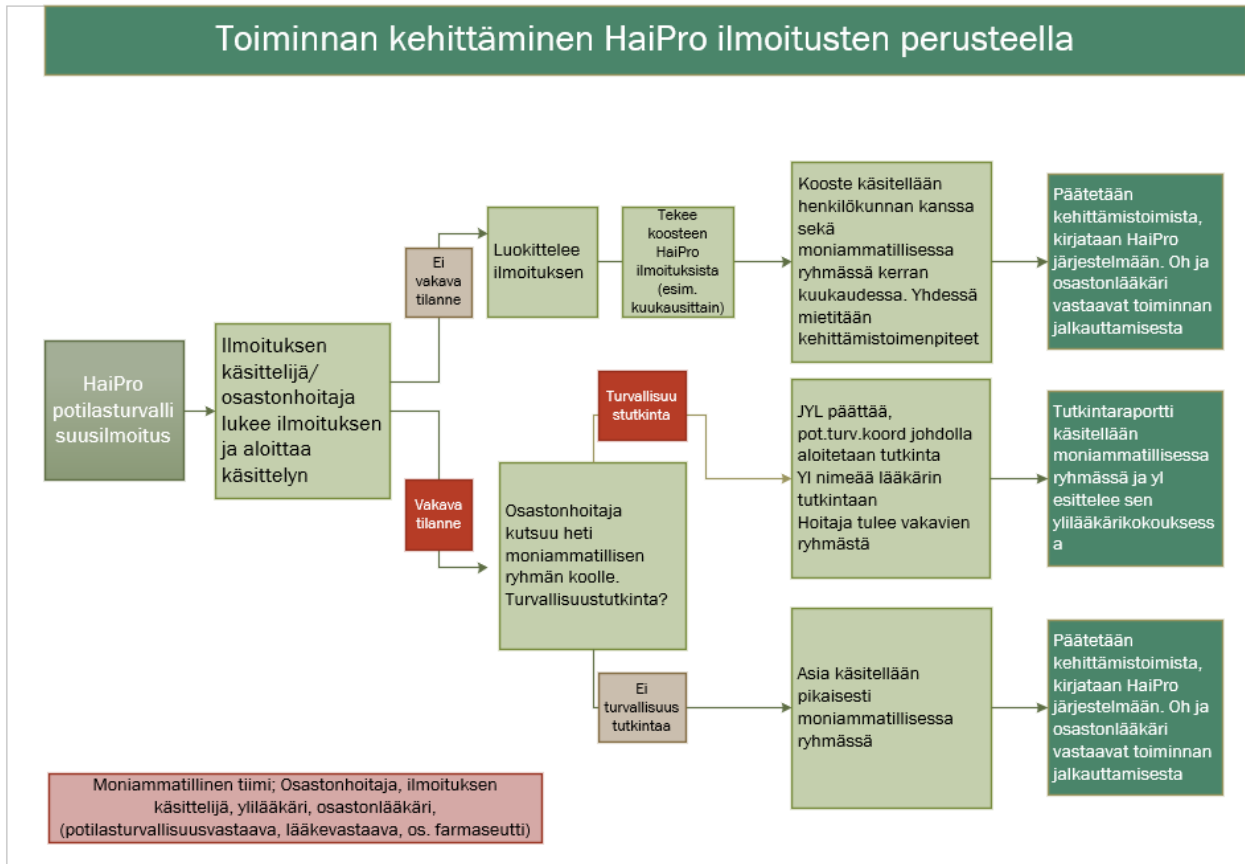
[tent/uploads/2020/11/Revised-Never-Events-policy-and-framework-FINAL.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/Revised-Never-Events-policy-and-framework-FINAL.pdf)

LIITTEET

LIITE 1 Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyprosessi



LIITE 2 Toiminnan kehittäminen HaiPro ilmoitusten perusteella



LIITE 3

Taulukossa on kuvattu valtakunnalliset määrälliset vertailuindikaattorit, jotka tulevat useasta eri indikaattoriluokasta. Luokka näkyy värikooditettuna, sininen = turvallisuuspoikkeama, vihreä = ydin-tehtävä, harmaa = prosessi, punainen = johtaminen ja turvallisuuskulttuuri. Sote-sektorit, joita mittari koskee näkyvät taulukon oikeassa laidassa. Tyhjä ruutu tarkoittaa, että indikaattori ei koske kyseistä sote-sektoria. Indikaattorin tasoluokka (P=perustaso, ED= edistynyt ja EK=edelläkävijä) näkyy sarakkeessa kunkin sote sektorin kohdalla.

Indikaattori-luokka	Indikaattori	ESH	PTH	SOS
Turvallisuuspoikkeama	Osastolta kotiutuneen suunnitteleman paluu 30 vrk:n sisällä	P	P	
Turvallisuuspoikkeama	Strukturoitu retrospektiivinen potilasasiakirja-analyysi (GTT, Global Trigger Tool), kaikki haitat	ED		
Turvallisuuspoikkeama	Potilasasiakirjoihin ICD-10-järjestelmän haitta- ja syykoodeilla kirjatut hoidon haittavaikutukset	P	P	
Turvallisuuspoikkeama	Somaattiseen vuodeosastohoitoon liittyvät infektiot pisteprevalenssitutkimuksena	P	P	
Turvallisuuspoikkeama	lääkille sopimattomien lääkkeiden käyttö yli 75-vuotiailla	P	P	P
Turvallisuuspoikkeama	Fimealle ilmoitetut laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanteet	P	P	P
Turvallisuuspoikkeama	Potilas- ja asiakastietojärjestelmiin liittyvät vaaratilanteet	P	P	P
Turvallisuuspoikkeama	Painehaavat pisteprevalenssitutkimuksessa (Luokat 1-4 ja 2-4)	P	P	P
Turvallisuuspoikkeama	Kaatumiset	P	P	P
Turvallisuuspoikkeama	Toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotukos tai keuhkoembolia (OECD-määritelmä), erikseen myös lonkka- ja polviproteesileikkauksen jälkeinen syvä laskimotukos tai keuhkoembolia (OECD-määritelmä)	P		
Turvallisuuspoikkeama	Ei-kirurgisen vuodeosastojakson jälkeinen syvä laskimotukos tai keuhkoembolia (OECD-määritelmä)	P		
Turvallisuuspoikkeama	Synnytyksen aikaiset 3. ja 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksissä	P		
Turvallisuuspoikkeama	Etävastaanotto/digi/eHealth kontekstista aiheutunut vaaratapahtuma	P	P	P

Indikaattori- luokka	Indikaattori	ESH	PTH	SOS
Turvallisuus- poikkeama	Viivästynyt tai diagnoosi tai hoito	ED	ED	
Turvallisuus- poikkeama	Väärä diagnoosi tai hoito	ED	ED	
Ydintehtävä	Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö leikkauksissa (WHO)	P		
Ydintehtävä	Hoitojakson loppuarvio (epikriisi) laadittu ja lähetetty tai siirretty Omakantaan 5 vrk:n kuluessa kotiutuksesta	P	P	
Prosessi	Potilasrannekkeen käyttö pisteprevalenssitutkimuksena	P		
Prosessi	Lääkelistat tarkistettu/ajantasaistettu vähintään kahdesta eri lähteestä	P	P	
Prosessi	Lääkehoidon tarkistus/arviointi vähintään vuosittain yli 75-vuotialla		P	P
Prosessi	Deliriumriskiarvio tehty riskiryhmään kuuluville	P		
Prosessi	Käsihygienia-adherenssi pisteprevalenssitutkimuksena	P	P	P
Prosessi	Käsihuuhteen kulutus	P	P	P
Prosessi	Henkilökunnan influenssarokotukset	P	P	P
	Hoitajamitoitus/asiakas tai potilas, toteutuminen			
	Turvallisen hoidon perusteiden koulutus uusille työntekijöille, toteutuminen (esim. Potilasturvallisuutta taidolla verkkokurssi)	P	P	P
	Ylikuormitus somaattisessa sairaalahoidossa (Ruotsin määritelmä)	P	P	
	Ylikuormitus psykiatrisessa sairaalahoidossa (Ruotsi määritelmä)	P		
	Somaattista erikoissairaanhoidoa vaativan potilaan väärä hoitopaikka (Ruotsin määritelmä)	P		

LIITE 4

Potilaan tunnistamisessa huomioitavaa

- Jokainen työntekijä **itse** varmistaa, että kyseessä on oikea potilas
- Potilas tunnistetaan ensisijaisesti hänen esittämänsä henkilökortin, passin tai ajokortin perusteella. Lisäksi varmistetaan, että henkilökortti on potilaan oma pyytämällä potilasta ilmoittamaan henkilötunnuksensa
- Jos potilaalla ei ole mitään edellä mainittua korttia, häntä pyydetään ilmoittamaan nimi ja henkilötunnus suullisesti; ”*Kerro nimesi ja henkilötunnuksesi*”.
- Kaikilla sairaalan vuodeosastoilla tai toimenpideyksiköissä hoidossa tai toimenpiteessä olevilla potilailla tulee olla tunnisteranneke. Tunnistaminen voidaan tehdä asianmukaiset henkilötiedot sisältävän rannekkeen perusteella, jos potilas ei pysty ilmoittamaan henkilötietojaan.
- **Potilasta ei koskaan tunnisteta vuoteen tai paikanumeron perusteella**
- Ennen lääkehoidon tai toimenpiteen aloittamista potilas tulee tunnistaa rannekkeesta ja varmistettava kysymällä potilaalta henkilötunnus

Rannekkeen käyttö

Milloin käytetään?

- Kaikille sairaalaan sisälle jääville potilaille sekä toimenpiteisiin tuleville potilaille tulee ensi tilassa laittaa tunnisteranneke.
- Rannekkeen laittamisesta potilaalle vastaa se yksikkö, joka ottaa potilaan vastaan.
- Potilaan saapuessa osastolle lyhyttä, polikliinista vastaanottoa varten, ei tunnisteranneketta laiteta.
- Psykiatrian osastoilla potilailla tulee pääsääntöisesti käyttää tunnisterannekkeita. Perustellusta syystä rannekkeen saa jättää laittamatta.

Mitä pitää huomioida?

- Jos ranneketta ei voi laittaa ranteeseen, se voidaan laittaa nilkkaan. Mikäli tämäkään ei ole mahdollista, yksikössä tulee olla määritelty korvaava toimintatapa. Ranneketta ei saa laittaa kiinni potilaan vuoteeseen tai pöytään.
- Jos ranneke joudutaan poistamaan toimenpiteen vuoksi, on poistajan velvollisuus varmistaa, että ranneke laitetaan takaisin.
- Potilaan vastaanottamisen yhteydessä sekä siirrettäessä potilasta pois yksiköstä varmistetaan, että potilaalla on tunnisteranneke.
- Potilaskuljettajan tulee varmistaa ennen potilaan kuljettamista, potilaan henkilöllisyys kysymällä potilaan koko nimi ja henkilötunnus ja varmistaa asia tunnisterannekkeesta. Jos potilaalla ei

ole tunnisteranneketta, potilasta ei saa siirtää toiseen yksikköön eikä viedä toimenpiteeseen.

- Potilaan saapuessa leikkaus- tai toimenpideyksikköön potilaan henkilöllisyys varmistetaan ensisijaisesti potilaalta ja vasta toissijaisesti potilaan saattajalta.
 - Potilaan saattaja kertoo potilaan nimen, henkilötunnuksen, suunnitellun toimenpiteen ja sen kohteen/puolen
 - Potilaalta varmistetaan mahdollisuuksien mukaan suunniteltu toimenpide ja leikattava puoli
 - Ennen potilaan siirtämistä takaisin vuodeosastolle varmistetaan, että potilaalla on ranneke
- Potilaalle kerrotaan, miksi tunnisteranneke laitetaan ja miksi potilaan henkilöllisyyttä kysytään useasti käynnin tai hoitojakson aikana