

# Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän laatu- ja potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma vuosille 2020–2022



Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä hyväksynyt 23.9.2019  
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallituksen jaosto 16.12.2019  
Päivitys Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallituksen jaosto 5.10.2021

## Sisällysluettelo

1.	JOHDANTO	3
2.	LAATU- JA POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ	3
2.1	Laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka	3
2.2	Laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen	4
2.2.1	Johtaminen ja vastuut	4
2.2.2	Viranhaltijoiden ja asiantuntijoiden vastuut	5
2.2.3	Työryhmät ja niiden tehtävät	6
2.2.4	Ostopalveluiden ja palvelusetelipalveluiden potilasturvallisuus	7
2.3	Turvallisuuskulttuuri	7
2.4	Säädökset	8
3.	OSAAMISEN JA RESURSSIEN VARMISTAMINEN	8
3.1	Koulutus ja osaaminen	8
3.2	Ammattipätevyys	9
3.3	Perehdytys	9
3.4	Opiskelijoiden ohjaus	10
3.5	Henkilöstön osallistuminen	10
4.	LAATU JA TURVALLISUUSRISKIENHALLINTA	11
4.1	Riskienarviointi	11
4.2	Tietosuoja ja -turva	11
5.	POTILAAN JA LÄHEISEN OSALLISTUMINEN	12
5.1	Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat	12
5.2	Tiedotus potilaille	13
5.3	Vaaratapahtumista ilmoittaminen	13
6.	PROSESSIT JA TOIMINTATAVAT	13
6.1	Prosessikuvaukset ja laadunhallinta	13
6.2	Turvallinen lääkehoito	14
6.3	Laiteturvallisuus	14
6.4	Yhteiset toimintatavat	15
6.5	Dokumentointi ja kirjaaminen	15
6.6	Kaatumisten ehkäisy	16
6.7	Painehaavojen ehkäisy	16
6.8	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	16
7.	JATKUVA SEURANTA, RAPORTOINTI JA KEHITTÄMINEN	16
7.1	Hilmo ja avohilmo	16
7.2	Ilmoittamisvelvollisuudet	17
7.3	Vaaratapahtumien raportointi	17
7.4	Lääkintälaitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät ilmoitukset	18
7.5	Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	18
7.6	Muistutukset ja kantelut	19
7.7	Potilasvahinkoilmoitukset	19
7.8	Potilasturvallisuuden seuranta ja mittaaminen	19
7.9	Valvonta ja omavalvonta	20
7.10	Palvelujen saatavuuden seuranta	21
8.	ALUEELLINEN YHTEISTYÖ	21
	Liite 1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden käsitteitä	22

## 1. JOHDANTO

Potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta ja järjestämisvastuullisilla organisaatioilla tulee olla potilas-/asiakasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelma ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (Terveydenhuoltolaki 8§).

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman tavoitteena on tukea ammattilaisiamme arjen työssä laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuksessa ja sen kehittämisessä. Se noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön asetusta (341/2011) laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta, uutta STM:n potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaa 2017–2021 sekä on linjassa PSSHP:n alueellisen potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelman kanssa.



Kuva 1. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 keskeinen sisältö

Tässä suunnitelmassa käytettävät käsitteet on määritelty liitteessä 1. Suunnitelmassa käytetään sanoja potilas ja potilasturvallisuus, mutta sillä tarkoitetaan myös asiakkaita ja asiakasturvallisuutta niiltä osin, jolloin niitä ei erikseen sanota.

## 2. LAATU- JA POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ

### 2.1 Laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka

Kuntayhtymän laatupolitiikan laadinnassa on huomioitu kuntien asukkaiden näkökulma heille järjestetyn kyselyn avulla sekä kuntayhtymän henkilöstön näkökulma niin ikään heille kohdistetun kyselyn vastausten perusteella. Laatupolitiikkaa on valmisteltu kuntayhtymän potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmässä sekä käsitelty myös kuntayhtymän johtoryhmässä. Poliitiikan hyväksyy yhtymähallituksen jaosto.

SOTE kuntayhtymässä tarkoitetaan hyvällä laadulla potilaan / asiakkaan tarpeista lähtevää hyvää, turvallista, vaikuttavaa ja saatavilla olevaa hoitoa, hoivaa tai palvelua. Laatu kuvaavat asiakas- ja potilaslähtöisyyden, ihmisarvon kunnioittamisen, vastuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden arvot. Potilasta /asiakasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, kuunnellen ja kunnioittaen hänen yksilöllisiä tarpeitaan ja toiveitaan.

Yhteistyö ja tiedonkulku hoitoon, hoivaan tai palveluun osallistuvien tahojen sekä potilaiden, asiakkaiden ja omaisten välillä on saumatonta. Riittävä ja ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon, hoivan tai palvelun turvallisesti ja sujuvana prosessina soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia menetelmiä. Hyvä lääketieteellinen hoito pohjautuu

16.11.2021

4(22)

näyttöön perustuvaan lääketieteeseen ja päätöksentekoon. Hyvän hoidon, hoivan tai palvelun lopputuloksena on saamaansa hoitoon ja kohteluun tyytyväinen potilas /asiakas.

Laadukas ja hyvä hoito, hoito tai palvelu toteutetaan myös oikein, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Siinä hyödynnetään olemassa olevia resursseja parhaalla mahdollisella tavalla. Toiminnassa huomioidaan henkilöstön hyvinvointi ja riittävät toimintaedellytykset hyvän hoidon antamiseen. Laadunhallinnan keskeisenä tavoitteena on toiminnan jatkuva kehittäminen ja riskien säännöllinen arviointi, jotta estettävissä olevia, hoitoprosessin poikkeamasta johtuvia haittoja ei tapahtuisi. Lisäksi laadunhallinta varmistaa palveluiden tasalaatuisuuden sekä auttaa kohdentamaan resurssit oikein.

Nämä edellä mainitut asiat tukevat myös kuntayhtymän strategiaa (2020–2025), jonka tavoitteena on parantaa ja edistää yläsavolaisten terveyttä ja hyvinvointia toteuttamalla laadukkaita, nykyaikaisia ja asiakkaiden tarpeisiin perustuvia palveluita.

## 2.2 Laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen

### 2.2.1 Johtaminen ja vastuut

**Kuntayhtymän johtajat** ovat vastuussa potilasturvallisuudesta. Laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuus edellyttää organisaation kaikilla tasoilla systemaattista työtä eri ammattiryhmien kesken sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Johtajat korostavat laatua ja potilasturvallisuutta ensisijaisina arvoina toiminnassa sekä tukevat avoimen ja oikeudenmukaisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä. He myös varmistavat työolosuhteet sellaisiksi, että turvallinen hoito on mahdollista. Johto varmistaa myös, että henkilökunnalla on riittävästi osaamista tehtävänsä ja että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa potilaiden hoidettavuuteen ja määrään nähden. He tarkastelevat asioita taloudellisten riskien näkökulmasta, mutta aina myös potilasturvallisuuden näkökulmasta.

**Esihenkilöiden** ensisijaisena tehtävinä ovat toiminnan sujuvuuden varmistaminen, seuranta ja kehittäminen, laadun parantamisen prosessien tukeminen sekä hyvien hoitokäytäntöjen ja hyvin suunniteltujen hoitopolkujen leviämisen varmistaminen organisaation eri toimipisteisiin. Esihenkilöt kannustavat työntekijöitä tuomaan esille vaaratapahtumia luomalla turvallinen, syyllistämätön ja oppimista edistävä ilmapiiri. Esihenkilöt pitävät säännöllisesti esillä laatu- ja potilasturvallisuusasioita työpaikkakokouksissa, henkilöstöpalavereissa ja osastotunneilla. He myös varmistavat, että vaaratapahtumia käsitellään ja tietoa käytetään yksikön, organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Esihenkilöt myös panostavat kaikkien henkilöstöryhmien sitouttamiseen yhteisiin toimintatapoihin.

**Henkilöstön** tehtävänä on toteuttaa potilaan hoito näyttöön ja hyviin hoitokäytänteisiin perustuen vaikuttavasti. Heidän tulee myös varmistaa saumaton tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä. Henkilöstön rooli potilasturvallisuuden kehittämisessä perustuu heidän raportointiinsa vaaratapahtumailmoituksiin, niiden käsittelyyn työyhteisössä sekä niiden pohjalta tehtäviin kehittämistoimenpiteisiin. Henkilöstön tulee myös huolehtia omien tietojen ja taitojen jatkuvasta kehittämisestä ja ajan tasalla pitämisestä. Henkilöstö antaa potilaille tietoa siitä, miten he voivat antaa palautetta hoidostaan ja miten he omalta osaltaan voivat osallistua turvallisen hoidon saavuttamiseen. Henkilökunta rohkaisee ja kannustaa potilaita osallistumaan omaan hoitoon ja sitä kautta myös turvallisuuden kehittämiseen.

## 2.2.2 Viranhaltijoiden ja asiantuntijoiden vastuut

Potilasturvallisuuden toimeenpanovastuu on kuntayhtymän johdolla, viranhaltijoilla ja vastuuhenkilöillä. Heidän työtään toiminnan kehittämisessä tuetaan potilasturvallisuuden seurannasta ja koordinoinnista vastaavien henkilöiden ja työryhmien toimesta.

**Johtava lääkäri ja terveystoiminnan johtaja** ovat vastuussa toiminnan ja palvelujen laadusta ja potilasturvallisuudesta. Heidän vastuullaan on varmistaa, että potilasturvallisuuden ja laadun hallinta toteutuu yhdenmukaisesti koko organisaatiossa.

**Ylilääkärit** vastaavat omilla toimialueillaan hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Ylilääkärien vastuulla on varmistaa, että hoidossa noudatetaan näyttöön perustuvaa lääketiedettä, käypähoito suosituksia ja että potilasturvallisuus on huomioitu hoitoon osallistuvien yksiköiden sisällä ja niiden yhteistyössä.

**Vastuualuejohtajien ja tehtäväluepäälliköiden** tehtävänä on organisoida työ potilasturvallisuussuunnitelman linjausten mukaisesti. Heidän tehtävänä on käyttää toimintaan varatut resurssit optimaalisesti laadukkaasti ja turvallisen hoitotyön toteuttamiseen sekä hyödyntää saatua potilaspalautetta kehitystyössä. He myös vastaavat hoitohenkilökunnan osaamistason ylläpidosta niin, että se vastaa tarvetta.

**Tulosyksikön esihenkilöt** toimivat potilasturvallisuuden vastuuhenkilöinä omassa työyksikössään. Heidän tehtävänä on edistää potilasturvallisuutta ylläpitämällä ja kehittämällä yksikön toimintaan liittyviä tiedonhankinnan, seurannan ja riskien hallinnan menettelytapoja sekä yksikön potilasturvallisuutta. He myös vastaavat mm. laiteturvallisuuden edistämisestä laitepassin avulla.

**Tieto- ja kehittämispalvelujen päällikkö** vastaa potilasturvallisuuden kehittämisen koordinoinnista koko kuntayhtymän alueella. Hänen vastuullaan on vaaratapahtumien raportointijärjestelmän ylläpito ja kehittäminen sekä potilaiden ilmoittamisen menettelyt. Hän ohjaa potilasturvallisuutta koordinoivaa työryhmää ja sen toimintaa sekä toimii potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän sihteerinä. Hän myös toimii TLT lain 26§ mukaisena ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä, joka vastaa siitä, että käyttäjän toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä.

**Työsuojelupäällikkö** vastaa riskienarvioinnin koordinoinnista ja organisoinnista sekä henkilö- ja työturvallisuuden koordinoinnista.

**Tietosuojavastaava** toimii erityisasiantuntijana johdolle ja henkilökunnalle sekä vastaa tietoturvallisuuden koordinoinnista. Hänen tehtävänänsä on auttaa rekisterinpitäjää saavuttamaan hyvä henkilötietojen käsittelytapa ja erityislakien edellyttämä korkea tietosuojan taso.

**Potilasasiain neuvoston puheenjohtaja** neuvoo ja ohjaa potilaita, heidän omaisiaan sekä organisaation henkilökuntaa potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa. **Sosiaaliasiain neuvoston puheenjohtaja** neuvoo ja ohjaa sosiaalihuollon asiakkaita, heidän omaisiaan sekä organisaation henkilökuntaa asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa sekä seuraa asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä ja antaa siitä selvityksen vuosittain.

**Hygieniatoiminnan johtaja ja tartuntataudeista vastaava lääkäri** toimivat yhteistyössä hoitoon liittyvien infektioiden ennaltaehkäisemiseksi. He ylläpitävät ohjeistuksia ja vastaavat niiden toteuttamisesta.

16.11.2021

6(22)

**Laitevastaavat** toimivat työyksikkönsä yhteyshenkilönä ja tiedonvälittäjänä laiteturvallisuuteen liittyvissä asioissa. He vievät työyksikkönsä laitteet laiterekisteriin ja ylläpitävät yksikkönsä laiterekisteriä ja valvovat että työyksikön laitteet on huollettu ja kalibroitu säännöllisesti valmistajan ohjeen mukaan. Lisäksi he ilmoittavat laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvistä vaaratapahtumista (HaiPro) yhdessä muun henkilöstön kanssa.

**Laatuvastaavat** koordinoivat SHQS laatuohjelman mukaisia itsearviointeja omalla alueellaan yhdessä esihenkilön, tehtäväaluepäällikön ja vastuualuejohtajan tuella. He myös toimivat tiedonvälittäjinä laatuasioiden eteenpäin viemisessä alueellaan.

**Lääkehoitovastaavat** arvioivat ja kehittävät oman yksikkönsä lääkehoitoa. He vastaavat yksikkönsä lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta yhteistyössä tulosityksikön esihenkilön ja lääkärin kanssa. Heidän tehtävänä on edistää lääkehoidon vaaratapahtumien raportointia, lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistamista sekä lääkehoidon turvallisuuteen liittyvien käytäntöjen soveltamista. He myös osallistuvat farmaseuttisen henkilöstön suorittamaan valvontaan.

**Hygieniayhdyshenkilöt** toimivat viestin viejänä hygienia asioissa omassa yksikössään. He perehdyttävät uudet työntekijät hygieniaan liittyvissä asioissa. Hygieniahoitaja ja hygieniayhdyshenkilöt tapaavat 2-4 krt vuodessa sekä tarvittaessa.

### 2.2.3 Työryhmät ja niiden tehtävät

**Kuntayhtymän potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmään** kuuluvat terveysjohtaja ja johtava lääkäri, hoito- ja hoivajohtaja, hyvinvointijohtaja, ajanvarausvastaanottojen päällikkö, vuodeosastopalvelujen päällikkö, asumispalvelujen päällikkö, kotihoidon päällikkö, kuntoutuksen ja muiden lääkinnällisten palvelujen päällikkö, mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö, perhekeskuspäällikkö, sosiaalityön päällikkö, potilasasiamies sekä tieto- ja kehittämispalveluiden päällikkö. Ryhmän tehtävänä on ohjata potilasturvallisuuden kehittämistä koko kuntayhtymän alueella. Työryhmä arvioi potilasturvallisuuden tasoa kuntayhtymässä ja linjaa kehitettäviä asioita. Lisäksi työryhmä käy läpi säännöllisesti ne vaaratapahtumailmoitukset, joissa tapahtuman riskiluku on 5, seuraus potilaalle on ollut vakava sekä sellaiset, jotka koskettavat koko kuntayhtymää. Ryhmä kokoontuu neljä kertaa vuodessa.

**Potilasturvallisuuden kehittämisen työryhmän** tehtävänä on tukea potilasturvallisuuden kehittämistä koko kuntayhtymän alueella. Työryhmässä arvioidaan myös käyttöön otettavia ja käytössä olevia potilasturvallisuuden työkaluja, järjestetään koulutuksia sekä laaditaan ohjeistuksia. Ryhmä koostuu terveydenhuollon, vammaispalveluiden, sosiaalihuollon hoito-/hoivatyön edustajista. Ryhmä kokoontuu neljä kertaa vuodessa.

**Alueellisen potilasturvallisuusneuvoston** tehtävänä on mm. alueellisen organisoitumisen aloittaminen, yhteisen toimintaohjelman laatiminen, yhteisen perehdyttämisohjelman suunnittelu, yhteisten laatukriteerien luominen, yhtenäisten alueellisten käytäntöjen luominen, turvallisuusosaamisen arviointi alueellisesti, raportointikäytäntöjen yhtenäistäminen sekä arviointitiedon tuottaminen alueellisesti. Alueellisessa potilasturvallisuusneuvostossa toimii tieto- ja kehittämispalvelujen päällikkö.

**Lääkehoitotyöryhmän** tehtäviin kuuluu selvittää lääkehuollon järjestäminen kuntayhtymän alueella, hyväksyä käyttöön yhteinen lääkehuoltosuunnitelma, ohjata ja seurata yksiköiden omien lääkehuoltosuunnitelmien päivittämisprosessia, arvioida potilasturvallisuuden toteutumista seuraamalla Haipron käyttöä, toimivuutta ja tuloksia lääketurvallisuuden osalta, yhdenmukaistaa lääkehoidon osaamista kuntayhtymän alueella, arvioida uuden

teknologian hyödyntämisen mahdollisuuksia sekä selvittää lääkehoidon kokonaisarvioinnin käyttöönoton mahdollisuutta.

**Infektiojohtoryhmään** kuuluu johtava lääkäri, hygieniahoitaja, tartuntataudeista vastaava lääkäri ja vastaanottojen päällikkö. Tarvittaessa kuuluu myös muita asiantuntijoita. Infektiojohtoryhmässä käsitellään kaikki hoito-ohjeet ja käytännöt liittyen hygieniaan ja tartuntatauteihin. Kokoontuu tarvittaessa.

**Hygieniatyöryhmään** kuuluu hygieniatiimi eli tartuntataudeista vastaava lääkäri ja hygieniahoitaja sekä edustus kultakin tehtäväalueelta. Hygieniatyöryhmän tehtävänä on pitää ajan tasalla ja yhtenäistää hygieniakäytännöt ja aseptinen toiminta. Kokoontuu yksikaksi kertaa vuodessa.

#### 2.2.4 Ostopalveluiden ja palvelusetelipalveluiden potilasturvallisuus

Käytettäessä ostopalveluja tai palveluseteliä hoitolinjan tai sen osan tuottamiseen, tulee potilas- ja asiakasturvallisuuskulma huomioida kaikissa hankinnan eri vaiheissa, tarjouspyynnöstä aina hankintasopimukseen saakka. Ostopalvelun ja palvelusetelin tuottajilta edellytetään systemaattisia toimintatapoja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja omavalvontaa. Vastuu potilasturvallisuuden varmistamisesta on palvelun toiminnasta ja hankinnasta vastaavilla. Vastuualuejohtaja hyväksyessään palvelusetelin tuottajaksi tarkistaa, että yksityiseltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuottajalta täyttyvät lainsäädännön edellytykset.

### 2.3 Turvallisuukskulttuuri

Turvallisuukskulttuuri on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. Johdolla ja esihenkilöillä on erityinen asema avoimen ja oikeudenmukaisen potilasturvallisuuskulttuurin edistämisessä. Tärkeää on, että ilmapiiri työyhteisössä on turvallinen ja syyllistämätön niin, että työntekijät uskaltavat ilmaista kaikki epäkohdat avoimesti. Tällaisessa työyhteisössä on turvallista ottaa esiin tapahtuneet poikkeamat ja virheet, keskustella niistä sekä löytää ja korjata niihin johtaneet syyt.

Turvalliseen potilaskulttuuriin liittyy avoimuuden periaate, jolla tarkoitetaan eettisesti ja moraalisesti oikeaa tapa toimia haitta- ja vaaratapahtumien yhteydessä. Haittatapahtumat käsitellään työyhteisössä ja siitä kerrotaan potilaalle ja hänen läheisilleen. Potilaalle ja läheisille kerrotaan rehellisesti, mitä on tapahtunut ja pyydetään anteeksi työyksikön/ tiimin ja organisaation puolesta. Lisäksi varmistetaan, että asia on ymmärretty ja ollaan valmiita vastaamaan kysymyksiin. Potilaalle myös kerrotaan, mistä hän voi saada tukea/apua sekä se, miten hän halutessaan voi tehdä muistutuksen, kantelun tai potilasvahingon sattuessa potilasvahinkoilmoituksen.

Turvallisuukskulttuurin arvioinnin tarkoituksena on saada tietoa organisaation tilanteesta ja kehityssuunnasta turvallisuuden näkökulmasta. Kuntayhtymässä arvioidaan säännöllisesti, joka toinen vuosi, potilasturvallisuuskulttuuria. Ensimmäinen tehtiin keväällä 2015, toinen 2017 ja kolmas 2019. Tuloksista raportoidaan kuntayhtymän intranet sivuilla sekä niitä käsitellään työyksikkökokouksissa, tehtäväaluepalaverissa sekä johtoryhmässä.

Turvallisuukskulttuurin kehittämiseen käytetään myös johdon potilas- ja asiakasturvallisuuskävelyitä. Vuonna 2019 kesällä aloitettiin ensimmäiset kävelyt ja sen jälkeen toimintamallia on jalkautettu useammalle vastuu- ja tehtäväalueelle.

## 2.4 Säädökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että toiminta on ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista.

Potilas- ja asiakasturvallisuutta ohjaavat tärkeimmät säädökset ovat:

- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012)
- Terveystenhuoltolaki (1326/2010)
- Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta (341/2011)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Potilasvahinkolaki (585/1986)

Lisäksi toimintaa säätelevät:

- EU:n yleinen tietosuojasetus (2016)
- Tartuntatautilaki (1227/2016)
- Laki lääkinällisistä laitteista (719/2021)
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain muuttamisesta (936/2017)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)
- Lääkelaki (395/1987)
- Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta

## 3. OSAAMISEN JA RESURSSIEN VARMISTAMINEN

### 3.1 Koulutus ja osaaminen

Henkilöstön ammattitaito ja osaaminen ovat keskeisiä tekijöitä potilasturvallisuudessa. Työntekijän tulee osata antaa potilaalle oikea hoito, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Jokaisella työntekijällä on vastuu omasta ammatillisesta osaamisesta ja sen päivittämisestä. Vuorovaikutustaidot, taito työskennellä moniammatillisessa tiimissä, riskien tunnistamiskyky, päätöksentekokyky sekä kyky havaita henkilöiden ja laitteiden rajoituksia ovat taitoja, jotka vähentävät haittatapahtumia ja syventävät ymmärrystä virheiden mahdollisuuksista. Esihenkilöt suunnittelevat työyksikkökohtaisesti **koulutussuunnitelman** aina talousarviovalmistelun yhteydessä ja varaavat määrärahat seuraavalle vuodelle. **Osaamisen arviointi** on osa kehityskeskustelua ja potilasturvallisuusosaaminen osa osaamisen arviointia.

Lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi on laadittu [kuntayhtymän lääkehoitosuunnitelma](#), jossa on kuvattuna turvallisen lääkehoidon periaatteet ja ohjeistukset, joita kuntayhtymässä noudatetaan. Tämän lisäksi jokaisessa työyksikössä tulee olla ajantasainen lääkehoitosuunnitelma, joka perustuu kuntayhtymän yhteiseen suunnitelmaan ja josta käy ilmi yksikössä toteutettava lääkehoito ja toimintatavat työyksikkötasolla. Lääkehoitosuunnitelma on siten keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden **perehdytystä** sekä lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista.

### Työnantajan velvoittamat koulutukset

- Potilasturvallisuutta taidolla –verkkokoulutus; kaikki potilas- ja asiakastyötä tekevä henkilöstö sekä lähijohto suorittavat verkkokoulutuksen viiden vuoden välein



- Tietosuoja koulutuksena tehdään vuosittain Navisec sekä Arjen tietosuoja - verkkokurssit
- Lääkehoidon osaamisen kurssi(t) (LOVe) kolmen vuoden välein. Kurssin laajuus (LOP, IV, RTG, KIPU, ABO, PSYK, ENSI, GER, LAS, SYDÄN, MiniLOP, SuuLOP) määräytyy työtehtävien mukaan.
- Jokaisessa yksikössä määritellään siellä tarvittavat laitepassit. Jokaisen työntekijän osaaminen varmistetaan, jotta terveydenhuollon laitteiden käyttö on turvallista sekä potilaalle että työntekijälle.

### Työnantajan suosittelemat lisäkoulutukset

- Ravitsemuskoulutus (Moodle -verkkokurssi) ravitsemushoitoa toteuttavalle henkilöstölle.
- Infektioiden torjunta (duodecim oppiportti)
- ISBAR-menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun (potilasturvaportti)
- Kaatumisten ehkäisy (duodecim oppiportti)
- Laiteturvallisuus (duodecim oppiportti)
- Potilaan tunnistaminen (potilasturvaportti)
- Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta (potilasturvaportti)
- Potilasvahingot ja valvonta (duodecim oppiportti)
- Turvallinen potilassiirto (duodecim oppiportti)
- Vaaratapahtumien raportointi (potilasturvaportti)
- Vakavien vaaratapahtumien käsittely (potilasturvaportti)
- Väsymysriskien hallinta (potilasturvaportti)

Lisäksi tulee perehtyä pelastuspatjalla evakuointiin alla olevasta linkistä  
"Pelastuspatjalla evakuointi - näin se tapahtuu" <https://youtu.be/BiMT8AUJjgw>

## 3.2 Ammattipätevyys

Henkilöstön ammattipätevyys tulee tarkistaa ja soveltuvuus arvioida jo rekrytoinnin yhteydessä. Työ- tai virkasuhteeseen ottava viranomaisen vastaa siitä, että työntekijällä on ammattioikeudet voimassa. Jokaisen työhön otettavan henkilön tulee toimittaa esihenkilölleen Valviran laillistamistodistus sekä opintotodistukset. Tämän lisäksi jokaisen esihenkilön vastuulla on tarkistaa jokaisen uuden työntekijän ammatinharjoittamisoikeudet Terhikki / Suosikki rekisteristä tai soittamalla Valviraan (rajoitteet). Työnantaja hankkii tai järjestää työn edellyttämän tarpeellisen lisäkoulutuksen.

## 3.3 Perehdytys

Virheiden riski lisääntyy uudistusten ja työntekijöiden vaihtumisen yhteydessä. Uusien, tilapäisten ja pitkään poissa olleiden työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksen tulee olla riittävä ja sen tulee vastata heidän tehtäviensä vaatimuksia. Ajan tasalla oleva työyksion perehdytysaineisto on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Hoitoprosessien kuvaaminen sekä ajantasaiset hoito-ohjeet / käypähoitosuositukset standardisoivat hoitoa ja vähentävät virheen mahdollisuutta.

Perehdytysvaiheessa jokaiselle työntekijälle tulee esitellä työyksikössä käytettävät ohjeet, hyvät käytännöt, käypähoitosuositukset ja säännöt. Jokaisella työyksiköllä on oltava oma perehdyttämissuunnitelma, jossa tulee huomioida myös potilasturvallisuuden osalta ainakin potilaan tunnistaminen, vaaratapahtumista raportointi ja niissä toimiminen, työyksikön turvallisuutta edistävät käytännöt, keskeisimmät potilasturvallisuusriskit ja työtehtävään liittyvät vastuut (esim. lääkehoidon osalta). Potilasturvallisuuden perehdyttämisen tukena tulee käyttää intranetin potilas- ja asiakasturvallisuussivuja (intra-> työn apuna ->potilas- ja

asiakasturvallisuus). Työyksikkö- ja työtehtäväkohtainen perehdytys toteutetaan työyksiköissä ja pääasiallinen vastuu sen toteutumisesta on yksikön esihenkilöllä. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus osallistua omalta osaltaan uuden työntekijän perehdyttämiseen.

### 3.4 Opiskelijoiden ohjaus

Kuntayhtymän tavoitteena on laadukas opiskelijaohjaus. Jokaiselle opiskelijalle nimetään henkilökohtainen ohjaaja(t). Hänen tehtävänä on edistää ja tukea opiskelijan harjoittelun onnistumista, ammatillisen osaamisen vahvistumista ja ammatillista kasvua. Kuntayhtymässä on käytössä yhdessä Pohjois-Savon alueella tehdyt opiskelijaohjauksen laatusuositukset, jotka ohjaavat toimintaamme. Opiskelijaohjauksen koordinaattori vastaa opiskelijaohjauksesta ja sen kehittämisestä organisaatiossamme. Hänen vastuualueenaan on kaikkien kuntayhtymässä käytännön harjoittelua suorittavien opiskelijoiden ohjaukseen liittyvät asiat sekä työelämään tutustuvien peruskoululaisten (TET) tutustumisjaksoon liittyvät asiat. Opiskelijavastaava(t) on nimetty jokaiseen yksikköön. He vastaavat yksikössään opiskelijaohjauksesta yhdessä yksikön esihenkilön kanssa. Opiskelijavastaavan tehtäväkuvaan kuuluvat harjoittelupaikoista sopiminen, harjoittelun/ työssäoppimisen suunnittelu, opiskelijoiden perehdyttäminen harjoittelupaikkaan sekä opiskelijoiden ohjaaminen palautteen antamiseen.

Kuntayhtymässä on käytössä CLES-opiskelijapalautekysely (Saarikoski M. 2002, 2008) sosiaali- ja terveysalan sekä lääketieteen opiskelijoille. Jokainen ko. alan opiskelija tulee ohjata vastaamaan kyselyyn ja antamaan palautetta harjoittelujaksostaan. Saamamme palautteen avulla voimme kehittää opiskelijaohjausta organisaatiossamme ja yksikössämme. Yhteenveto palautteista julkaistaan puolivuositain ja tulokset ovat luettavissa internetissä.

### 3.5 Henkilöstön osallistuminen

#### Tiedottaminen

Henkilöstöä tiedotetaan potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä asioista säännöllisesti. Sen avulla pyritään ylläpitämään henkilöstön tietoa ajankohtaisista potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista, lisäämään toiminnan läpinäkyvyyttä, edesauttamaan avoimen turvallisuuskulttuurin kehittymistä ja edistämään organisaation oppimista potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Tiedon jakamisessa hyödynnetään organisaation sisältä saatavaa tietoa sekä kansallisia ja kansainvälisiä tietovarantoja. Tätä varten on kuntayhtymän intranetissä potilas- ja asiakasturvallisuussivut. Lisäksi erilaisilla sähköpostitiedotteilla tiedotetaan henkilöstöä mahdollisimman nopeasti välittömästi toiminnassa huomioitavasta potilasturvallisuusasioista.

#### Työpaikkakokoukset, osastokokoukset, tiimipalaverit

Esihenkilön vastuulla on varmistaa, että työpaikkakokouksissa/osastotunneilla käsitellään säännöllisesti potilasturvallisuuteen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi HaiPro ilmoituksia, tunnistettuja potilasturvallisuusriskejä ja niihin varautumista sekä henkilöstön esiin tuomia kehittämis ehdotuksia. Kokouksissa esiin nousseet kehittämistarpeet kirjataan kokouspöytäkirjaan, haipro järjestelmään ja käsitellään tarvittaessa ylempien esihenkilöiden kanssa. Tavoitteena on motivoida henkilökuntaa potilasturvallisuuden kehittämiseen. Henkilöstön kanssa käydään kerran vuodessa kehityskeskustelut ja niissä käsitellään myös potilasturvallisuusosaamista tarpeen mukaan.

#### Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

Sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan on toimittava siten, että asiakkaalle annettavat sosiaalipalvelut toteutetaan laadukkaasti (sosiaalihuoltolaki 48§). Sosiaalihuoltolain (48§ 2mom) mukaan henkilökuntaan kuuluvan on ilmoitettava viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävässään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on vanhuspalvelulain (25§) mukaan ilmoitettava hyvissä ajoin sosiaalihuollon vastaavalle viranomaiselle, kun iäkäs henkilö on kotiutumassa terveydenhuollon laitoshoidosta, jotta tämä saa riittävät, turvalliset ja kuntoutumistaan edistävät palvelut kotiutumisen jälkeen. Tästä ilmoitusvelvollisuudesta on kuntayhtymässä olemassa hallinnollinen ohje sekä lomake, jolla ilmoitus tehdään.

Ilmoitusvelvollisuuden tavoitteena on, että asiakastyön epäkohdat ja niiden uhat tulisivat tietoon nopeasti ja niihin voitaisiin puuttua riittävän ajoissa. Tarkoituksena on turvata erityisesti kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien asiakkaiden hyvän hoidon ja huolenpidon toteutuminen. Ilmoitusvelvollisuus koskee sekä julkisia että yksityisiä toimijoita. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoinkohtelua ja toimintakulttuuriin sisältyviä asiakkaalle vahingollisia toimia. Kaltoinkohtelulla tarkoitetaan fyysistä, henkistä, seksuaalista tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoinkohtelua. Vanhuksen kaltoinkohtelua on myös huono ja epäeettinen kohtelu, hoidon ja avun laiminlyönti sekä ikäihmisen ihmisarvoa alentava kohtelu ([Valvira](#)).

Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan on kerrottava henkilöstölleen ilmoitusvelvollisuudesta ja sen toteuttamisesta. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamista koskevat menettelyohjeet on sisällytettävä toimintayksikön omavalvontasuunnitelmaan ([Valvira](#)).

## 4. LAATU JA TURVALLISUUSRISKIENHALLINTA

### 4.1 Riskienarviointi

Haittatapahtumien taustalla on usein piileviä tekijöitä, jotka edesauttavat virheiden ja erehdysten toteutumista. Riskien hallinta vähentää näiden toteutumista ja parantaa potilasturvallisuutta. Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kriittinen tarkastelu ja kehittäminen ovat tässä tärkeitä keinoja. Erityisesti riskejä liittyy tiedonhallintaan, organisaatiouudistuksiin sekä uusien hoitokäytäntöjen ja uuden teknologian käyttöönottoon. Näissä tilanteissa turvallisuusriskien ennakointi, arviointi ja korjaavat toimet ovat erityisen tärkeitä. Potilasturvallisuusyhdistys on laatinut oppaan "[Potilasturvallisuus ja riskienhallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle](#)" tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita potilasturvallisuusriskien hallinnassa.

Kuntayhtymässä potilas- ja asiakasturvallisuusriskejä arvioidaan vähintään kerran vuodessa työyksikkökohtaisesti ja aina tarvittaessa esim. muutosten yhteydessä. Mukana arvioinnissa tulee olla työyksikön esihenkilö ja henkilökunta. [Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien arvioinnista on laadittu oma ohje.](#)

### 4.2 Tietosuojaja -turva

Tietojen turvaaminen on yksi olennainen osa kuntayhtymän toiminnan turvallisuutta ja siten myös potilasturvallisuutta. Kuntayhtymälle on erityisen tärkeää, että potilas voi luottaa siihen, että hänen tietonsa ovat turvassa, oikeita ja vain hoitoon osallistuviansaatavissa ja että niitä käsitellään oikein. [Kuntayhtymän tietoturvapoliitikassa \(15.5.2018\)](#) on kuvattu mm. tietojen turvallinen käsittely tietojärjestelmissä ja -verkoissa, käyttäjähallinta sekä tietoturvariskien hallintaa. Lisäksi kuntayhtymän [potilastiedon käsittelyoppaassa](#) on kuvattu mm. potilasasiakirjojen laatimiseen, luovuttamiseen ja asiakirjojen tarkastusoikeuteen liittyvät asiat. Jokaiselta työntekijältä edellytetään perehtymistä em. asiakirjoihin.

## 5. POTILAAN JA LÄHEISEN OSALLISTUMINEN

### 5.1 Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat

Potilaalla tulee olla asianmukainen ja ajantasainen hoitosuunnitelma, jotta voidaan turvata kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja laadukas hoito. Tämä koskee erityisesti pitkäaikaishoidossa olevia potilaita. Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan hoitoa koskevat linjaukset, hoidon järjestäminen sekä seuranta. Hoitosuunnitelman laatimisesta ja sen asianmukaisuudesta vastaa viime kädessä potilasta hoitava lääkäri. Hoitosuunnitelmassa myös linjataan, miten toimitaan akuuttitilanteessa sekä elämän loppuvaiheessa. Mikäli potilaalle on tehty DNR-päätös, kirjataan se hoitosuunnitelmaan sekä päätöksen lääketieteelliset perusteet. Potilaalle tehty DNR-päätös ei korvaa hoitosuunnitelmaa, eikä vaikuta potilaan muuhun hoitoon. Koska hoidosta on päätettävä yhdessä potilaan tai potilaan ollessa estynyt tämän omaisen kanssa, myös hoitosuunnitelma on hyvä laatia yhteistyössä heidän kanssaan. Heille on lisäksi kuvattava tilanne ymmärrettävästi. Potilaan kannalta paras hoitosuunnitelma saavutetaan neuvotellen potilaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Hoitosuunnitelmassa sovitaan myös niistä asioista, joista potilas itse huolehtii hoidossaan. (Valviran ohje 3/2015). Hoitosuunnitelmat tulee päivittää aina vuosittain ja palvelutarpeen muuttuessa. Kotihoidon ja asumispalvelujen asiakkaiden hoitosuunnitelmiin tehdään väliarvioinnit kolmen kuukauden välein. Väliarvioinnin perusteella hoitosuunnitelma voidaan jättää ennalleen tai se päivitetään.

Sosiaalihuollon asiakkaalle laaditaan sosiaalihuoltolain 39 §:n mukaan asiakassuunnitelma palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä laaditaan palvelu-, hoito- ja kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Molemmat suunnitelmat on laadittava, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

Kuntoutussuunnitelman lähtökohtana on lääketieteellisen ennusteen ja toimintakyvyn arvioinnin pohjalta potilaan kanssa yhdessä sovitut kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot, joilla tavoitteisiin pyritään. Kuntoutussuunnitelma mahdollistaa kuntoutuksen tavoitteiden seurannan. Potilaan kanssa tehty kuntoutussuunnitelma motivoi sitoutumaan kuntoutuksen tavoitteisiin. Kuntoutussuunnitelmalla potilas ja moniammatillinen kuntoutustyöryhmä sitoutuvat yhdessä laadittuihin tavoitteisiin ja keinoihin. Kuntoutussuunnitelman sisällön tulee olla sellainen, että siihen kirjataan tarpeelliset kuntoutuksen toimenpiteet riippumatta siitä, kenellä (kunta, Kela, vakuutusyhtiö tms.) on järjestämisvastuu. Kuntoutussuunnitelmassa potilaan tukitoimet ja terapiapalvelut siten että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden henkilön sairauden tai vamman hoitoa. Kuntoutussuunnitelma on osa hoidon suunnittelua ja yhdessä hoitosuunnitelman kanssa ohjaa henkilön hoitoa ja kuntoutusta. Tällöin kuntoutussuunnitelma osa tavanomaista hoitosuunnitelmaa sairauskertomuksen suunnitelmaosiossa. Kuntoutussuunnitelma tukee palvelusuunnitelmaa, jossa määritellään laajemmin henkilön tarvitsemat palvelut. Kuntoutussuunnitelma tehdään siellä, missä on potilaan sairauden hoito ja seuranta. Kuntoutussuunnitelman laatii hoitovastuussa oleva lääkäri, joka voi käyttää muiden asiantuntijoiden lausuntoja apuna kuntoutussuunnitelman laadinnassa.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella on yhteisesti laadittu vuonna 2015 asiakirja, joka kuvaa lääkinnällisen kuntoutuksen terapioiden toimintakäytäntöjä ja järjestämisvastuita. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kuntoutuspalveluiden rakenne on laadittu mukailien edellä mainittua linjausta.

Hoitotahto on henkilön tahdon ilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai siinä voi kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Toiveet voivat koskea muitakin hoitoon liittyviä asioita

16.11.2021

13(22)

kuin vain lääketieteellisiä tai sairaanhoidollisia kysymyksiä. Hoitotahdossa voidaan myös valtuuttaa toinen henkilö tekemään tarvittavat hoitopäätökset hoitotahdon laatijan puolesta. (Duodecim 2016)

## 5.2 Tiedotus potilaille

Kuntayhtymän internet sivuilla löytyy kohta ”Potilas- ja asiakasturvallisuus” ja sieltä löytyy mm. potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma, viimeisin kuntayhtymän potilas- ja asiakasturvallisuusraportti, THL:n tekemä potilaan opas sekä linkki, josta potilas voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen. Lisäksi asioista tiedotetaan kuntayhtymän info-tv:n kautta.

Jokaisessa yksikössä on jaettavana paperisia lääkekortteja potilaiden työkaluksi pitää lääkitystietonsa ajan tasalla. Vaihtoehtoisesti potilaat voivat käyttää [www.laakekortti.fi](http://www.laakekortti.fi)-sivustoa. Kuntayhtymä on tehnyt [potilas- ja asiakasturvallisuus huoneentaulun](#), joka tulee olla näkyvillä jokaisessa työyksikössä.

Kutsukirjeissä tuodaan esiin myös turvallisuuden kannalta merkityksellisiä osa-alueita kuten lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä asioita. Jokaisella yksiköllä on siis velvollisuus arvioida kutsukirjeitään potilasturvallisuuden näkökulmasta.

## 5.3 Vaaratapahtumista ilmoittaminen

Potilaan ja omaisen on mahdollista tehdä myös vaaratapahtumailmoitus. He voivat tehdä ilmoituksen joko sähköisenä HaiPro -järjestelmään [kuntayhtymän www- sivujen](#) kautta tai jokaisesta työyksiköstä saatavalla paperisella lomakkeella. Ilmoitukset käsitellään samalla periaatteella, kun henkilökunnan tekemät HaiPro ilmoitukset. Tavoitteena on tapahtumasta oppiminen ja vastaavien tilanteiden välttäminen tulevaisuudessa. (kts. potilaan/omaisen vaaratapahtumailmoituksen käsittely ohje).

## 6. PROSESSIT JA TOIMINTATAVAT

### 6.1 Prosessikuvaukset ja laadunhallinta

Kuntayhtymässä otetaan käyttöön SHQS laatuohjelma, joka on jatkuvaa kehittämistä tukeva laatujohtamisen työkalu. Käyttöönotto tapahtuu vaiheittain ja vuoden 2021 aikana tehdään johdon kriteeristöllä johtamisen itsearviointi sekä työyksikkökohtaiset itsearvioinnit yksikkö- ja prosessikriteeristöllä.

SHQS-laatuohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön tarkoitettu laadunhallintaa ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva laatujohtamisen työkalu. SHQS-laatuohjelma perustuu arviointikriteeristöön (=standardi), joka on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laatutarpeita. SHQS-laatuohjelma sisältää ISO 9001 -standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon alalle soveltuviksi. Siinä on huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, valtakunnallisia suosituksia ja hyviä hoitokäytäntöjä. SHQS-laatuohjelmaa hyödynnetään laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä Suomessa. Se koostuu arviointikriteeristöstä, jonka avulla kuntayhtymä arvioi omaa toimintaansa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin, hyviin hoitokäytäntöihin, näyttöön perustuvaan toimintaan sekä jatkuvan laadunparantamisen periaatteisiin.

SHQS laatuohjelma edellyttää hoitoon ja palveluihin liittyvien prosessien kuvaamista ja kehittämistä. Kuntayhtymän prosessit on kuvattu IMS järjestelmään, jossa ne on ryhmitelty prosessikartaksi sekä yksittäisiksi prosesseiksi. Jokaisesta yksittäisestä prosessista on kuvattu sen nimi, prosessista vastaava viranomainen, prosessin tarkoitus sekä prosessin yhteydet

muihin prosesseihin. Lisäksi prosesseista on kuvattu yhteydet käytössä oleviin tietojärjestelmiin ja toiminnan palveluihin.

Kuntayhtymän palvelut on ryhmitelty kuntayhtymän palvelukarttaan asiakaslähtöisesti (ARC ohjelma). Palvelut on jaoteltu ydinpalveluihin (terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen, terveyden- ja sairaanhoidon, ikäihmisten, lasten-, nuorten- ja perheiden, vammais- ja sosiaali- ja ympäristö- ja terveysvalvonta -palveluihin) ja niitä tukeviin palveluihin (palvelutoimintaa tukevat, toimintaa tukevat ja tuki -palvelut). Kuntayhtymässä on laadittu tiedonhallintamallikuvaus, jossa on kuvattu tarkemmalla tasolla prosessien, palveluiden, tietovarantojen ja -aineistojen sekä tietojärjestelmien yhteydet.

Kuntayhtymän kokonaiskehittäminen ja sen kuvaukset ovat osa tiedonhallintamallia. Kehittämishankkeet, -projektit ja kehittämistyöt on liitetty toiminnan palveluihin, prosesseihin ja kuntayhtymän strategiaan. Hankkeiden, projektien ja kehittämistöiden osalta tehdään säännöllistä arviointia ja priorisointia sekä tehdään tavoitetilän ja osaltaan muutosvaikutusten arviointia vastuualue- ja johtoryhmätasolla.

Kuntayhtymän kehittämisen johtamisen mallin mukaisesti kehittämis ehdotukset viedään ensin ideasalkkuun ja koordinoititimiin käsittelyyn. Koordinointitimi koostuu kehittämisen, asiakas- ja potilasturvallisuuden, tietohallinnon, tietosuojan, asianhallinnan, talouspalvelujen sekä digi- ja tietohallintojohtajuuden asiantuntijoista. Koordinointitimi esittää tarvittavia lisäselvityshuomioita kehittämis ehdotukseen sekä ottaa kantaa kehittämistyön toteutusluonteeseen (projektoitu kehittäminen eli hanke tai projekti, kokeilu vai jatkuva kehittäminen) ja strategiseen tavoitteeseen.

Kehittämis ehdotukset tarkastetaan (hyväksytään / hylätään) kvartaaleittain vastuualueiden johtoryhmissä sekä kuntayhtymän johtoryhmässä. Hyväksytyt kehittämis ehdotukset viedään kehittämissalkkuun. Vastuualue- ja johtoryhmäkäsittelyissä arvioidaan (strategia, aikataulu, kehittämistyön luonne) ja priorisoidaan sekä uusia että käynnissä olevia hankkeita, projekteja ja kehittämistöitä.

Vastuualueiden johtoryhmissä tehdään jatkuvaa toiminnan palvelujen ja prosessien arviointia ja tunnistetaan mahdollisia kehittämistarpeita. Palvelukartta, prosessikartta, palvelusalkku (kuntayhtymän tuottamat palvelut taulukoituna) ja prosessisalkku (kuntayhtymän palvelutoimintaa tuottavat prosessit taulukoituna) pidetään ajan tasalla ja tiedot tarkastetaan vähintään jokaisen kalenterivuoden alussa.

## 6.2 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidon turvallisuus ovat oleellinen osa potilasturvallisuutta. Potilaan kannalta turvallinen lääkehoito tarkoittaa sitä, että hän saa oikeaa lääkettä oikealla annoksella oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annosteltuna. Kuntayhtymän lääkehoitosuunnitelma on päivitetty keväällä 2018, jossa on määritelty turvallisen lääkehoidon toimintatavat. Kuntayhtymässä on myös tarjolla potilaille myös lääkehoidon arviointipalvelua, johon on laadittu erilliset kriteerit.

## 6.3 Laiteturvallisuus

Vuonna 2010 voimaan tullut Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) ja laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) edistävät terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta.

Laki edellyttää myös mm. seurantajärjestelmää, joka sisältää riittävät tiedot laitteiden jäljittämiseksi. Kuntayhtymässämme laiterekisterinä toimii Effector -järjestelmä, jonne

16.11.2021

15(22)

kirjataan kaikki em. lain tarkoittamat laitteet ja jossa seurataan laitteiden sijaintia, niiden vikahistoriaa, huoltoja jne. Tätä työtä varten kuntayhtymässämme on jokaiseen työyksikköön nimetty laitevastaavat, joiden tehtävänä on mm. viedä työyksikkönsä laitteet laiterekisteriin, huolehtia, että työyksikön laitteet toimitetaan huoltoon ja kalibroitavaksi säännöllisesti ja toimivat työyksikkönsä yhteyshenkilönä ja tiedonvälittäjänä laiteturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Myös laitteiden turvallinen ja oikeaoppinen käyttö on ensiarvoisen tärkeää. Osaamisen varmistamiseksi kuntayhtymässä on tehty päätös, että työyksiköissä otetaan käyttöön työntekijäkohtaiset laitepassit.

Kuntayhtymän laitehallinnasta ja laiteturvallisuudesta on tehty oma kuvaus ”Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän laiteturvallisuussuunnitelma – laitehallinnan toimintamalli”.

## 6.4 Yhteiset toimintatavat

### Tiedonkulun varmistus

Kommunikaation ongelmat ovat usein syynä lääkitys virheisiin, hoidon viivästymisiin ja leikkausvirheisiin (esim. väärä puoli). Kommunikaatio ongelmien taustalla on useita eri tekijöitä, kuten esimerkiksi erilaiset työhön liittyvät keskeytykset. Potilaan turvallinen ja laadukas hoito edellyttää aukotonta tiedonkulkua potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. Työyhteisöissä tulee olla yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitavassa tiimissä ja hoitoketjussa toimivien kesken. Erityisen tärkeää on, että jos jostain syystä annetaan suullisia lääkemääräyksiä tai hoito-ohjeita esim. puhelimitse, tulee ne AINA varmistaa toistamalla ne määräyksen antajalle. Tämän jälkeen ne tulee kirjata välittömästi ja selkeästi potilaan tietoihin sekä lääkkeen määrääjän, että lääkkeen antajan toimesta.

Kommunikaation ongelmat kuten esim. tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset myötävaikuttavat merkittävästi haittapahtumiin. Näitä ongelmia varten on kehitetty ISBAR menetelmä, joka on yhdenmukainen, selkeä ja yksinkertainen tiedonvälityksen apuväline, jota voidaan soveltaa kaikki toimintaympäristöissä ja tiedonsiirtotilanteissa. Kuntayhtymä edellyttää ISBARin käyttöä toimintayksiköissään. Kts tarkemmin intra -> työn apuna -> potilas- ja asiakasturvallisuus -> tiedonkulku ISBAR

### Potilaan tunnistaminen

Potilaan luotettava tunnistaminen on turvallisen hoidon ehdoton edellytys ja se tulee tehdä aina kun potilasta hoidetaan. Se on jokaisen työntekijän vastuu ammattiryhmää katsomatta. Erityistä huomiota potilaan tunnistamiseen tulee kiinnittää eri yksiköiden välisissä siirtotilanteissa, toimenpiteissä sekä lääkehoitoa että verensiirtoja tehdessä. [Kuntayhtymässä on tehty ohje potilaan yhdenmukaisen tunnistamisen vuoksi.](#)

### Tarkistuslistat

Leikkaustiimin tarkistuslista

Kuntayhtymän lääkehoitosuunnitelmasta löytyy

- Lääkehoitoon perehtymisen tarkistuslista
- Kotiuttamisen tarkistuslista
- Jatkohoitoon siirron tarkistuslista
- Tarkistuslista kaatumisten vähentämiseen eri toimipisteissä
- Lääkityksen tarkistuskortti

## 6.5 Dokumentointi ja kirjaaminen

Potilasasiakirjojen huolellinen laatiminen on tärkeää sekä potilasturvallisuuden ja potilaan tiedonsaantioikeuden toteuttamisen, että terveydenhuollon ammattihenkilön oman

16.11.2021

16(22)

oikeusturvan kannalta. Kuntayhtymään on laadittu potilastiedon käsittelyopas, jonka tarkoituksena on, että potilasasiakirjojen ja tietojen käsittely ja luovuttaminen tapahtuvat lakien ja asetusten mukaisesti kuntayhtymässä. Tarkoituksena on myös ohjata käyttäjää käyttämään sähköisiä tietojärjestelmiä niin, että tietojen olemassaolo, oikeellisuus, käytettävyys, luottamuksellisuus ja palveluiden jatkuvuus eivät vaarannu.

[Potilastiedon käsittelyopas](#)  
[Hoitoprosessin kirjaaminen kuntayhtymässä \(3.4.2014\)](#)

Kuntayhtymässä on aloitettu hoitotyönkirjaamisen auditointi keväällä 2018. Auditoinnilla selvitetään, tehdäänkö kirjaaminen annettujen ohjeiden mukaisesti, mikä on kirjaamisen laatu ja rakenteisuus. Auditoinnin avulla saadaan selville kirjaamiseen liittyvät kehittämistarpeet.

## 6.6 Kaatumisten ehkäisy

Kuntayhtymä on mukana alueellisessa kaatumisten ehkäisyverkostossa (AKE). Sen tavoitteena on vähentää vakavien kaatumistapaturmien määrää alueellisesti. Kts tarkemmin intra -> työn apuna -> potilas- ja asiakasturvallisuus -> kaatumisten ehkäisy. Kuntayhtymässä on linjattu, että kaikille osastoille tuleville yli 70-vuotiaille potilaille tehdään kaatumisriskiarviointi FRAT mittarilla. Jos potilaan tulosy on kaatuminen tai FRAT arvo on korkea riski, tehdään pegasokseen merkintä PROV-, jolloin tieto välittyy proviisorille lääkehoidon arviointia varten.

## 6.7 Painehaavojen ehkäisy

Painehaava on yleinen kudoksen vaurio, jota esiintyy noin 5–15%:lla kotihoidossa, asumispalveluissa ja osastopalveluissa olevilla potilailla. Painehaavat ovat kivuliaita, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektioalttiutta, kuolemanvaaraa, hoitohenkilökunnan työtaakkaa ja aiheuttavat huomattavia kustannuksia. Painehaava n ehkäisyssä olennaista on painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistaminen ja luulokekohtiin kohdistuvan paineen ja venytyksen poistaminen tai minimointi. Painehaavojen ehkäisyssä käytetään [BRADEN](#) luokitusta sekä noudatetaan painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä hoitosuosituksista. [Kuntayhtymässä on tehty ohje painehaavojen tunnistamisesta, niiden arvioinnista BRADEN luokitusta käyttäen sekä niiden ilmoittamisesta HaiPro järjestelmään.](#)

## 6.8 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Infektiotiedot kerätään kaikista terveyden- ja sosiaalihuollon potilaista, joille on hoidon aikana syntynyt tai saanut alkunsa infektio. Ilmoitettavat infektiot ovat: leikkaushaava (30vrk, vierasesinekirurgia 1v), oireinen VTI, suolistoinfektiot (noro, clostridium, muut), keuhkokuume, sepsis (kliininen ja viljelypositiivnen), kanyyli-infektiot sekä ihoinfektiot. Hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittamiseen on lomake joka täytetään ja lähetetään hygieniahoitajalle. Käsihygieniaan liittyvät ohjeistukset löytyvät QF ohjelmasta.

KYSissä on tuotettu perehdytyksen ja koulutuksen tueksi Planet eStreamista löytyvät opetusvideot:

”Käsihuuhteen oikea käyttö”

<https://www.youtube.com/watch?v=eTIs28jTdl0&feature=youtu.be>

## 7. JATKUVA SEURANTA, RAPORTOINTI JA KEHITTÄMINEN

### 7.1 Hilmo ja avohilmo

Hilmo-tiedot muodostavat merkittävän osan Suomen virallisista tilastoista sekä kansainvälisille toimijoille kuten EU:lle, WHO:lle, OECD:lle, NOMESKO:lle ja NOSOSKO:lle välitettävistä



16.11.2021

17(22)

tilastoista. Tietoja käytetään myös valtakunnallista tai paikallista päätöksentekoa palvelevissa raporteissa ja selvityksissä. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä kattaa merkittävän osan sosiaali- ja terveydenhuollon laitos- ja asumispalveluista. Vuodesta 2011 alkaen hoitoilmoitusjärjestelmä on laajentunut koskemaan myös perusterveydenhuollon avohoitoa (Avohilmo).

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. Hoidon haittavaikutuksen tilastointi mahdollistaa osaltaan potilashoidon laadun ja turvallisuuden seurannan. Hoidon haittavaikutustyyppi ilmoitetaan ICD-10-koodeilla Y40–Y84 tai Y88.0–Y88.3. Hoidon haittavaikutustyyppien koodit ovat lisäkoodeja ilmaisemassa haittavaikutuksen syytä ja ne tulee aina liittää varsinaiseen diagnoosiin.

## 7.2 Ilmoittamisvelvollisuudet

Organisaatiot ovat velvollisia ilmoittamaan tietyistä vakavista vaaratapahtumista valvontaviranomaisille

- [lääkkeiden vakavat haittavaikutukset – Fimea \(lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus\)](#)
- [lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden vakavat vaaratilanteet – Fimea](#)
- [säteilyn käyttöön liittyvät poikkeavat tilanteet – STUK \(Säteilyturvakeskus\)](#)
- [sairaalainfektiot – Siro \(THL, Infektioepidemiologian ja -torjunnan osasto\)](#)
- [implanttirekisteri \(THL\)](#)
- [tartuntatauti ilmoitukset \(THL\)](#)
- [verensiirtohaitta \(SPR\)](#)

## 7.3 Vaaratapahtumien raportointi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä käytetään vaaratapahtumien raportointiin HaiPro-ohjelmaa, johon on linkki kuntayhtymän sisäisen tiedotuskanavan (intran) etusivulla. Kaikkien organisaation työntekijöiden sekä opiskelijoiden tulee tehdä vaaratapahtumailmoitus havaitessaan haitta- (potilaalle koitui haittaa) tai läheltä piti -tapahtumia (potilaalle olisi voinut aiheutua haittaa).

### Miten ilmoitetaan

Haitta- ja läheltä piti -tapahtumat ilmoitetaan sähköisellä ilmoituslomakkeella, josta ne kirjautuvat suoraan tietokantaan jatkokäsittelyä varten. Sähköinen lomake sisältää valikoissa valmiit vaihtoehdot taustatiedoille ja muut tarvittavat tiedot. Ilmoittaja kirjaa vapaamuotoisesti lomakkeelle. Ohjelmassa on mahdollisuus lisätietojen pyytämiseen ja palautteen antamiseen ilmoittajalle. Jos ilmoituksen haluaa tehdä yläsavolaiselle yksityiselle palveluasumisen tarjoajalle, on ilmoitus tulostettava paperille, täytettävä käsin tapahtumapaikka ja lähetettävä se postitse kyseessä olevan yksikön esihenkilölle. Vuoden 2013 alusta alkaen on ollut mahdollista tehdä vaaratapahtuma ilmoitus sähköisesti KYSiin kaikkiin hoitoyksiköihin.

### Miten käsitellään

Ilmoituksesta tulee sähköposti käsittelijälle. Käsittelijänä on esihenkilö tai hänen valtuuttamansa henkilö. Ilmoituksen saanut käsittelijä tekee jokaisesta ilmoitetusta tapahtumasta alustavan analyysin, luokittelee ja tallentaa ilmoituksen järjestelmään. Ilmoituksen käsittely tulee tehdä mahdollisimman nopeasti, viimeistään kuitenkin kuukauden kuluessa. Ilmoitukset käsitellään aina siinä yksikössä, jossa vaaratapahtuma on tapahtunut,

16.11.2021

18(22)

joten tarvittaessa ilmoitus siirretään käsiteltäväksi oikeaan yksikköön. Käsitelijä voi siirtää yksikön toimintaa laajempaa kokonaisuutta koskevat ilmoitukset käsiteltäväksi ylemmälle tasolle. Valmiiksi käsitelty ilmoitus voidaan myös niin halutessa lähettää ylemmälle tasolle tiedoksi. Työyksikön esihenkilö vastaa siitä, että vaaratapahtumat käsitellään osastokokouksissa kuukausittain tai tarvittaessa välittömästi ilmoituksen tultua. Ilmoitettuja tapahtumia ja tarvittavia kehittämistoimia tarkastellaan yhdessä ja moniammatillisesti. Tarvittaessa asiasta tiedotetaan laajemmin organisaatiossa. Turvallisuusriskit tulee saattaa nopeasti henkilökunnan tietoon, jotta vastaavilta tilanteilta tulevaisuudessa välttyään.

#### **Miten vaaratapahtumatietoja hyödynnetään**

Raportoinnin kautta saatava tiedon käsittely työyksikössä on olennaista ilmoitusaktiivisuuden säilyttämiseksi ja kasvattamiseksi. Turvallisuusriskeistä tulee antaa henkilökunnalle viivytyksettä tietoa, jotta vastaavat tapahtumat eivät enää toistu. Vaaratapahtuman perusteella tehty kehittämistyö on mm. työympäristön tai laitteiston parannus, henkilökunnan perehdytys tai koulutus, työkäytäntöjen muutos, varmistusmenettelyn lisääminen, yksikön sisäisten prosessien kehittäminen ja yksikköjen välisen yhteistoimintaprosessien kehittäminen.

Organisaatio ja aluetasolla tietoa hyödynnetään nostamalla esiin sellaisia potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä/tilanteita, joiden voidaan olettaa toistuvan useassa yksikössä. Raportoinnin pohjalta saadun tiedon avulla kehitetään hyviä käytäntöjä.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinnoista jaetaan tutkinnasta saadut suositukset intrassa koko henkilökunnalle. Lisäksi niiden osalta seurataan suositusten käyttöönottoa laajemmalti organisaatiossa kyselyn avulla. Vaaratapahtuman sattumayksikössä järjestetään erillinen seurantapala-veri suositusten käyttöönoton edistymisestä.

#### **7.4 Lääkintälaitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät ilmoitukset**

Terveysturvallisuuden laitteen tai tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta on aina tehtävä ilmoitus Valviralle niin pian kuin mahdollista; Vakavasta vaaratilanteesta 10 vuorokauden kuluessa siitä, kun käyttäjä tai valmistaja on ensimmäisen kerran saanut tiedon tapahtumasta ja läheltä piti -tapauksesta 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoittamisvelvollisuus koskee Suomessa laitteiden ja tarvikkeiden valmistajia ja ammattimaisia käyttäjiä sekä laitteita ja tarvikkeita maahantuovia yrityksiä. Ilmoituksen tekemättä jättäminen on säädetty rangaistavaksi. ([Määräys 4/2010](#))

Kuntayhtymässä ilmoitukset tehdään HaiPro järjestelmän kautta, josta on yhteys Valviraan.

#### **7.5 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta**

[Vakavan vaaratapahtuman tutkinta](#) on osa kuntayhtymän laadunhallintaa ja omavalvonnan kokonaisuutta, josta on tehty oma erillinen ohje. Tutkinnassa analysoidaan yksittäistä vakavaa vaaratapahtumaa, läheltä piti -tilannetta tai haittatapahtumien sarjaa. Tutkinnan tavoitteena on löytää tapahtuman taustalla olevat, järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä muut kehittämiskohteet. Tarkoitus on parantaa potilas- ja asiakasturvallisuutta ja estää vastaavanlaisten tilanteiden tapahtuminen tulevaisuudessa. Vakavan vaaratapahtuman tutkinnan aikana ei tutkita, onko henkilökunta toiminut vaaratapahtumatilanteessa olosuhteet huomioon ottaen asetettujen normien mukaisesti. Tutkinnan tuloksia ei käytetä syyllisyyden määrittelyyn tai mahdollisten vastuukysymysten arviointiin.

Johtava lääkäri tekee päätöksen tutkintaan otettavasta vaaratapahtumasta ja varmistaa tutkinnan resursoimisesta. Tutkinta tulee aloittaa mahdollisimman pian tapahtuman

16.11.2021

19(22)

sattumisesta. Johtava lääkäri nimeää tutkintaryhmän puheenjohtajan, tutkintaryhmän (n. 2–3 hlöä) sekä tiedottaa tutkinnan aloittamisesta niiden yksiköiden henkilökuntaa, jota tutkinta koskee.

Vakavan vaaratapahtuman tutkinnasta saadut suositukset jaetaan intrassa koko henkilökunnalle. Lisäksi niiden osalta seurataan suositusten käyttöönottoa laajemmalti organisaatiossa kyselyn avulla. Vaaratapahtuman sattumayksikössä järjestetään erillinen seurantapala-veri suositusten käyttöönoton edistymisestä.

## 7.6 Muistutukset ja kantelut

Potilaalla/asiakkaalla on oikeus saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista). Terveyden – ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä potilaalla on oikeus kannella hoidostaan aluehallintovirastolle, Valviralle tai eduskunnan oikeusasiamiehelle. Jos potilas ei ole alun perin tehnyt asiassa muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi. Toimintayksikkö toimittaa annetun vastauksen siirron tehneelle valvontaviranomaiselle.

Potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutusten teossa, tiedottaa ja neuvoo potilaan oikeuksista ja asemasta sekä edistää muilla tavoin potilaan oikeuksien toteutumista. Potilasasiamies on puolueeton, ei tee päätöksiä eikä ota kantaa klinisiin hoitopäätöksiin.

Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus saada laadultaan hyvää sosiaalihoitoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus kohtelustaan sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan oikeutta hakea muutosta palvelua tai tukitoita koskevaan viranhaltijapäätökseen taikka oikeutta kannella asiastaan sosiaalihoitoa valvoville viranomaisille. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä ostaa sosiaaliasiamiespalvelut Merikratos OY:ltä. Sosiaaliasiamies palvelee sekä julkisen että yksityisen sosiaalihuollon asiakkaita. Sosiaaliasiamies toimii asiakkaan oikeuksien edistämiseksi tiedottamalla ja neuvomalla asiakkaan asemasta ja oikeuksista, neuvomalla muistutuksen laatimisessa sekä edistämällä muilla tavoin sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksien toteutumista.

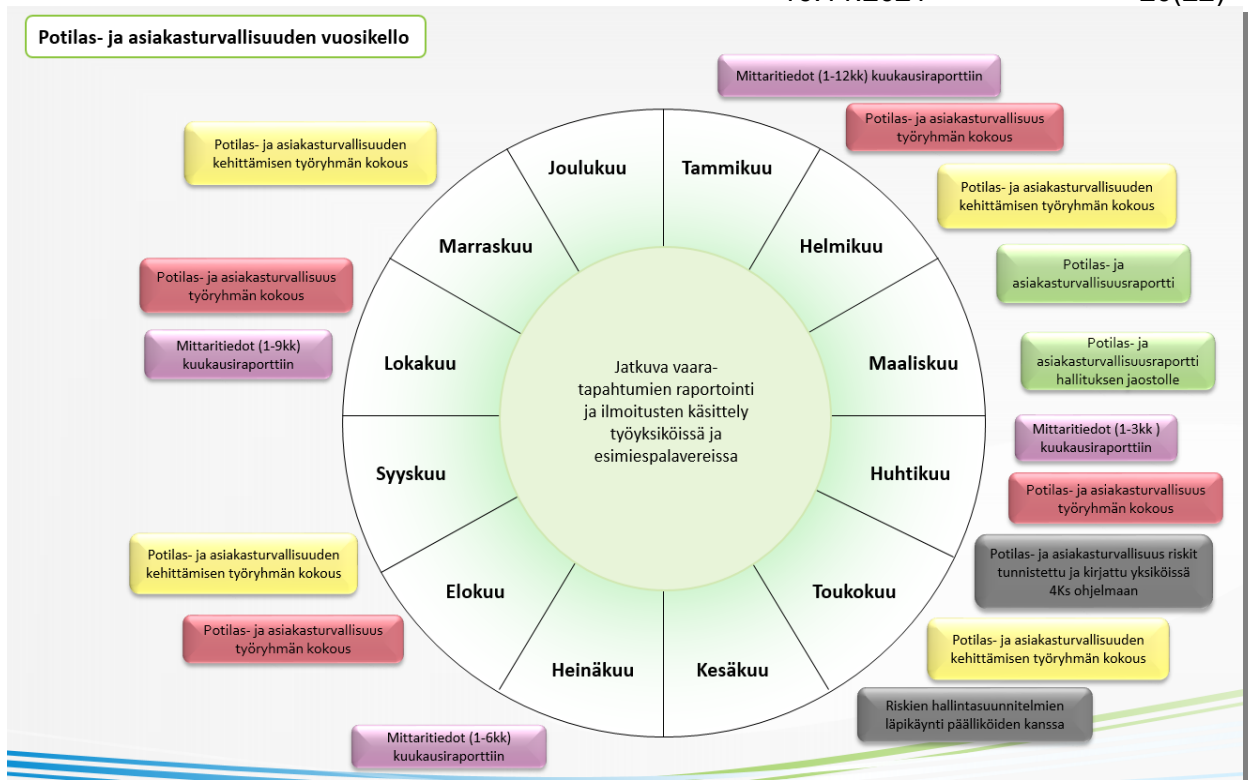
Potilas- ja sosiaaliasiamiehen yhteystiedot löytyvät [kuntayhtymän internetsivuilta](#).

## 7.7 Potilasvahinkoilmoitukset

Terveyden- ja sairaanhoitoon liittyy aina riskejä, joiden toteutumista ei kaikissa tapauksissa voida välttää parhaalla mahdollisellakaan hoidolla. Jos potilaalle aiheutuu terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä henkilövahinkoja, niihin voi hakea korvausta [potilasvakuutuskeskuksesta \(PVK\)](#). Potilaan tai omaisen voi olla itse vaikea arvioida, voisiko kyseessä olla potilasvahinko ja kannattaako tapauksesta tehdä vahinkoilmoitus. Arvioinnin helpottamiseksi PVK on suunnitellut yksinkertaisen [verkkotestin](#), jonka avulla nähdään, voidaanko tapaukseen soveltaa potilasvahinkolakia. Kuntayhtymässä seurataan potilasvakuutuskeskuksen tilastopalvelujen avulla potilasvahinkojen lukumäärää.

## 7.8 Potilasturvallisuuden seuranta ja mittaaminen

Potilasturvallisuuden kehittymistä seurataan aktiivisesti osana organisaation normaalia johtamistoimintaa. Laatu- ja potilasturvallisuus keskusteluita ja riskienarviointia käydään säännöllisesti osana normaaleja yksikön kokous yms. käytäntöjä. (Kuvio 2).



**Seuranta organisaatotasolla** Potilasturvallisuuden ja laadun seuranta ja siihen perustuva kokonaisvaltainen kehittäminen koko organisaatiossa on johtoryhmän vastuulla. Asiantuntijat ja eri työryhmät tukevat johtoryhmää kehityksen seurannassa keräämällä ja käsittelemällä potilasturvallisuuden kehittämisessä käytettävää tietoa keskeisimpien kehittämisalueiden tunnistamiseksi.

**Seuranta vastuualue- ja tehtäväalueella** tapahtuu vastuualuejohtajien ja tehtäväaluepäälliköiden toimesta. He seuraavat ja arvioivat tehtäväalueensa potilasturvallisuutta käyttäen hyväksi vaaratapahtumailmoituksia, potilasturvallisuusmittaritietoja, potilaspalautteita sekä henkilökunnan palautteita.

**Seuranta yksikötasolla** tapahtuu vastaavan lääkärin ja työyksikön esihenkilön toimesta. He seuraavat ja arvioivat työyksikkönsä potilasturvallisuutta ja toimeenpanevat kehittämistoimenpiteitä ja arvioivat niiden vaikuttavuutta.

Kuntayhtymässä seurataan kahta potilasturvallisuusmittaria: läheltä piti -tilanteiden % osuus kaikista ilmoituksista sekä kehittämistoimenpiteisiin johtaneiden ilmoitusten % osuus kaikista ilmoituksista. Näitä seurataan koko kuntayhtymä tasolla sekä vastuualue- ja tehtäväalueella. Nämä raportoidaan kuntayhtymän hallitukselle kvartaaleittain.

Tämän lisäksi tieto- ja kehittämispalvelujen päällikkö laatii kerran vuodessa potilas- ja asiakasturvallisuusraportin, joka pitää sisällään kuntayhtymätasolla vaaratapahtumaraportin (HaiPro), potilasvahinkoraportin sekä lyhyen koosteen keskeisimmistä jo tehdyistä kehittämistoimenpiteistä sekä kehittämiskohteista seuraavalle vuodelle. Raportti viedään käsiteltäväksi yhtymähallituksen jaostoon.

## 7.9 Valvonta ja omavalvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnassa korostuu palveluntuottajien oma vastuu toiminnan asianmukaisuudesta ja tuottamiensa palvelujen laadusta sekä asiakas- ja

16.11.2021

21(22)

potilasturvallisuudesta. Vanhuspalvelulaissa säädettiin julkisille palvelujen tuottajille velvollisuus ottaa käyttöön suunnitelmallinen omavalvonta vuoden 2015 alussa. Vastaava velvollisuus tuli kaikille yksityisille sosiaalipalveluille vuonna 2012. Uudessa sosiaalihuoltolaissa omavalvonta säädettiin otettavaksi käyttöön kaikissa sosiaalihuollon palveluissa 1.4.2015 alkaen.

Omavalvonta on keino parantaa hoidon laatua sekä potilaiden oikeusturvaa. Omavalvonnan tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa laadukasta ja turvallista terveydenhuoltoa. Omavalvontasuunnitelmassa kuvataan, miten palveluntuottaja varmistaa palvelujen toteuttamisen laadukkaasti ja asiakasturvallisesti. Omavalvontasuunnitelmassa tulee varautua mahdollisiin kriittisiin tilanteisiin sekä kuvata kuinka toimitaan, jos palvelu ei toteudu asetettujen tavoitteiden mukaisesti tai asiakasturvallisuus uhkaa vaarantua. Omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joten se tulee voida antaa asiakkaalle. Suunnitelman tulee lisäksi olla nähtävillä palveluntuottajan toimitiloissa ilman erillistä pyyntöä. Omavalvonta perustuu yksikössä toteutettavaan riskinhallintaan, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta.

Omavalvontasuunnitelmat oman toiminnan osalta

- Kuntayhtymän kotihoito
- Kuntayhtymän asumispalvelut
- Kuntayhtymän sosiaalikeskukset
- Kuntayhtymän kehitysvammayksiköt
- Lastenkoti Taskukello
- Tietoturvaan, tietosuojaan sekä tietojärjestelmien käyttöön liittyvä omavalvontasuunnitelma

Kuntayhtymässä on laadittu valtakunnallisten linjausten mukaisesti sosiaali- ja terveystalouden yhteinen valvontasuunnitelma. Sen tavoitteena on konkretisoida kuntayhtymän valvonnan laatuvaatimukset, lakisääteiset valvontavelvoitteet, valvottavat kohteet ja valvonnan vastuut sekä antaa toimintalinjat valvonnasta vastaaville ja valvontaa toteuttaville viranhaltijoille ja työntekijöille. Valvontasuunnitelma tukee myös palveluntuottajia toiminnan kehittämisessä ja riskien hallinnassa. Kuntayhtymän tavoitteena on kehittää valvonnan menetelmiä ja vaikuttavuutta siten, että valvonnan painopiste siirtyy entistä enemmän ennakoivaan valvontaan ja palveluntuottajien omavalvontaan.

## 7.10 Palvelujen saatavuuden seuranta

Terveydenhuoltolaissa säädetään sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Tarkemmin hoitotakuun määräajoista STM:n sivuilla. Sosiaalipalveluja myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella kunnan asukkaille. Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivytystä. Tätä tarkempia määräaikoja on säädetty ikäihmisten palvelujen tarpeen arvioinnille, vammaisten henkilöiden palvelutarpeen selvittämiseksi, lastensuojelun tarpeen arvioinnille ja selvityksen tekemiselle, toimeentulotukipäätöksen tekemiselle sekä toimeentulotukiasiakkaan pääsy keskusteluun sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa. Kuntayhtymä seuraa näiden toteutumista säännöllisesti ja raportoi niistä THL:lle ja kuntayhtymän jaostolle.

## 8. ALUEELLINEN YHTEISTYÖ

Alueellinen potilasturvallisuusneuvosto on moniammatillinen työryhmä, joka koostuu potilasturvallisuuden asiantuntijoista ja linjaorganisaation edustajista.

16.11.2021

22(22)

Potilasturvallisuusneuvoston tehtävänä on edistää potilasturvallisuuskulttuuria ja kehittää potilasturvallisuustoimintaa sekä edesauttaa potilasturvallisuuden seurantarjestelmien luomista. Potilasturvallisuusneuvosto toimii kantaaottavana tahona, suosittaa, tiedottaa ja kouluttaa. PSSHP:n alueelle on tehty alueellinen potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma vuosille 2021–2022. Se tulee linjaamaan toimintaa osin myös kuntayhtymämme osalta.

## Liite 1 Potilas- ja asiakasturvallisuuden käsitteitä

### Potilasturvallisuus

- Potilas/ asiakas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa
- Potilas- ja asiakasturvallisuus on osa hoidon laatua ja kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä käytetään sanaa potilasturvallisuus, mutta sillä tarkoitetaan niin potilaiden, asiakkaiden kuin myös asukkaiden turvallisuutta.
- **Haittatapahtuma**
  - Vaaratapahtuma, joka aiheutti haittaa potilaalle
- **Läheltä piti -tapahtuma**
  - Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ajoissa ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään.
- **Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma**
  - on säännöllisesti päivitettävä asiakirja, joka sisältää potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät menettelyt ja vastuut
- **Vaaratapahtuma**
  - Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma tai olosuhde, joka aiheuttaa tai voi/ olisi voinut aiheuttaa tarpeetonta haittaa potilaalle
- **Vaaratapahtuma ilmoitus**
  - HaiPro-ohjelmaan tehty ilmoitus vaaratapahtumasta tai tunnistetusta turvallisuusriskistä.
- **Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä**
  - Potilas- asiakasturvallisuussuunnitelmassa kuvattu toimintatapa, joka sisältää ilmoituksen tekemisen vaaratapahtumasta, tiedon jatkokäsittelyn, tiedon pohjalta tehdyn kehitystyön ja tiedon säilyttämisen. Raportointijärjestelmä mahdollistaa potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannan ja kehittämistarpeiden määrittelyn.
- **Vaaratapahtumien raportointimenettely**
  - **Prosessi, johon kuuluvat:**
    - Työntekijä tunnistaa vaaratapahtuman ja täyttää siitä ilmoituksen/raportin HaiPro-ohjelmaan.
    - Käsittelijä käsittelee ja luokittelee ilmoituksen
    - Käsittelyn kautta saatu tieto hyödynnetään muuttamalla toimintatapoja ja/tai olosuhteita sekä kehittämällä työvälineitä.
    - Ilmoitus voi johtaa välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin tai tarvittaessa tapahtuman tarkempaan selvittelyyn.
    - Työyksikön esihenkilöt tarkastelevat vaaratapahtuma ilmoituksia säännöllisesti kuukausittain ja tarvittaessa heti, jos ilmoitus edellyttää nopeaa asiaan puuttumista.
- **Vakava vaaratapahtuma**
  - Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä vakava vaaratapahtuma on potilaan tai asiakkaan hoitoprosessiin liittynyt seuraavan lainen poikkeava tilanne:
    - potilaan/ asiakkaan kuolemaan johtanut tilanne
    - henkeä uhannut tilanne, joka on johtanut sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen
    - tilanne, joka on johtanut pysyvään tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen
    - tapahtuma, jossa potilaalle/ asiakkaalle on aiheutunut tai olisi voinut aiheutua merkittävää, vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuu vakava vaara
    - tilanteet, joissa potilaalle/ asiakkaalle on suoritettu virheellinen toimenpide tai toimenpidekohde on ollut väärä, hoito on annettu väärälle potilaalle/ asiakkaalle tai määrätty hoito on jäänyt merkittävilta osin antamatta
  - tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon potilaita/ asiakkaita