

PÄIJÄT-HÄMEEN
HYVINVOINTIYHTYMÄN
LAADUN, ASIAKAS- JA
POTILASTURVALLISUUDEN
SUUNNITELMA
2021-2022

Versio 1
Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä 26.11.2020
Yhtymän johtoryhmä 26.01.2021
Yhtymän hallitus 01.02.2021

Versio 2
Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä 7.2.2022
Yhtymän johtoryhmä 21.2.2022

Sisällysluettelo

Sisällysluettelo	1
1 JOHDANTO	4
2 LAATU-, ASIAKAS - JA POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ	6
2.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka	6
2.2 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen	6
2.2.1 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden vastuut	7
2.2.2 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät	8
2.2.3 Potilasasiamiestoiminta	9
2.2.4 Sosiaaliasiamiestoiminta	9
2.3 Turvallisuuskulttuuri	10
3 LAADUNHALLINTA	11
3.1 Laatujärjestelmä	11
3.2 Muutosohjelma 2020-2024	12
3.3 Prosessien ja toiminnan kehittäminen	12
3.4 Hoitoon ja palveluun pääsy	13
3.4.1 Hoitoon ja palveluun pääsyn tavoiteajat	13
3.4.2 Määräaikaiset terveystarkastukset ja niiden toteutuminen	14
3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelmat ja hoito- ja palvelusuunnitelmat	15
3.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelmat	16
3.7 Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus ja rajoitustoimenpiteet	16
3.7.1 Itsemääräämisoikeus	16
3.7.2 Rajoitustoimenpiteet	17
3.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ammattipätevyudet ja oikeus toimia alan tehtävissä	19
3.9 Hankintamenettelyt ja ostopalvelut	20
3.10 Palvelumuotoilu	20
3.11 Learning from Excellence	21
3.12 Tietoturva ja tietosuoja	22
3.12.1 Omavalvonta ja kouluttaminen	22
3.12.2 Digitaalinen turvallisuus	22
4 RISKIENHALLINTA	23
4.1 Riskienhallintapolitiikka	23
4.2 Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien hallinta	23
4.2.1 Riskien tunnistaminen	24
4.2.2 Riskin suuruuden määrittäminen, merkittävyyden kartoittaminen, toimenpiteiden valinta ja toteuttaminen	25
4.2.3 Seuranta ja arviointi	27
5 TOIMINTAYMPÄRISTÖ	28
5.1 Terveys- ja sairaanhoitopalvelut	28

5.1.1	Akuutti24	28
5.2	Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus.....	29
5.2.1	Ikääntyneiden neuvonta	29
5.3	Perhe- ja sosiaalipalvelut.....	30
5.3.1	Sosiaalihuollon ohjaus ja neuvonta Polku.....	31
5.3.2	Sosiaalipäivystys.....	31
6	OSAAMISEN VARMISTUS	32
6.1	Osaamisen johtaminen.....	32
6.2	Perehdytys ja perehtyminen	32
6.3	Koulutukset	33
6.3.1	Kliinistä toimintaa tukeva hoitotyön täydennyskoulutus	33
6.3.2	Verkkokoulutukset.....	33
6.3.3	LOVE-koulutus	35
6.3.4	Simulaatiokoulutus	35
6.3.5	Säteilysuojelukoulutus.....	36
6.3.6	Koulutusvideot ja videovälitteinen ohjaus	37
6.4	Kirjasto-tietopalvelu	37
7	LAADUN, ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUDEN VARMISTUS.....	38
7.1	Asiakkaan, potilaan ja läheisen osallistaminen	38
7.1.1	Asiakasraati	39
7.1.2	Vaikuttamistoimielimet.....	40
7.2	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	41
7.3	OLKA järjestö- ja vapaaehtoistoiminta.....	41
7.4	Asiakaspäällikkö / Case Manager -toiminta	42
7.5	Lääke -ja lääkitysturvallisuus	43
7.6	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	44
7.7	Tiedonvälitys ISBAR.....	44
7.8	Kirjaaminen	45
7.8.1	Kirjaamisen auditointi	45
7.8.2	Hoidon kirjaaminen LifeCaressa.....	45
7.8.3	Sosiaalihuollon Kanta-projekti	46
7.9	Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuus.....	46
7.10	Kaatumisten ehkäisy	47
7.11	Painehaavan ehkäisy	47
7.12	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito.....	48
7.13	Leikkaustiimin tarkistuslista	48
7.14	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	49
7.15	MET-toiminta (Medical Emergency Team).....	49
7.16	APS-toiminta (Acute Pain Service)	50
7.17	GTT- menetelmä (Global Trigger Tool).....	51

7.18 Laaturekisterit.....	51
8 LAADUN, ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUDEN SEURANTA JA ARVIOINTI	52
8.1 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportointi.....	52
8.2 Yksikkö-/tuloaluekohtaiset omavalvontasuunnitelmat	52
8.2.1. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus.....	53
8.2.2. Perhe- ja sosiaalipalvelut	53
8.3 Ulkoistettujen palveluntuottajien laadunvalvonta.....	54
8.3.1 Terveys- ja sairaanhoitopalvelut	54
8.3.2 Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus.....	54
8.3.3 Perhe- ja sosiaalipalvelut	55
8.4 Palvelupalaute (QPro)	56
8.5 Vaaratapahtumien raportointi (HaiPro)	56
8.6 Vaaratapahtumatutkinnat ja sisäiset selvitykset.....	57
8.7 Itsearviointit, sisäiset auditoinnit ja johdon katselmukset	57
8.8 Asiakas- ja potilasturvallisuuskatselmukset (Patient Safety Walkarounds)	58
8.9 Asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurikysely.....	58
8.10 RAI-arviointijärjestelmä.....	59
8.11 Hoitoilmoitusjärjestelmät AvoHilmo ja HILMO.....	60
8.12 Muistutukset, kantelut, potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku	60
8.13 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittarit.....	62
9 ALUEELLINEN JA VALTAKUNNALLINEN YHTEISTYÖ.....	66
9.1 Alueellinen yhteistyö.....	66
9.2 Sosiaalialan osaamiskeskus VERSO	66
9.3 ERVA-yhteistyö	67
10 SUUNNITELMAN YLLÄPITO	67
LÄHTEET JA AIHEESEEN LIITTYVÄÄ MATERIAALIA	68
LIITE 1. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuutta käsitteleviä säädöksiä, ohjeita ja suosituksia	70
LIITE 2. Potilasturvallisuussanasto	71
LIITE 3. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä 2021-2022.....	73
LIITE 4. HaiPro- ja QPro-järjestelmiin tehtyjen poikkeamailmoitusten käsittelylinjaukset.....	1

1 JOHDANTO

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelman tavoitteena on tukea sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiamme arjen työssä laadukkaan ja turvallisen hoidon ja palvelujen toteutuksessa ja kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Suunnitelma pohjautuu yhtymän [strategiaan 2022](#), kansallisiin säädöksiin, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta käsitteleviin ohjeisiin ja suosituksiin (liite 1) sekä yhtymän sisäisiin ohjeisiin ja periaatteisiin. Yhtymän arvojen eli ihmisestä välittäen, yhdessä tehden ja rohkeasti uudistuen tulisi näkyä organisaation ja työntekijöiden päivittäisessä toiminnassa ja sen johtamisessa.

Terveysturvalaki (1326/2010) ja sen perusteella annetut asetukset, Sosiaalihuoltolaki (1301/2014), laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (1346/2016) ovat tärkeimmät säädökset, jotka ohjaavat asiakas- ja potilasturvallisuutta Suomessa. Kesäkuussa 2021 voimaan astunutta lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) huomioidaan vuoden 2022 hyvinvointialueen suunnittelussa. Hyvinvointialue aloittaa toimintansa 1.1.2023. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 edellyttää, että Hyvinvointialueella määritellään valvonnan ja ohjauksen periaatteet ja prosessit, laaditaan omavalvonta- ja laadunhallintaohjelmat sekä palvelutuotannon valvontasuunnitelmat ja asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmat. Lisäksi alueen ohjaukseen nimitetään vaikuttavuusperusteisuus ja osana sitä suunnitellaan palveluiden laadun, mukaan lukien potilasturvallisuuden, ja vaikuttavuuden seuranta ja määritellään tuotannon ohjaukseen arviointimittarit. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuutta tarkastellaan osana alueellista valmistelua ja valmistelua yhteistyössä nykyisten toimijoiden kanssa.

Tämä suunnitelma kattaa yhtymän järjestämisvastuulla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti [Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021](#) edellyttää, että asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa toiminta- ja taloussuunnitelmaa, ja sen tulee sisältyä toimintayksiköiden johtamiseen (kuva 1). Strategian tavoitteena on, että asiakas- ja potilasturvallisuus näkyy toiminnan rakenteissa ja käytännön toiminnassa, ja että palvelut ovat vaikuttavia ja turvallisia. (STM 2017) [Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanosuunnitelmassa](#) ydinteemat, sekä kansallisella että alueellisella tasolla, ovat ennakoiva riskienhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuusosaamisen varmistaminen ja omavalvonta. Yksikkö- ja tulosaluekohtaiset omavalvontasuunnitelmat (8.2.) nojautuvat yhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelmaan. Kansallinen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2022-2026 ja toimeenpanosuunnitelma valmistuvat alkuvuodesta 2022. Uuden strategian linjaukset huomioidaan yhtymän laadun-, potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämistyössä vuoden 2022 aikana.



Kuva 1. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuustoiminta rakenteissa ja käytännön toiminnassa (STM 2017)

Yhtymän johto vastaa palvelujen laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta. Palvelutuotannon johtamisessa korostuu näkyvä vastuunotto asiakas- ja potilasturvallisuudesta ja sen edellytysten varmistamisesta toimintayksiköissä. Hyvä laatu sekä asiakas- ja potilasturvallisuus korostuvat kaikissa toiminnoissa. Työolosuhteet varmistetaan sellaisiksi, että hoito, hoiva ja palvelut voidaan toteuttaa laadukkaasti ja turvallisesti. Organisaatiossa on asianmukaiset voimavarat, edellytykset ja ammatillinen osaaminen tuottaa palveluja. Osaamista myös kehitetään jatkuvasti. Kaikki päätökset, mukaan lukien poliittiset ja taloudelliset, arvioidaan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Vaaratapahtumien ehkäisy toteutetaan riittävällä resurssoinnilla ja kokonaisvaltaisella laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden hallinnalla. Estämällä vaaratapahtumia ja inhimillistä kärsimystä aiheuttavia tapahtumia vähennetään myös kustannuksia.

Yhtymässä tuetaan riskienhallinnan menettelytapoja, asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja toiminnan kehittämistä, turvallisten menettelytapojen systemaattista käyttöä, vakavien vaaratapahtumien selvittämistä, turvallisuuskulttuurin jatkuvaa kehittymistä ja asiakkaiden ja potilaiden osallistamista turvallisuuden kehittämiseen. Asiakas- ja potilasturvallisuustyö kattaa ehkäisevät, hoitavat ja korjaavat sekä kuntouttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Asiakas- ja potilasturvallisuuteen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiva osaava henkilökunta, tilojen ja välineiden asianmukaisuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamiseen liittyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun turvallisuus. (STM 2017)

Terveydenhuoltolain 1326/2010 mukaista laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa ja toteutumista yhtymässä seuraa, koordinoi ja jalkauttaa Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä (liite 3). Ohjausryhmän tehtävänä on yhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimintaohjelman ylläpito.

Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka kuvaa toiminnan kehittämisen tavoitteet (kohta 2.1). Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä politiikan hyväksyy yhtymän hallitus.

Laatujärjestelmän avulla tarkastetaan palvelujärjestelmän rakenne, palveluprosessit ja vaikuttavuus systemaattisesti käyttämällä sovittua arviointikriteeristöä (kohta 3.1).

Asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä on toimintatapojen kokonaisuus, joka on ohjeistettu ja kuvattu organisaatiossa. Tavoitteeksi on asetettu asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen, kehittäminen, koulutus ja tiedottaminen. Asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä on osa turvallisuusjärjestelmää.

Asiakas- ja potilasturvallisuus on yhteinen asiamme - se kuuluu meille kaikille.

2 LAATU-, ASIAKAS - JA POTILASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄ

2.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka

Hyvä asiakkaiden ja potilaiden hoito pohjautuu näyttöön perustuvaan lääketieteeseen, päätöksentekoon ja toimintaan. Tavoitteena on tuottaa asiakkaille ja potilaille heidän tarpeittensa mukaista hyvää hoitoa ja palvelua, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvä asiakaspalvelu perustuu hyvään vuorovaikutukseen asiakkaan/potilaan ja ammattilaisen välillä. Ammattilaiselta tämä edellyttää kuuntelemisen ja havainnoinnin taitoja sekä taitoa osoittaa tukea ja myötätuntoa asiakkaalle. Hyvä hoito edellyttää myös omaisten ja läheisten huomioimista ja kuulemista.

Vastaavasti sosiaalihuollon asiakkailla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun. Sosiaalihuollossa korostuvat palvelutarpeen arviointiin perustuva suunnitelmallinen työskentely, asiakkaan kokonaistilanteen ymmärtäminen ja sen pohjalta toiminnan suunnittelu, asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen läpi asiakasprosessin sekä hyvän hallinnon periaatteet.

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laadun keskeiset elementit ovat asiakaslähtöisyys, kunnioittava ja arvostava kohtaaminen, hyvä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelutuotannon oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, valinnanvapaus, palvelujen vaikuttavuus sekä asiakas- ja potilasturvalliset toimintatavat. Sosiaalihuollon erityispiirteenä korostuu julkisen vallan käyttö ja toiminta viranomaisvastuulla, jota ohjaa laillisuusperiaate ja mahdollisuus valittaa hallinnollisista päätöksistä. Asiakkaiden osallisuus sosiaalihuollon asiakasprosessissa on keskeinen osa laadukasta sosiaalihuoltoa. Palvelut järjestetään, tuotetaan ja toteutetaan siten, ettei asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen eikä taloudellinen turvallisuus vaarannu. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa ja sitä koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä on otettava ensisijaisesti huomioon asiakkaan etu.

Yhtymässä hyvällä laadunhallinnalla tarkoitamme hyvää toiminnan johtamista, suunnittelua, jatkuvaa arviointia, moniammatillista yhteistyötä ja proaktiivista toiminnan kehittämistä yhteistyössä henkilöstön kanssa. Hyvä laadunhallinta turvaa organisaatioomme yhteiset käytännöt, pelisäännöt ja tavoitteet. Työnjako, työnporrastus ja vastuut ovat selkeät. Hyvä laadunhallinta parantaa toiminnan sujuvuutta, lisää vaikuttavuutta ja parantaa kustannustehokkuutta. Lisäksi laadunhallinta vähentää sählyäystä ja hukkaa, varmistaa palveluiden tasalaatuisuuden sekä auttaa kohdentamaan resurssit oikein. Pysyvä ja ammatillisesti osaava ja koulutettu henkilöstö turvaa asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä asiakkaiden oikeusturvan toteutumista.

2.2 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen

Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen edellyttää kaikilla tasoilla systemaattista työtä, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon ja palvelun kokonaisuutta, eri ammattiryhmien välistä moniammatillista yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen ja yli rajapintojen ylittävää prosessien kehittämistä.

Yhtymällä on palvelujen tuottajana vastuu potilas- ja asiakasturvallisuudesta ja palvelujen laadusta. Toiminnan laatu ja turvallisuus varmistetaan prosesseja ja toimintakäytäntöjä kehittämällä, omavalvonnalla ja auditoinneilla. Näitä arvioidaan systemaattisesti johdon katselmuksissa. Organisaatiossa on nimetyt vastuuhenkilöt, joilla on toiminnan edellyttämä asianmukainen koulutus, kokemus ja ammattitaito koordinoita, johtaa ja valvoa, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset. Laadun-, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimeenpanovastuu on linjaorganisaation johdolla, viranhaltijoilla ja operatiivisesta toiminnasta vastaavilla vastuuhenkilöillä. Heidän työtään toiminnan kehittämisessä tukevat asiakas- ja potilasturvallisuuden seurannasta ja koordinoinnista vastaavat henkilöt ja työryhmät. Kokonaisvastuu on yhtymän johdolla. Jokainen työntekijä vastaa hyvästä asiakas- ja potilasturvallisuudesta omassa toiminnassaan.

Laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta käsitteleviä säädöksiä, ohjeita ja suosituksia on koottu liitteeseen 1. Potilasturvallisuussanasto on liitteessä 2.

2.2.1 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden vastuut

Yhtymän laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta koskeva vastuujako on seuraava:

Toimitusjohtajalla on kokonaisvastuu toiminnan laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta koko yhtymässä.

Toimialajohtaja vastaa toimialansa toiminnan laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä niiden laaja-alaisesta kehittämisestä. Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialajohtajalla on lääketieteellinen vastuu laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta. Terveystieteiden lain 57 pykälän mukaisesti toiminnasta vastaa lääkäri.

Laatu- ja potilasturvallisuusylilääkäri vastaa erikseen määritellyn työnjaon mukaisesti yhteistyössä hallinnollisen asiantuntijaylilääkärin ja toimialajohtajien kanssa asiakas- ja potilasturvallisuuden, laadun ja osaamisen kehittämisestä yhtymätasolla, ohjauksesta, arvioinnista ja valvonnasta, viranomaisyhteistyöstä sekä tekee päätökset vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta ja niiden arvioinnista.

Tulosaluejohtaja vastaa tulosalueensa toiminnan laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä niiden laaja-alaisesta kehittämisestä.

Tulosyksikköpäällikkö ja lähiesimies vastaavat vastuualueidensa toiminnan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta ja kehittämisestä.

Hallintoylihoitaja vastaa tehtävänsä ja toimivaltansa rajoissa toiminnan laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta ja niiden laaja-alaisesta kehittämisestä.

Ylihoitaja ja palvelupäällikkö vastaavat vastuualueidensa toiminnan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta ja kehittämisestä.

Laatupäällikkö vastaa yhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden koordinoinnista ja kehittämisestä yhteistyössä toimialojen kanssa. Tehtäviin kuuluu mm. laatujärjestelmän ja laadunvarmistusprosessien ylläpitäminen ja kehittäminen sekä tarkastusten ja auditointien koordinointi.

Kehittämispäällikkö vastaa yhtymän prosessien ja toiminnan laadun sekä näitä tukevien menetelmien kehittämisestä yhteistyössä toimialojen asiantuntijoiden kanssa. Kehittämispäällikkö toimii LEAN-valmentajana sekä IMS-toimintajärjestelmän ja QPro-palvelupalautejärjestelmän pääkäyttäjänä. Tehtävään kuuluu edellä lueteltuihin kokonaisuuksiin liittyvien koulutusten ja työpajojen suunnittelu ja toteuttaminen sekä jatkuva kehittämisen tukeminen.

Potilasturvallisuuskoordinaattorin tehtävänä on avoimen asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen yhtymässä. Asiakas- ja potilasturvallisuustyö sisältää hoidon ja palvelun, lääkityksen ja terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuuden. Potilasturvallisuuskoordinaattori seuraa ja raportoi toimialueensa vaaratapahtumia. Potilasturvallisuuskoordinaattori tekee tiivistä yhteistyötä asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilöverkoston kanssa, ohjaa ja kouluttaa verkoston jäseniä. Potilasturvallisuuskoordinaattori jalkautuu toimintayksiköihin, tukee ja ohjaa yksiköitä turvallisten käytänteiden suunnittelussa ja käytännön toteutuksessa.

Asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilön tehtävänä on tukea asiakas- ja potilasturvallisuuden perehtymistä omassa yksikössään, osallistua asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumien analysointiin sekä osallistua asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilöverkoston tapaamisiin (2-4 kertaa vuodessa).

Tietohallintojohtaja vastaa yhtymän tietoturvallisuuden (tietoturva, tietosuoja, kyberturvallisuus) johtamisesta ja kehittämisestä sekä tietoturvallisuuteen liittyvien määräysten, ohjeiden, suositusten

yms. antamisesta. Lisäksi tehtävänä on ohjata ja valvoa yhtymän digitaalisen turvallisuuden politiikan toteutumista sekä johtaa yhtymässä toimivan tietosuojatiimin työtä.

Tietosuojavastaava vastaa lakisääteisen tietosuojavastaavan tehtävien hoitamisesta yhteistyössä rekisterien vastuuhenkilöiden kanssa. Tietosuojavastaava seuraa tietosuojalainsäädännöstä nousevien velvoitteiden noudattamista yhtymässä, antaa neuvoja tietosuojalainsäädännön mukaisista velvollisuuksista sekä toimii yhteyshenkilönä valvontaviranomaisten suuntaan tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä.

Työhyvinvointipäällikön tehtävänä on työnantajan ja esimiesten avustaminen ja tukeminen niissä tehtävissä, jotka liittyvät työsuojelun asiantuntemuksen hankintaan ja yhteistyöhön työntekijöiden ja työsuojeluviranomaisten kanssa. Yhtymän työsuojeluorganisaation muodostavat työsuojelutoimikunta, työhyvinvointipäällikkö ja työsuojeluvaltuutetut. Työsuojeluvaltuutettujen hallinnollisena esimiehenä toimii työhyvinvointipäällikkö.

Riskienhallinta ja turvallisuuspäällikkö vastaa yhtymän toimitila-, palo-, rikos- ja henkilöstöturvallisuudesta.

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (TLT-laki) 629/2010 mukaisen ammattimaisen käyttäjän nimetty vastuhenkilö toimii TLT-lain edellyttämässä tehtävissä ja vastaa TLT-lain mukaisesta vaaratapahtumaraportoinnista Valviraan.

Potilasasiamiehen tehtäviin kuuluu tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimia hänen oikeuksiensa edistämiseksi. Potilasasiamies auttaa ja neuvoo potilasta selvittämään ongelmaansa hoitopaikassa ja tarvittaessa avustaa potilasta muistutuksen, kantelun tai Potilasvakuutuskeskukselle tehtävän potilasvahinkoilmoituksen tekemisessä.

Sosiaaliasiamies neuvoo asiakkaita asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa muistutuksen teossa, tiedottaa asiakkaan oikeuksista, toimii asiakkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi sekä seuraa asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä ja antaa siitä selvityksen vuosittain kunnanhallitukselle (yhtymässä hallitukselle).

Työntekijä vastaa oman toimintansa laadusta ja turvallisuudesta sekä kehittää omaa työtään ja työympäristöään yhdessä muiden kanssa.

2.2.2 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä koordinoi Terveydenhuoltolain 1326/2010 mukaisen asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista yhtymässä (liite 3). Ohjausryhmän tehtäviä ovat laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönoton tukeminen ja toimeenpano sekä menetelmien vaikuttavuuden arviointi, haittatapahtumien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyuden arvioiminen, raportointi yhtymän johdolle toimeenpanosta ja sen toteutumisesta, laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimintaohjelman ajan tasolla pito sekä alueellinen yhteistyö.

Turvallisen lääkehoidon ohjausryhmän tehtävänä on yhtymän lääkehoitosuunnitelman ylläpito, lääkehuollon yhtenäistäminen, lääkehoidon osaamisen varmistaminen, tukeminen ja arviointi, lääkehoidon täydennyskoulutuksen organisointi, ohjeiden laatiminen ja hyväksyminen, lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien ennaltaehkäisy, haittatapahtumien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden toteutumisen seuranta ja arviointi, lääkehuollon laadunhallinta sekä lääkehoidon omavalvonnan kehittäminen. Ohjausryhmä raportoi lääkehoidon turvallisuudesta yhtymän johdolle vähintään kerran vuodessa. Yhtymän lääkehoitosuunnitelma on päivitetty vuosille 2020-2021 yhteistyössä kaikkien toimialojen edustajien kanssa. Ryhmän toimintaan ovat vaikuttaneet koronan lisäksi yt:n ja organisaatiomuutoksen tuomat henkilömuutokset / haasteet.

Lääkehoitotyöryhmän tehtävänä on valmistella ohjausryhmälle käsiteltävät asiat.

Lääkehoidon neuvottelukunnan tehtävänä on varmistaa, että yhtymässä on lääkehoidon tarpeita vastaavan peruslääkevalikoima (Fimean määräys 6/2012) ja muita välttämättömiä lääkkeitä. Neuvottelukunta seuraa lääkevalikoiman turvallista käyttöä. Lääkeneuvottelukuntaan kuuluu erikoisalojen asiantuntijoita ja sairaala-apteekin edustajia. Peruslääkevalikoiman tavoitteena on ohjata ja yhtenäistää lääkkeiden käyttöä toimintayksikössä sekä varmistaa lääkehoidon tehokkuus, turvallisuus ja taloudellisuus.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän **Lääkeneuvottelukunnan tehtävät 2021-2022:**

- yhtymän lääkehoidon tarpeita vastaavaa peruslääkevalikoiman ylläpito
- lääkkeiden kulutuksen ja kustannusten seuranta
- lääkkeiden käyttökokeilujen ja uusien lääkkeiden käyttöönoton hyväksyminen ja käytön seuranta
- lääkevalikoiman turvallisen käytön seuranta
- toimintaan liittyvä tiedotus
- toimintaan liittyviä esityksien, lausuntojen, suositusten ja ohjeiden laatiminen
- turvallisen lääkehoidon toteutumisen seuranta lääkehoidon ohjausryhmän palautteen perusteella
- Erva -alueella sovittujen kalliiden lääkehoitojen toteutumisen seuranta
- lääkehoitoon liittyvien asioiden esitysten valmistelu johdolle päätettäväksi
- raportointi yhtymän johdolle laatimalla toiminnasta vuosikertomus.

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain mukainen asiantuntijaryhmä koordinoi lain vaatimusten toteutumista yhtymässä.

2.2.3 Potilasasiamiestoiminta

Potilasasiamiehen toiminta perustuu [lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista \(17.8.1992/785\)](#). Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava niin, ettei se loukkaa hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään. Lisäksi laki korostaa potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeutta, aktiivista osallistumista hoitoonsa sekä alaikäisen potilaan asemaa.

Potilasasiamies auttaa ja ohjaa potilaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, tiedottaa potilaan oikeuksista, neuvoo ja auttaa tarvittaessa [muistutuksen](#), kantelun, [potilasvahinkoilmoituksen](#) tai [lääkevahinkoilmoituksen](#) laadinnassa, ja toimii potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Potilasasiamies ei ota kantaa potilaan lääketieteellisiin hoitopäätöksiin eikä siihen, onko hoidossa tapahtunut potilasvahinko.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- luodaan yhtenäinen toimintamalli asiakkaan/potilaan/omaisen kohtaamiselle tilanteessa, jossa asiakas/potilas/omainen on tyytymätön saamaansa hoitoon/palveluun
- järjestetään asiakkaiden/potilaiden/omaisten, potilasasiamiesten ja/tai vastineiden laatijoiden verkostotapaamisia muistutusten vastausten sisällön kehittämiseksi
- kehitetään tilastointia, jotta niistä saadaan luotettavia tietoja toiminnan kehittämisen tueksi
- osallistutaan työryhmien ja johtoryhmien työskentelyyn asiakkaan/potilaan näkökulman tuomiseksi toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen

2.2.4 Sosiaaliasiamiestoiminta

Sosiaaliasiamiehen toiminta perustuu [lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista \(812/2000\)](#). Asiakaslain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Asiakkaalla on

oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää.

Asiakaslain mukaan jokaisen kunnan on nimettävä alueelleen sosiaaliamies. Sosiaaliamiehen tehtävänä on neuvoa sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, tiedottaa asiakkaiden oikeuksista ja neuvoa asiakkaita erilaisten oikeusturvakeinojen, kuten muistutus- ja kantelumenettelyn tai sosiaalipalvelusta annetun hallintopäätöksen muutoksenhaun käytössä, sekä avustaa asiakasta tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Lisäksi sosiaaliamiehen lakisääteisenä tehtävänä on antaa vuosittain selvitys sosiaalihuollon asiakkaiden aseman ja oikeuksien kehityksestä toiminta-alueella. Selvitys annetaan tiedoksi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän hallitukselle ja se julkaistaan myös Sosiaalialan osaamiskeskus Verso –liikelaitoksen verkkosivuilla.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- järjestetään henkilöstölle koulutusta sosiaalihuollon asiakkaiden oikeuksista ja hyvästä kohtelusta
- kokeillaan digitaalisia työkaluja ja uusia tapoja viestiä sosiaaliamiestyöstä
- toteutetaan kysely henkilöstölle asiamiestoiminnan tunnettavuudesta ja odotuksista
- jatketaan sosiaaliamiestoiminnan tunnettavuuden ja hyödynnettävyyden vahvistamista lasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä
- osallistutaan aktiivisesti sosiaaliamiestoiminnan valtakunnalliseen kehittämistyöhön
- jatketaan tiedottamistyötä some-kanavilla sosiaalihuollon asiakkaiden oikeuksista ja sosiaalihuollon ajankohtaisista asioista
- kehitetään ja ylläpidetään sosiaaliamiespalvelun chatbot-neuvontaa
- osallistutaan aktiivisesti hyvinvointialueelle siirtyvän asiamiestoiminnan rakenteiden ja toimintamallin kehittämiseen

2.3 Turvallisuuskulttuuri

Sosiaali- ja terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön tapa toimia siten, että varmistetaan potilaiden ja asiakkaiden saamien palvelujen turvallisuus. Turvallisuuskulttuuri sisältää turvallista toimintaa tukevan johtamisen, arvot, asenteet ja toimintatavat. Turvallisuuskulttuuria edistäviä menetelmiä ovat riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla hallitaan toimintaan liittyviä riskejä ja siten potilaille ja asiakkaille aiheutuvia haittoja. Tämä edellyttää yhteistä vastuuta turvallisuuskulttuurista. (STM 2017) Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuria arvioidaan säännöllisesti. Turvallisuuskulttuurikysely toteutetaan yhtymässä kerran vuodessa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilöt osallistuvat yksikön turvallisuuden edistämiseen ja kehittämiseen
- asiakas- ja potilasturvallisuuden ajankohtaisista teemoista tiedotetaan intrassa kuukausittain
- asiakas- ja potilasturvallisuusriskien arviointi yksiköissä 2021 vuoden loppuun mennessä
- asiakas- ja potilasturvallisuusriskien arviointikoulutukset vuosina 2021-2022

3 LAADUNHALLINTA

3.1 Laatujärjestelmä

Laadunhallinnalla tuetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja kehittämistä asetettujen laadutavoitteiden saavuttamiseksi. Yhtymän johtoryhmän päätöksellä 1.12.2020 kansainvälisesti akkreditoitu SHQS-laatuohjelma (Social and Health Quality Service) on lakkautettu, ja sovittu yhtymässä käytössä olevan IMS-toimintajärjestelmän käytön laajentamisesta.

IMS-järjestelmä on laadunhallintaa tukeva järjestelmä, joka pohjautuu ISO 9001 -laatustandardiin. Tällä hetkellä IMS-järjestelmässä hallinnoidaan toiminnan prosessikuvaukset sekä dokumentit. IMS-järjestelmän käytön laajentaminen laadunhallinnan työkaluna edellyttää arviointikriteeristön käyttöönottoa, minkä pohjalta voidaan rakentaa yhtymän laatujärjestelmää sisältäen itsearviointit, sisäiset auditoinnit ja johdon katselmukset (kohta 8.7). SHQS-arviointikriteeristön mukaan tunnistetut toiminnan kehittämiskohteet (n= 658 kpl) siirretään IMS-järjestelmän *Raportit*-osioon, minkä pohjalta toiminnan arviointia ja kehittämistä edelleen jatketaan. Laadunhallinta on integroitu laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden vuosikelloon (taulukko 1), jossa asetetuissa aikatauluissa tulee huomioida pandemian mahdolliset vaikutukset. Vuonna 2021 yhtymän johtoryhmässä tehtiin päätös, ettei ISO 9001 laatustandardin mukaista arviointikriteeristöä oteta käyttöön. Tämän johdosta ei järjestetty sisäisen auditoinnin eikä johdon katselmusten koulutuksia keväällä 2021. Vuonna 2021 itsearviointeja ei toteutettu, osittain COVID-19 pandemian työpaineisiin liittyen.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- ISO 9001 -laatustandardin mukainen arviointikriteeristö ja itsearviointien toteutuksen aikataulu käsitellään ja hyväksytään yhtymän johtoryhmässä ennen käyttöönottoa
- toteutetaan itsearviointeja
- koulutetaan 20 sisäistä auditointia
- otetaan käyttöön johdon katselmukset
- arvioidaan järjestelmää säännöllisesti ja mahdollisen laaduntunnustussertifikaatin hakemisen näkökulmasta

Taulukko 1. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden vuosikello 2021-2022.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä			2021 2022			2021 2022				2021 2022	2022	
Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2023-2024						2022	2022	2022	2022	2022		
Laadun-, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportti 2021 ja 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022									
Laadun-, asiakas- ja potilasturvallisuuden osavuosi-katsaukset 2021 ja 2022					1-4/2021 1-4/2022				1-8/2021 1-8/2022			
Itsearviointit, kehittämis-kohteet ja -suositukset	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022	2021 2022
Sisäisten auditointien koulutukset			2021	2021					2021	2021	2021	
Sisäiset auditoinnit			2022	2022	2022				2021 2022	2021 2022	2021 2022	
Johdon katselmukset									2021 2022	2021 2022	2021 2022	

3.2 Muutosohjelma 2020-2024

Yhtymän hallitus on hyväksynyt syksyllä 2019 strategiaa täydentävän ja sen käytännön toteutusta tukevan muutosohjelman. Muutosohjelmassa on määritelty yhtymän tärkeimmät kehittämistavoitteet ja keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi vuosille 2020-2024. Tavoitteena on yhtymän toiminnan ja talouden parempi yhteensovittaminen ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen.

Muutosohjelmaa toteutetaan neljän kehityskärjen kautta:

1. Toimeenpanokykyä ja erinomaista henkilöstökokemusta tukeva johtaminen
2. Toimiva kunnat – yhtymä yhteistyö
3. Tasapainoinen ja kustannustehokas palvelurakenne
4. Kustannustehokas palvelutuotanto

Kehityskärjet ovat toimenpideohjelmiä, joita kutakin läpileikkaavat perusteemoina asiakaskokemus ja palvelujen laatu. Viiden vuoden aikana on tarkoitus rakentaa Päijät-Hämeeseen asukkaiden palvelutarpeeseen vastaava, kustannustehokas ja vaikuttava palvelutuotanto, joka on kuntien maksukyvyyn mukainen. Tuottavuutta kehittämällä on tarkoitus ohjata yhtymän kustannuskehitys kohti kuntien maksukyvyyn mukaista tasoa. Muutosohjelmaa johdetaan osana yhtymän johtamisjärjestelmää, ja siitä raportoidaan säännöllisesti hallitukselle sekä työvaliokunnalle. Ohjelmadokumentti liitteineen löytyy täältä: [Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän muutosohjelma 2020-2024](#)

3.3 Prosessien ja toiminnan kehittäminen

Sosiaali- ja terveystaloudissa on keskeistä kuvata hoitoon ja palveluun liittyvät prosessit asiakas-/potilaslähtöisesti. Prosessien mallintaminen ja kehittäminen korostuu myös yhtymän [muutosohjelmassa](#). Prosessien ja toiminnan kehittämisen lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen ja nykytilan ymmärtäminen. Kehittämistarpeet nousevat mm. itsearvioinneista, auditoinneista, omavalvonnasta, vaaratapahtumailmoitusten (HaiPro) ja palvelupalautteiden (QPro) analyyseistä sekä prosessien mallintamisesta. Prosessien mallintamisella hahmotetaan kokonaisuudet, tunnistetaan toimijoiden keskeiset tehtävät ja vastuut, tunnistetaan prosessin riskejä sekä varmistetaan laadukas toiminta.

Yhtymässä on käytössä IMS-toimintajärjestelmä, jonka avulla hallinnoidaan prosessikuvaukset ja dokumentit. Prosessikuvaukset tukevat arjen työtä ja toimivat henkilöstön perehdytyksen tukena. Dokumentteja ovat mm. toimintaohjeet sekä asiakas- ja potilasohjeet.

Prosessien ja toiminnan kehittämisessä hyödynnetään mm. Lean-ajattelua, joka keskittyy prosesseihin ja niiden rajapintoihin. Leanissa korostuu toiminnan asiakas-/potilaslähtöisyys, yhdessä tekeminen ja toisilta oppiminen sekä jatkuva parantaminen. Tavoitteena on keskittyä olennaiseen ja kohdentaa resurssit oikein, jolloin laatu, turvallisuus sekä asiakas- ja työtyytyväisyys paranevat, kustannukset pienenevät ja läpimenoajat lyhenevät. Johtamisfilosofiana Lean korostaa kunnioitusta, läpinäkyvyyttä, jalkautumista, sitoutumista sekä henkilöstön osallistamista kehittämiseen. Nämä kuvastavat hyvin myös Leanin toteuttamisen edellytyksiä.

Yhtymässä on aikaisempina vuosina viety läpi Hyvä Vastaanotto -toimintamalliin perustuvia kehittämiskierroksia, ns. Paras Vastaanotto -hanketta avosairaanhoidossa, suun terveydenhuollossa sekä viimeisimpänä erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminnoissa. Hankkeessa tavoitellaan kysynnän ja tarjonnan tasapainottamista eli saatavuuden parantamista mm. ajanvarauskirjoja ja toimintatapoja kehittämällä. Toimintamallin laajentaminen jatkuu edelleen poliklinikkatoiminnoissa vuonna 2021. Lisäksi siihen kytkeytyy [muutosohjelmassa](#) määritelty yhtymälajajuinen ajanvarauskirjojen käytön yhtenäistäminen sekä systemaattinen tuotannonsuunnittelu ja -ohjaus.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- mahdollistetaan ulkopuolisille toimijoille pääsy IMS-järjestelmään soveltuvilta osin
- linkitetään asiakas- ja potilasohjeet IMS-järjestelmästä yhtymän verkkosivuille
- järjestetään täydenniskoulutusta (Lean ja IMS) prosessiosaamisen varmistamiseksi ja kehittämiseksi eri organisaatiotasolla
- laajennetaan Paras Vastaanotto -toimintamallia erikoissairaanhoidon poliklinikoilla
- mallinnetaan prosesseja yksiköissä sekä koko organisaation tasolla
- prosessivastaavat osallistuvat heille suunnattuihin kehittämistyöpajoihin ja valmentamiseen (vuonna 2021 mm. VSM arvovirtakuvaus) ja edistävät kehittämistyötä
- henkilöstö perehtyy Lean-ajatteluun ja prosessien mallintamiseen (esimerkiksi esimiesten ja prosessivastaavien tuella sekä Pätevä -verkko-oppimisympäristössä)
- henkilöstön perehdytyksessä, itsearvioinneissa ja sisäisissä auditoinneissa hyödynnetään prosessikuvauksia

3.4 Hoitoon ja palveluun pääsy

3.4.1 Hoitoon ja palveluun pääsyn tavoitteajat

116117 -neuvontapalvelu on tarkoitettu akuuttien sairaustilanteiden hoidon tarpeen arviointiin. Työhön koulutettu sairaanhoitaja tekee Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) hoidon porrastuksen ohjeistuksen mukaisesti päätöksen, tarvitseeko asiakas välitöntä hoitoa päivystyksessä vai kuuluuko asiakas kiireettömämmän hoidon piiriin. 116117 on osa Sotekotia ja toimii Akuutti24:n alaisuudessa. Samassa yksikössä tehdään myös hätänumeroon 112 soittaneiden asiakkaiden hoidon tarpeen arvio, kun hätäkeskus on luokitellut tilanteen ei kiireettömäksi eli luokkaan D. Yhtymässä tavoitteena on, että asiakas pääsee suoraan puhelimitse läpi 116117 -neuvontaan tai saa takaisinsoiton tunnin sisällä soitostaan (keskimääräinen minuuttiaika vuorokaudessa).

Avohoidon asiakkaan on saatava arkipäivisin virka-aikana yhteys terveyskeskukseen joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti terveyskeskukseen menemällä. Terveystieteiden ammattihenkilö selvittää asiakkaan yhteydenoton syyn, ongelman, sairauden oireet, niiden vaikeusasteen sekä tarvittavan palvelun kiireellisyyden asiakkaan antamien tietojen perusteella. Arviointi on toteutettava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Usein hoidon tarve arvioidaan puhelimitse.

Erikoissairaanhoidossa läheteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Lääkäri lukee lähetteen ja antaa siihen liittyvät määräykset viimeistään kolmen vuorokauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Jos hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen edellyttää ennen ensikäyntiä erityisiä kuvantamis- tai laboratorio-tutkimuksia, arviointi (ensikäynti) ja tarvittavat tutkimukset toteutetaan kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin, ensikäynnin tai hoidon kiireellisyyden arvioi alan ylilääkäri tai hänen määräämänsä erikoislääkäri. Arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta järjestetään ja hoito aloitetaan kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu (lukuun ottamatta alle 23-vuotiaiden psykiatrasta hoitoa, joka on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa).

Potilaiden hoitoon pääsyä seurataan terveysasema- ja erikoisalakohtaisesti. Seurannasta tuotetaan säännölliset raportit toimialan ja yhtymän johdolle. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tiedot ja julkaisee raportit hoitoon pääsystä kolme kertaa vuodessa. Kiireettömään hoitoon pääsyn odotusaikojen tiedot julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein yhtymän verkkosivulla.

Ikääntyneiden asiakasohjaus vastaa palvelujen järjestämisestä palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti. Palvelut tulee järjestää kolmen kuukauden kuluessa. Ikääntyneiden asiakasohjaus on ottanut omaksi tavoitteeksi järjestää ympärivuorokautinen tehostettu asumispalvelu 40 vuorokauden kuluessa. Sosiaalihuoltolain mukaiset ns. huoli-ilmoitukset ikääntyneistä vastaanotetaan ja käsitellään asiakasohjaus Siirissä.

Sosiaalihuoltolaissa määritellään asiakasprosessi. Sosiaalihuoltoasia tulee vireille hakemuksesta tai kun kunnan sosiaalihuollon työntekijä on muutoin tehtävässään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeessa olevasta henkilöstä. Henkilön kiireellisen avun tarve on arvioitava välittömästi. Sosiaalihuoltoasian vireille tulon jälkeen henkilöllä on oikeus saada palvelutarpeensa arvioiduksi siten kuin 36 §:ssä säädetään.

Palvelutarpeen arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnalliseen viranomaiseen palvelujen saamiseksi, jos henkilö on yli 75-vuotias tai henkilö saa vammaisetuksista annetun lain (570/2007) 9 §:n 3 kohdan mukaista ylintä hoitotukea. Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Asioiden käsittelystä ja määräajoista on sosiaalihuoltolain lisäksi määräyksiä lastensuojelulaissa, vammaispalvelulaissa, toimeentulotukilaissa ja vanhuspalvelulaissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pyytää kunnilta ja kuntayhtymiltä kaksi kertaa vuodessa tietoja siitä, kuinka lastensuojelulaissa ja toimeentulotukilaissa säännellyt asioiden käsittelymääräajat ovat toteutuneet. Lastensuojelun toteumatietoja pyydetään lokakuussa huhti-syyskuulta ja huhtikuussa loka-maaliskuulta. Toimeentulotuen seurantakuukaudet ovat huhtikuu ja lokakuu. Palvelutakuun toteutumisen seuranta tehdään kuukausittain ja tiedot julkaistaan yhtymän verkkosivuilla.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään hoitoon ja palveluun pääsyn seuranta
- kehitetään prosesseja hoitoon/palveluun pääsyn nopeuttamiseksi
- kehitetään ja otetaan käyttöön digitaalisia palveluja
- kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyömalleja sotekeskustoiminnassa

3.4.2 Määräaikaiset terveystarkastukset ja niiden toteutuminen

Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon asetuksella 380/2009 säännellään erityisesti terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisältöä ja määrää em. palveluissa. Kuntia sitovan asetuksen tarkoituksena on ehkäisevää toimintaa tehostamalla varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhteisiä sekä yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa.

Kunnan on järjestettävä määräaikaisia terveystarkastuksia kaikille ennalta määritellyn ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville tai yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia. Määräaikaisiin terveystarkastuksiin kutsutaan koko ikäryhmä tai vuosiluokka. Terveystarkastuksen voi tehdä terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri. Terveydenhoitaja tai kätilö voi tehdä terveystarkastuksen myös yhdessä lääkärin kanssa, jolloin kyseessä on laaja terveystarkastus. Terveydenhoitajan, kätilön tai lääkärin tulee pyrkiä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve. Suun terveystarkastuksen voi tehdä hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja.

Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollolle. Toimintaohjelma voi koostua osakokonaisuuksista, mutta sen tulee muodostaa kaikki ikäryhmät ja palvelut kattava toiminnallinen kokonaisuus. Toimintaohjelman tulee liittyä lastensuojelulain mukaiseen suunnitelmaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi. Terveyskeskuksessa on nimettävä vastuuhenkilö, joka vastaa toimintaohjelmassa kuvattun toiminnan kehittämisestä, koordinoinnista ja seurannasta kokonaisuudessa. Eri osatoiminnoilla voi olla niistä vastaavat vastuuhenkilöt.

Neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevien terveystarkastusten lisäksi terveystarkastuksia järjestetään myös mm. työttömille, perhehoitajille ja omaishoitajille.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään terveystarkastusten toteutumisen seuranta
- päivitetään asetuksen 380/2009 mukainen toimintaohjelma => toimintaohjelma päivitetty ja hyväksytty joulukuussa 2021

3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelmat ja hoito- ja palvelusuunnitelmat

Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on kehittää erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoitoa ja voimaannuttaa heitä omasta terveydestään huolehtimiseen. Suunnitelma on pitkäaikaissairaanhoidon tukemisen työväline. Ammatillaisen työtä se helpottaa kokoamalla tärkeimmät potilaan hoitoon liittyvät tiedot yhteen.

Asiakslähtöisten suunnitelmien on todettu vähentävän paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden palvelujen käytön tarvetta ja käyttöä sekä parantavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työn hallintaa. Suunnitelmat vaikuttavat myönteisesti myös hoidon jatkuvuuteen, suunnitelmallisuuteen, asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on kehittää paljon palveluja käyttävien ja tarvitsevien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden hoitoa ja palvelua sekä voimaannuttaa heitä arjessa pärjäämiseen. Keskeistä on aidon asiakslähtöisyyden toteutuminen. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä asiakkaan ja sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattihenkilön tai muiden asiakkaan tarpeeseen liittyvien toimijoiden kanssa. Suunnitelma on osa asiakas/potilasasiakirjaa, joten sen laatimisesta ja ylläpidosta vastaa potilasta hoitava ammattihenkilö. Hoidon suunnittelun pohjana ikääntyneiden asumispalveluissa, kotihoidossa ja asiakas/palveluohjauksessa käytetään RAI-toimintakykymittaria. RAIsoft on ohjelmisto, jonka hoitoketjuajattelu tukee asiakslähtöisyyttä ja helpottaa tulosten sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta koko organisaatiossa.

Osana tulevaisuuden sote-keskus -hanketta määritellään maakunnallinen lääkärijohtaisen tiimin toimintamalli, jossa asiakkaiden hoito segmentoituu eri tiimien välille. Tavoitteena on tehdä asiakslähtöiset suunnitelmat kaikille pitkäaikaissairaille ja monipalveluasiakkaille. Sote-keskuksille asetetaan mitattavat tavoitteet terveys- ja hoitosuunnitelmille ja näiden toteutumista seurataan maakunnallisella tasolla.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- otetaan käyttöön Lifecare 2020 versiossa tuleva hoitosuunnitelma -sovellus
- tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa määritellään ja otetaan käyttöön moniammatillisen tiimimallin hoitosuunnitelmaprosessi
- yhtymän muutosohjelmassa määritellään ja otetaan käyttöön monipalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma

3.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelmat

Laadukas ja kustannusvaikuttava sosiaalihuollon järjestäminen perustuu asiakkaan yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin ja suunnitelmalliseen työskentelyyn palvelujen piirissä olevien asiakkaiden kanssa. Asiakassuunnitelma on keskeinen työskentelyä ohjaava asiakirja. Palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole tarpeetonta, esimerkiksi silloin kun asiakkaalle annetaan tilapäistä neuvontaa tai palvelutarpeen arviointi on jo ollut riittävä tukimuoto.

Asiakassuunnitelman lähtökohtana on yhteistyö asiakkaan kanssa, mutta se on laadittava viime kädessä myös silloin, kun asianosaiset eivät halua osallistua sen laatimiseen tai jopa vastustavat sen tekemistä. Jos suunnitelma laaditaan yhteistyössä, mutta kaikista asioista ei päästä yhteisymmärrykseen, tulee suunnitelmaan kirjata myös eriävät näkemykset. Asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan sekä palvelut ja muut tukitoimet, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaamaan. Lisäksi tulee kirjata asianomaisten eriävät näkemykset tuen tarpeesta ja palvelujen sekä muiden tukitoimien järjestämisestä.

Asiakassuunnitelma on ennen kaikkea asiakkaan asiakirja, jonka sisältö on yhdessä asiakkaan kanssa pohdittu. Hyvä asiakassuunnitelma mahdollistaa asiakkaalle hänen tarpeidensa mukaiset palvelut ja tukitoimet ja voi auttaa asiakasta hänen oman elämänsä jäsentämisessä. Asiakassuunnitelma on työskentelyä ohjaava asiakirja ja dokumentoinnin väline. Asiakassuunnitelmat ovat myös sosiaalityön tiedonmuodostuksen välineitä ja auttavat työntekijää oman työn jäsentämisessä. Asiakassuunnitelmassa on keskeistä lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen. Suunnitelmasta täytyy ilmetä tarvittaessa myös vastuuhenkilöt.

Asiakassuunnitelmassa tulee määritellä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan. Asiakassuunnitelma on tarkistettava tarvittaessa. Lastensuojelussa asiakassuunnitelma on tarkistettava vähintään kerran vuodessa. Suunnitelman sisältö on sovitettava yhteen henkilön tarvitsemien muiden palvelujen ja tukitoimien kanssa. Vastaavan työntekijän pyynnöstä myös muiden viranomaisten on tarvittaessa osallistuttava asiakassuunnitelman laatimiseen.

Asiakassuunnitelmien lisäksi asiakkaalle laaditaan palvelutuotannossa toteuttamis/hoito- ja kasvatussuunnitelmia, jotka perustuvat asiakassuunnitelmiin ja kuvaavat sosiaalipalvelujen tavoitteet ja keinot kussakin sosiaalihuollon palvelutehtävässä (iäkkäiden, lapsiperheiden ja lastensuojelun, perheoikeudellisten, vammaispalvelujen ja työikäisten palvelut).

Asiakkaan ja tarvittaessa hänen huoltajansa, läheistensä ja omaisten osallistaminen on keskeinen osa suunnitelmallista työskentelyä sosiaalihuollossa. Asiakassuunnitelmat annetaan asiakkaille myös kirjallisesti tiedoksi.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- vahvistetaan asiakkaiden osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta
- kehitetään asiakassuunnitelmia sisällöllisesti; asiakkaan tarpeita vastaavien palvelujen konkreettinen kirjaaminen ja seurannasta sopiminen
- seurataan asiakassuunnitelmien ja toteuttamissuunnitelmien peittävyyttä
- kehitetään monialaista työskentelyä

3.7 Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus ja rajoitustoimenpiteet

3.7.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus määritellään jokaisen oikeudeksi päättää itseään koskevista asioista ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta. Itsemääräämisoikeuden katsotaan pohjautuvan Suomen perustuslakiin (PL, 731/1999). Perustuslain 7.1 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Lisäksi jokaisen

yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on suojattu perusoikeutena (PL 10.1 §). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki, 785/19912) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (sosiaalihuollon asiakaslaki, 812/200) säädetään itsemääräämisoikeudesta keskeisenä sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana. Potilaslain 6.1 §:n mukaan asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan (AsiakasL 8.1 §).

Psykiatrian kolmella erikoisalalla tavoitteena on jo nyt noudattaa tulevaa asiakas- ja potilaslakia voimassa olevan mielenterveyslain lisäksi. Toiminnan lähtökohtana on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Asiakasta ja potilasta tuetaan eri tavoin itsemääräämisoikeuden ilmaisussa. Jos se ei onnistu, tietolähteenä käytetään ennalta laaditun psykiatrisen hoitotoiveen kirjauksia. Psykososiaalisen kuntoutuksen valvonta- ja ohjauskäynneillä palveluntuottajien yksiköissä selvitetään aina, miten asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu yksikössä. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen huomioidaan myös asiakkaan kanssa yhdessä tehdyissä kuntoutussuunnitelmissa ja RAI-arvioissa.

Lapsiperhepalveluissa toimintaa ohjaavat sosiaalihuoltolain ja lastensuojelulain periaatteet. Ensisijainen periaate on lapsen etu. Lastensuojelulain mukaisia palveluja lapselle järjestettäessä voi samalla olla kysymys muille kuuluvien oikeuksien rajoittamisesta. Huostaanotolla puututaan voimakkaasti niin lapsen kuin hänen vanhempiansa oikeuksiin. Kyse voi olla lasten ja vanhempien oikeuksien välisestä ristiriidasta, jolloin toisen osapuolen oikeuksien turvaaminen edellyttää usein vastavasti toisen oikeuksien rajoittamista.

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on asiakasta kuultava ja hänellä on oikeus saada selvitys eri vaihtoehdoista. Lapsen ja nuoren mielipiteisiin ja toivomuksiin on kiinnitettävä erityistä huomiota (SHL 32§). Lastensuojelua toteutettaessa on LsL:n 20 §:n mukaisesti selvitettävä lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava ne huomioon lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla. 12 vuotta täyttäneelle lapselle on varattava tilaisuus tulla kuulluksi hallintolain 34 §:n mukaisesti häntä itseään koskevassa lastensuojeluasiassa. Lastensuojelulaissa säädetään myös asiaan osallisten mielipiteen selvittämisestä (esim. lapsen kiireellinen sijoitus) ja asiaan osallisten kuulemisesta (esim. lapsen huostaanotto ja sijaishuoltoon sijoittaminen). Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetään alaikäisen oikeudesta kieltää antamasta itseään koskevia tietoja lailliselle edustajalleen, ellei se ole selvästi alaikäisen edun vastaista. Kielto-oikeuden käyttämiselle ei ole asetettu mitään ikärajaa, mutta lapsen tulee olla riittävän kehittynyt ja kypsä perustelevaan kielon tarpeen ja ymmärtämään asian merkityksen.

Työikäisten ja ikääntyneiden palveluissa toimintaa ohjaa sosiaalihuoltolain periaatteet, joiden mukaan asiakasta on aina kuultava häntä koskevissa ratkaisuisissa, asiakkaalla on oikeus saada selvitys eri vaihtoehdoista palveluissaan ja asia on ratkaistava asiakkaan edun mukaisesti. Palveluissa ensisijaisia ovat asiakkaan itsenäistä suoriutumista ja omatoimisuutta vahvistavat ratkaisut.

Vammaispalveluissa on laadittu käsikirja kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi, rajoitustoimenpiteiden käytön vähentämiseksi ja rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseksi. Käsikirjalla ohjataan työskentelyä asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukeviin toimintatapoihin. Asiakkaan itsemääräämisen vahvistamiseen liittyvät toimet kirjataan palvelutuotannon asiakaskohtaiseen toteuttamissuunnitelmaan. Asiakkaan itsemääräämisoikeus huomioidaan myös asiakasohjauksessa osana palvelutarpeen selvittämistä ja palvelusuunnittelua.

3.7.2 Rajoitustoimenpiteet

Sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan joissakin tilanteissa joutua rajoittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoitustoimenpiteillä. Rajoitustoimenpiteiden käytöstä ja tahdosta riippumattomasta hoidosta ja sosiaalihuollosta säädetään lastensuojelulaissa (417/2007), mielenterveyslaissa (1116/1990), laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja päihdehuoltolaissa (41/1986). Somaattista hoitoa ja ikääntyneiden hoitoa koskevaa rajoitustoimenpiteiden sääntelyä ei ole.

Rajoitustoimenpiteitä voi käyttää ainoastaan äärimmäisissä tilanteissa, kun asiakkaan tai muun henkilön toinen perusoikeus (esimerkiksi terveys ja turvallisuus) on uhattuna ja muut hoidolliset toimenpiteet on jo kokeiltu ja/tai arvioitu jäävän riittämättömiksi tai soveltumattomiksi käyttää. Päätös asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tulee olla lääketieteellisesti perusteltu, turvallisuuden kannalta välttämätön ja aina asiakkaan edun mukainen.

Rajoitustoimenpiteet somaattisessa sairaalahoidossa ja ikääntyvien asumispalveluissa

Psykiatrian erikoisaloille on laadittava erillinen, tarkka ohjeisto mielenterveyslain mukaisten rajoitusten käytöstä ja toteutuksesta. Kyseisiä rajoituksia voi käyttää vain mielenterveyslain mukaisessa tarkkailussa oleville tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen potilaiden kohdalla, mikäli muut lievemmat keinot eivät ole riittäviä estämään potilaan tai muun henkilön terveyden vakava vaarantuminen, ruumiillinen koskemattomuus tai merkittävä omaisuusvahinko.

Ohje mielenterveyslain mukaisista psykiatrian erikoisalojen itsemääräämisoikeuden rajoituksista

Lastensuojelussa sijaishuoltoon sijoitetun lapsen hyvän ja hänen tarpeitaan vastaavan sijaishuollon toteuttamisessa on turvattava lapsen perus- ja ihmisoikeudet, mutta joissain tilanteissa näitä oikeuksia on välttämätöntä rajoittaa. Lapsen perus- ja ihmisoikeuksien rajoittamisen välttämättömyys voi perustua joko lapsen omaan etuun tai toisen henkilön tai omaisuuden suojaamiseen. Lastensuojelulain 11 luvussa on kirjattuna rajoitussäännökset, jotka täyttävät mm. hyväksyttävyyden, tarkkaraaisuuden, oikeasuhtaisuuden ja lapsen oikeusturvan vaatimukset. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava mahdollisimman turvallisesti ja lapsen ihmisarvoa kunnioittaen.

Lastensuojelulain 11 luvun rajoituksia ovat lapsen ja hänen läheistensä yhteydenpidon rajoittaminen sekä rajoitustoimenpiteet:

- Lapsen halussa olevan aineen tai esineen haltuunotto
- Lapselle tehtävä henkilöntarkastus
- Lapselle tehtävä henkilönkatsastus
- Lapsen hallussa olevan omaisuuden tai sijaishuoltopaikassa käytössä olevien tilojen tarkastaminen
- Lapselle osoitetun tai lapsen lähettämän luottamuksellisen viestin tai muun lähetyksen tarkastaminen ja toimittamatta/luovuttamatta jättäminen/pidättäminen
- Lapsen kiinnipitäminen
- Lapsen liikkumisvapauden rajoittaminen
- Lapsen eristäminen
- Lapselle järjestettävä erityinen huolenpito.

Lastensuojelulaissa säädetään kunkin rajoitustoimenpiteen osalta edellytykset rajoitustoimelle, rajoitustoimen tekijä, mielipiteen selvittäminen/kuuleminen, kirjaaminen, päätöksenteko ja tiedoksi-anto.

Työikäisten palvelujen asumispalveluissa on laadittu vuonna 2020 ohje rajoittamistoimien käyttämisestä. Rajoittamistoimien käyttäminen perustuu työturvallisuuslakiin ja huoneenvuokralakiin. Rajoittamistoimet liittyvät päihteiden käyttöön, aseiden hallussapitoon ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen asumisyksiköissä.

Vammaispalveluissa on erityishuollon osalta määritelty noudatettavat toimintatavat kattavasti käsi-kirjassa kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi, rajoitustoimenpiteiden käytön vähentämiseksi ja rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseksi. Toimintaa ohjaa erityishuollon asiantuntijatyöryhmä. Asiakaskohtainen suunnitelma tehdään asiakkaan palvelujen toteuttamissuunnitelmaan. Erityishuoltolaissa määritellyt rajoitustoimenpiteet:

- kiinnipitäminen
- aineiden ja esineiden haltuunotto, alle 1 vrk
- aineiden ja esineiden haltuunotto, yli 1 vrk
- henkilöntarkastus

- lyhytaikainen erillään pitäminen, enintään 2 tuntia
- välttämätön terveydenhuollon antaminen, kiireellinen
- välttämätön terveydenhuollon antaminen, enintään 30 pv
- rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö päivittäisissä toiminnoissa, yksittäinen tilanne
- rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö päivittäisissä toiminnoissa, enintään 6 kk
- rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa, enintään 30 pv
- valvottu liikkuminen, enintään 6 kk
- poistumisen estäminen, kiireellinen muutamia tunteja

Kehittämiskohteet 2021-2022

- käydään lastensuojelulain rajoitussäännökset läpi sosiaalityössä ja omissa laitoksissa
- päivitetään ohjeistus huomioiden hallinto-oikeuden, EOA:n ja aluehallintoviraston ratkaisut rajoitustoimiin liittyen

3.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ammattipätevyydet ja oikeus toimia alan tehtävissä

Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot valvovat ja ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa. Valvira ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä (Terhikki) ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä (Suosikki). Valvira myöntää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeuksia hakemusten perusteella Suomessa ja ulkomailla koulutetuille alan ammattihenkilöille.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiltä edellytetään koulutuksen lisäksi Valviran myöntämää

- oikeutta harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä
- ammatinharjoittamislupaa tai
- oikeutta käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön nimikesuojattua ammattinimikettä.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä tuli voimaan 1.3.2016. Lain tavoitteena on parantaa asiakas- ja turvallisuutta sekä sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon. Valviran myöntämiä sosiaalihuollon ammatinharjoittamisoikeuksia on kolmenlaisia:

- oikeus toimia laillistettuna sosiaalihuollon ammattihenkilönä
- oikeus käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä tai
- rajoitettu ammatinharjoittamislupa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt jaetaan laillistettuihin ja nimikesuojattuihin ammattihenkilöihin. Laillistusta tai nimikesuojauksen rekisteröintiä haetaan tutkinnon suorittamisen jälkeen. Valviran ohjeistamana työnantajan vastuulla on tarkistaa, että ammattihenkilöillä on oikeus toimia ammattihenkilöiden tehtävissä tai heillä on ammatinharjoittamisoikeus. Sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ammattioikeutta koskevia tietoja on mahdollista tarkistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekistereiden julkisesta tietopalvelusta, joka terveydenhuollon osalta on JulkiTerhikki ja vastaavasti sosiaalihuollon osalta JulkiSuosikki.

Rekrytoivan esimiehen vastuulla on ennen työsopimuksen tai määräyskirjan tekemistä tarkistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön oikeus toimia alan tehtävissä Valviran rekisteristä ja tehdä tästä ESS-ohjelman tapahtumiin erillinen merkintä, johon kirjataan jokaisen työntekijän Valviran myöntämä rekisteröintinumero. Jos henkilön oikeus toimia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilönä tai käyttää nimikesuojattua ammattihenkilön nimikettä on poistettu rekisteristä, häntä ei löydy ammattihenkilörekisteristä. Jos henkilön oikeuksia toimia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilönä on rajoitettu, rajoituksen sisällöstä tulee tiedustella numerosta 0295209550 tai sähköpostilla osoitteesta terhikki@valvira.fi

3.9 Hankintamenettelyt ja ostopalvelut

Toimintayksiköiden on kilpailutettava hankintansa hankintalain mukaisesti. Lain tavoitteena on tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden, innovatiivisten ja kestävien hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuoliset mahdollisuudet tarjota tavaroita, palveluja ja rakennusurakoita julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa. Yhtymän on yksityiseltä palvelujen tuottajalta palveluja hankittaessa varmistuttava siitä, että palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toimijalta.

Ennen hankintamenettelyn aloittamista voidaan tehdä markkinakartoitus hankinnan valmistelua varten ja antaa näin tietoa toimittajille tulevaa hankintaa koskevista suunnitelmista ja vaatimuksista. Kaikissa hankinnoissa on huomioitava, että pyritään vaikuttavuuden hankintaan. Kaikkien hankinnan valmisteluun osallistuvien on huomioitava tämä tarjouspyynnön valmistelutyössä. Tarjouspyyntö ja niiden liitteet on laadittava niin selviksi, että niiden perusteella voidaan antaa keskenään vertailukelpoisia tarjouksia. Hankinnan kohdetta kuvaavat määritelmät sekä niihin mahdollisesti sisältyvät tekniset eritelmat on esitettävä hankintailmoituksessa, tarjouspyynnössä, neuvottelukutsussa tai näiden liitteissä ja niissä on vahvistettava vaadittavat ominaisuudet. Määritelmien on mahdollistettava tarjoajille yhtäläiset mahdollisuudet osallistua tarjouskilpailuun, eivätkä ne saa perusteettomasti rajoittaa kilpailua julkisissa hankinnoissa.

Tarjouksista on valittava kokonaistaloudellisesti edullisin tarjous. Kokonaistaloudellisen edullisuuden peruste tai hinta-laatusuhteen mukaiset vertailuperusteet on ilmoitettava hankintailmoituksessa, tarjouspyynnössä tai neuvottelukutsussa. Tarjouspyynnössä on yksilöitävä vertailuperusteiden suhteellinen painotus. Vertailuperusteiden on liityttävä hankinnan kohteeseen, ne eivät saa antaa hankkijalle rajoittamatonta valinnanvapautta ja niiden on oltava syrjimättömiä ja varmistettava todellisen kilpailun mahdollisuus. Hankinnan kustannusten arvioimisen perusteena voidaan käyttää elinkaarikustannuksia. Ehdokkaiden ja tarjoajien asemaan vaikuttavista ratkaisuksista sekä tarjousmenettelyn ratkaisusta on tehtävä kirjallinen hankintapäätös, joka on perusteltava. Hankintapäätöksen tekemisen jälkeen on tehtävä hankintasopimus. Hankintasopimus syntyy erillisen kirjallisen sopimuksen tekemisellä.

Palveluja voidaan hankkia myös palvelusetelimallilla. Esimerkiksi ikääntyneiden ostopalvelut hankitaan palvelusetelillä, ikääntyneiden valinnanvapautta tukien. Lisäksi kuntoutuksen tulosalueella palveluseteli on pääsääntöinen palvelujen hankintamuoto. Kotihoidossa, palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa on otettu käyttöön täyskateinen palveluseteli, eli asiakasmaksu on asiakkaalle yhtä suuri palvelun järjestämistä riippumatta. Palvelusetelillä tuotettava palvelu vastaa sisällöltään julkista palvelua. Palvelusetelien sääntökirjat määrittävät palvelua. Palveluseteli on myös käytössä omaishoidon vapaiden järjestelyssä, päivätoiminnassa, ateriapalvelussa sekä lyhytaikaisessa asumispalvelussa. Yhtymään on perustettu ostopalvelujohtajan tehtävä. Hän vastaa yhteistyössä toimialajohtajien kanssa muilta palvelujen tuottajilta hankittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hankintojen ja palvelujen järjestämisen yhteensovittamisesta sekä tuottamisen yleisestä valvonnasta.

3.10 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilun tavoitteena yhtymässä on varmistaa asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä hyvä palvelu ja asiakaskokemus. Monialainen kehittämissyhmä käsittelee palvelumuotoiluun liittyvät ajankohtaiset teemat määräajoin ja tekee aktiivisesti yhteistyötä ulkopuolisten toimijoiden kanssa (mm. ravitsemus-, pesula- ja laboratoriopalvelut). Käsiteltävät asiat koostuvat teemoista, jotka liittyvät palveluviestintään ja sen kehittämiseen, mm. yleisten tilojen kokonaisuuteen, niiden toimivuuteen, viihtyisyyteen, esteettömyyteen, opastukseen, asiakas- ja potilasinformaatioon, asiakaskokemuksen mittaamiseen, kutsukirjeiden päivitykseen, ilmoittautumiseen, karttapalveluihin, neuvontaan, palvelukohtaamiseen, kahvila- ja ravitsemuspalveluiden kehittämiseen sekä palveluiden toiminnallisuuden kehittämiseen.

3.11 Learning from Excellence

Learning from Excellence (LFE) tarkoittaa erinomaisuudesta oppimista. Käytännössä LFE on positiivisen vertaispalautteen antoon sekä ns. hiljaisen tiedon ja osaamisen tunnistamiseen kehitetty menetelmä. LFE-menetelmä otettiin käyttöön Akuutti24:ssä helmikuussa 2019 ensimmäisenä ensihoidossa, päivystyksessä ja päivystysosastolla, myöhemmin kotisairaalassa. Suomessa menetelmä on laajasti käytössä ensihoitopalveluissa ja sairaaloiden akuuttialueilla. Menetelmä soveltuu yhtä lailla käytettäväksi myös muissa toimintaympäristöissä.

Positiivisen palautteen antamiseen ja yksittäisinä, usein tiedostamattomina, ratkaisuinnovaatioina syntyvien hyvien käytänteiden tunnistamiseen ja hyödyntämiseen tähtäävien järjestelmien tarpeeseen on viime aikoina herätty monestakin syystä. Työhyvinvoinnin vaikutus työyhteisön toimivuuteen korostuu työelämän rakenteellisessa ja mentaalissa muutoksessa. Toisaalta työntekijöiden odotukset työn sisältöön vaikuttamisesta ovat lisääntyneet ja toisaalta ns. hiljaisen osaamisen tunnistaminen päivittäistyön lomassa on edelleen hankalaa. Haittatilanneraportointi, esimerkiksi HaiPro, ja toisaalta erityisen ansiokkaat suoritukset muodostavat työntekemisen kokonaisuudesta vain pienen osan, kun suurin osa päivittäisestä työntekemisestä liikkuu näiden kahden ääripään välissä. Työelämän kehittämisessä halutaankin liikkua haittatapahtumien välttämisen lisäksi yhä enenevässä määrin myös kohti positiivisten voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä. Näillä ns. Safety II -mallin mukaisilla järjestelmillä ei ole tarkoitus korvata haittatilanneraportointia vaan täydentää sitä. Ainoastaan haittatapahtumia raportoidessa kiinnitämme huomioita vain virheisiin, kun enenevässä määrin tulisi löytää juuri onnistumisia. Tämän vuoksi näitä raportteja pitäisi työhyvinvoinnin ja kehittämisen näkökulmasta käsitellä yhdessä. Sanonta *viisas oppii virheistä, mutta tosi fiksu olisi oppinut jo onnistumisista* tulisi huomioida entistä paremmin.

LFE-menetelmä antaa mahdollisuuden ”ilmiantaa” työkaverin, alaisen, esimiehen, yhteistyökumppanin tai muun vastaavan tahon tai ryhmän toiminnasta jotain sellaista, minkä itse kokee erinomaiseksi. Erinomaisuuden määritelmä on tarkoituksella jätetty avoimeksi, mikä antaa liikkumavaraa ja ”tuntosarvet” sille, minkälaisia asioita työyhteisössä arvostetaan erinomaisena toimintana. Tällä hetkellä ilmoitukset täytetään webropol-lomakkeella, joka ohjautuu sähköpostilla kohdeyksikön nimetylle käsittelijälle. Käsittelijä tarkistaa raportin asianmukaisuuden ja välittää tiedon ilmoituksen kohdehenkilölle tai -ryhmälle ja lähiesimiehelle. Ilmoitukset täytetään sekä kohdehenkilön että ilmoittajan osalta nimellisenä. Tähän mennessä ensihoidossa on annettu 84 positiivista ilmiantoa. Näistä kaikista palautteista 13 on annettu rajapinnoissa oleville muille toimijoille tai yhteistyökumppaneille. LFE-menetelmän toinen puoli konkretisoituu hyvien käytäntöjen tunnistamisena ja jakamisena. Tätä varten raportteja jaetaan, yksilöintitiedot poistettuna, työyhteisön nähtäväksi. Mallit tämän toteuttamiseen vaihtelevat yksiköittäin. Tärkeää on, että raportit ja koosteet ovat kaikkien nähtävillä ja saatavilla. Akuutti 24 kenttäpalveluissa raporttien jakaminen on haasteellista, koska toimipisteet ovat hajallaan pitkin Päijät-Hämettä. Parhaimmillaan tämä on johtanut hyvien keksintöjen tai toimintojen jalkautumiseen laajemminkin työyhteisössä tai eri yksiköiden rajapinnoissa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- laajennetaan menetelmän käyttöä yhtymän alueella
- otetaan käyttöön menetelmän soveltamista kokonaisvaltaisemmin tukeva järjestelmä (mm. raportoinnin ja seurannan näkökulmasta)

3.12 Tietoturva ja tietosuojat

Tietoturva ja tietosuojat ovat sisäänrakennettuina kaikkiin yhtiön prosesseihin. Tavoitteena on tietoturvan ja tietosuojaan näkökulmasta laadukkaasti hoidettu asiakas ja potilas.

3.12.1 Oma-valvonta ja kouluttaminen

Potilas- ja asiakastietojen käsittelyä valvotaan tietosuojaan oma-valvonnalla. Henkilötiedon käytön valvonta perustuu lakiin ja valvonnan tarkoitus on suojella sekä työntekijän oikeusturvaa että asiakkaan yksityisyyttä. Potilas- ja asiakastietojen käsittelyn tulee perustua potilas- tai asiakassuhteeseen. Ammattihenkilö voi käsitellä potilas- tai asiakasasiakirjamerkintöjä vain työhön liittyvissä tehtävissä ja työnantajan tarkasti määrittelemien käyttöoikeuksien rajoissa.

Yhtiön koko henkilöstö suorittaa Tietosuojaan perusteet –verkkokoulutuksen. Tietosuojat-asiantuntijat kouluttavat henkilöstöä tietosuojat-asioissa.

3.12.2 Digitaalinen turvallisuus

Yhtiön toimintaympäristössä tulee tapahtumaan merkittäviä muutoksia lähivuosina. Nämä muutokset edellyttävät yhtiöltä määrätietoista, suunnitelmallista ja ennakoivaa reagointia. Digitaalisen turvallisuuden varmistaminen on yksi tärkeä osatekijä tässä kokonaisuudessa. Digitaalisen turvallisuuden politiikka sisältää tietoturvallisuuteen, tietosuojaan, kyberturvallisuuteen, riskienhallintaan sekä toiminnan jatkuvuuteen liittyviä ylitason linjauksia, jotka ohjaavat niihin liittyvien käytännön prosessien suunnittelua. Linjaukset koskevat koko yhtiön toimintaa sekä yhteistyökumppanien toimintaa siltä osin, kun ne osallistuvat yhtiön vastuulla olevien palveluiden tuottamiseen.

Digitaalista turvallisuutta ohjaa lainsäädännön, viranomaisten, asiakkaiden, potilaiden, yhteistyökumppanien sekä yhtiön johdon digitaaliselle turvallisuudelle asettamat vaatimukset. Digitaalisen turvallisuuden tavoitteena on varmistaa tietojen sekä niihin liittyvien digitaalisten palveluiden saata-vuus, luottamuksellisuus ja eheys riskilähtöisesti ottaen huomioon myös toiminnan jatkuvuuden vaatimukset poikkeustilanteissa. Lisäksi digitaalisen turvallisuuden tavoitteena on tukea ja mahdollistaa eri osapuolten yhteistoimintaa sekä uudenlaisten digitaalisten palveluiden käyttöönottoa.

Palveluiden tuottavuuden ja asiakaspalvelun parantamisessa integroiduilla digitaalisilla palveluilla on keskeinen rooli. Palveluiden tuottamisessa on käytössä yhdenmukaiset toimintamallit sekä yhtiön sisällä että yhteistyökumppanien kanssa. Toimintamallit on suunniteltu kokonaan digitaalisista lähtökohdista, ja niissä on otettu huomioon digitalisaation tarjoamat mahdollisuudet tehostaa työskentelyä, hyödyntää tietoaineistoja ja palvella asiakkaita.

Digitaalisen turvallisuuden hallinnassa on käytössä tietoturvastandardeja ja kansallisia ohjeistoja soveltava hallintamalli, jonka avulla voidaan varmistaa ja osoittaa digitaaliselle turvallisuudelle asetettujen vaatimusten täytyminen. Hallintamallin keskeisinä periaatteina ovat riskilähtöisyys ja jatkuva parantaminen.

Digitaalisten palveluiden toteuttamista varten on käytössä edistyskellisiä ratkaisuja, jotka mahdollistavat monipuolisten integroitujen palveluiden tuottamisen kustannustehokkaasti ja turvallisesti. Hankinnoissa ja toimintaprosessien suunnittelussa otetaan huomioon turvallisuusnäkökohdat, digitalisaation tarjoamat mahdollisuudet sekä koko yhtiön tarpeet heti hankinta- ja suunnitteluprosessin alusta alkaen. Turvallisuus varmistetaan systemaattisesti hankintaprosessin eri vaiheissa, ennen käyttöönottoa sekä sen jälkeen koko ratkaisun elinkaaren ajan. Digitaalisen turvallisuuden seuramiseksi käytössä ovat ajantasaiset tilannekuvapalvelut. Seurannan tulosten perusteella turvallisuuden tilaa arvioidaan säännöllisesti ja kehitetään havaittujen puutteiden perusteella.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään ja kuvataan tilastointia ja keskeisiä prosesseja
- varmistetaan henkilöstön tietosuojaosaaminen

4 RISKIENHALLINTA

4.1 Riskienhallintapolitiikka

Järjestelmällinen riskienhallinta ja turvallisuuden jatkuva arviointi ovat keskeisessä roolissa laadun varmistuksessa ja häiriöttömyyden turvaamisessa. Yhtymän riskienhallinnasta ohjeistetaan erillisillä ohjeilla ja suunnitelmilla, joista keskeisimmät ovat Sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje sekä yhtymän Riskienhallintapolitiikka -dokumentti.

Tehokkaalla riskienhallinnalla varmistetaan, että johtaminen, toiminnan suunnittelu ja päätöksenteko perustuvat oikeaan ja riittävään tietoon, ja toiminnan häiriöt ovat hyväksyttävällä tasolla. Riskienhallinta on keskeinen osa laatutyötä, ja se pitää sisällään oleellisesti strategisia valintoja tukevia elementtejä. Tehokkaasti organisoitu riskienhallinta on osa toiminnan johtamista. Riskienhallintasuunnitelma varmistaa, että yhtymässä toteutetaan riskienhallintapolitiikkaa ja riskien hallinta sisällytetään kaikkiin käytäntöihin ja prosesseihin. Riskeihin liittyvät varautumistoimet ja resursointi on suhteutettu yhtymän perustehtävään ja eri toimintojen kriittisyysluokitukseen. Kaiken edellytyksenä on yhteinen ymmärrys siitä, että turvallisuus ei ole pysyvä tila vaan jatkuva prosessi.

4.2 Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien hallinta

Riskienhallinta on keskeinen osa systemaattista asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistä. Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien arvioinnilla tarkoitetaan asiakkaan/potilaan turvallisuuteen vaikuttavien vaarojen tunnistamista, vaarojen aiheuttamien riskien suuruuden määrittämistä ja riskien merkityksen arviointia. (SPTY 2015)

Terveystieteiden laissa 8§ edellyttää organisaatiolta laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmaa, jossa asetuksen mukaisesti on kuvattava asiakas- ja potilasturvallisuusriskien ennakointi ja hallinta. Jokainen työntekijä voi omalla toiminnallaan vaikuttaa työssä kohtamiinsa riskeihin. Riskienhallinnalla ja turvallisuuden jatkuvasta arvioinnista saadulla tiedolla varmistetaan, että johtaminen, päätöksenteko ja toiminta perustuvat oikeaan tietoon. Riskejä tunnistetaan ja analysoidaan, ja niiden aiheuttamat seuraukset pyritään minimoimaan. Tavoitteena on löytää keinot riskien poistamiseksi tai pienentämiseksi hyväksyttävälle tasolle. Riskejä voidaan arvioida ennakoivasti sekä reaktiivisesti jo tapahtuneeseen vaaratapahtumaan liittyen.

Ennakoivasti riskejä arvioidaan

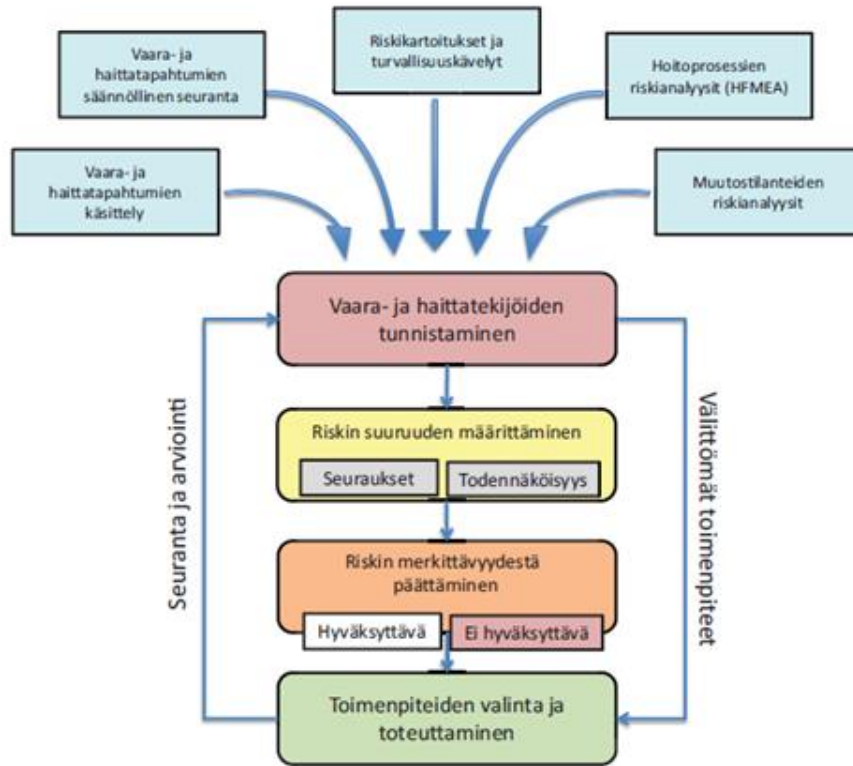
- osana toimintaan kohdistuvien muutosten suunnittelua
- osana olemassa olevan toiminnan osa-alueen kehittämistä.

Reaktiivisesti riskejä arvioidaan

- osana yksittäisen vaaratapahtuman käsittelyä
- osana useammasta vaaratapahtumasta esiin nousevan poikkeaman käsittelyä
- osana asiakas- ja potilaspalautteen käsittelyä.

4.2.1 Riskien tunnistaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien tunnistaminen on arvioinnin ensimmäinen vaihe (kuva 2). Tavoitteena on vaaratapahtumien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja turvallisuuden varmistaminen ennalta niin, että varsinaisia vaaratilanteita ei pääsisi tapahtumaan.



Kuvio 3. Vaarojen tunnistaminen tyypilliset lähteet

Kuva 1. Vaarojen tunnistamisen tyypilliset lähteet (Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry)

Vaara- ja haittatapahtumien käsittelyn perusteella

Haittatapahtuma tai läheltä piti- tilanne voi nostaa esiin yhden tai useamman riskin.

Vaaratapahtuman säännölliseen tarkasteluun perustuva riskien tunnistaminen

Tietoa haittatapahtumista ja läheltä piti -tilanteista sekä muista poikkeamista saa HaiPro-järjestelmän raportointiosion kautta, asiakaspalautteista, muistutuksista ja/tai kanteluista.

Turvallisuuskävelyt

Työympäristöjen, asiakas- ja potilasturvallisuuden, prosessien, tiedonkulun, osaamisen ja toimintatapojen sisältämiä vaaroja on tarkkailtava ennakoivasti ja jatkuvasti. Ennakoivalla riskien tunnistamisella saatetaan havaita turvallisuusuhkia, jotka eivät nouse esiin HaiPro-raporteista. Fyysisen työympäristön turvallisuuden tasosta sekä kuormittumisesta saa tietoa myös työturvallisuusriskien arvioinnin avulla.

Riskianalyysit

Yksikötasolla esimiehet ja työntekijät käsittelevät yksikköään koskevat HaiPro-ilmoitukset ja QPro-palautteet sekä vaaratapahtumiin liittyvät riskit, ja päättävät niiden hallintaan liittyvät toimenpiteet. Yksikön esimiehet tekevät yhdessä työntekijöiden kanssa asiakas- ja potilasturvallisuusriskien arvioinnin vuosittain HaiPro-järjestelmään.

Tulosalue/toimialajohtotasolla riskien tunnistaminen ja arviointi tapahtuu vastuualueittain yhteistyössä johdon sekä laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusvastuuhenkilöiden kanssa. Johto päättää riskien hallinnan vaatimista toimista ja määrittelee menettelytavan niiden toteuttamiselle.

Organisaatiotasolla laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä seuraa organisaation vaaratapahtumien kehitystä asiakas- ja potilasturvallisuusraporttien pohjalta, arvioi toiminnan riskejä ja raportoi niistä johtoryhmälle.

Muutostilanteiden riskianalyysit

Asiakas- ja potilasturvallisuuskulmaa tarkastellaan kaikissa muutostilanteissa osana muutoksen suunnittelua. Merkittävästi toimintaan vaikuttavasta muutoksesta tehdään erillinen riskianalyysi, jossa tunnistetaan mahdolliset uhkatekijät, arvioidaan niihin liittyvät riskit ja varmistetaan riittävä varautuminen niihin.

Yksikkötasolla esimiehet, henkilöstö ja asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilöt (yksiköihin määriteltä henkilöstön jäsen) nostavat esiin yksiköstä esiin tulevia muutoksia, joihin on syytä tehdä riskienarviointi.

Tulosalue/toimialajohtotasolla johtajat/päälliköt käynnistävät riskienarvioinnin muutostilanteessa, johon voi sisältyä riskejä.

Organisaatiotasolla laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä ja/tai johtoryhmä käynnistävät muutosriskien arviointeja havaitessaan organisaatiotason muutoksia.

Riskejä arvioidaan laaja-alaisesti huomioiden mahdolliset vaikutukset asiakkaan, henkilöstön, ympäristön ja organisaation kannalta.

Hoitoprosessien riskianalyysit

Asiakas- ja potilasturvallisuus huomioidaan toimintatapojen ja prosessien kehittämisessä. Prosessit kuvataan IMS-järjestelmässä ja prosessiin liittyvät vaarat tunnistetaan sekä määritetään riskit ja toimenpiteet riskien pienentämiseksi.

4.2.2 Riskin suuruuden määrittäminen, merkittävyyden kartoittaminen, toimenpiteiden valinta ja toteuttaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuusriskin suuruuden määrittäminen tapahtuu HaiPro-järjestelmässä riskitaulukon avulla. Kuvassa 3 olevat luvut kertovat riskin suuruudesta. I (1) kuvaa merkityksetöntä riskiä, kun taas V (5) vakavaa riskiä. Riskiluokka osoittaa mitkä riskit ovat hyväksyttävällä tasolla ja mitkä vaativat toimenpiteitä, jotta riski saadaan riittävän pieneksi. Riskiluokat III (3) - V (5) vaativat toimenpiteiden kirjaamista, vastuuhenkilön nimeämistä ja toimenpiteen toteutuksen aikataulua.

Vastuuhenkilön tehtävänä on arvioida tehtyjen toimenpiteiden vaikutusta riskin suuruuteen eli riskin suuruus määritetään uudelleen. Riskien arvioinnin ideana on käyttää riskin suuruutta toimenpiteiden kohdistamisen perusteena. Suurempien riskien pienentäminen tai poistaminen on etusijalla turvallisuustoimenpiteitä toteuttaessa. Tavoitteena on löytää parhaat mahdolliset keinot riskien pienentämiseksi. Toimenpiteen arvioinnissa on luontevaa tarkastella sen toteutumisen mahdollisuuksia, kuten kustannuksia ja muita edellytyksiä, sekä toimenpiteen vaikuttavuutta. Pelkkä tiedottaminen tai keskusteleminen ei riitä toimenpiteeksi, jolla riskiä voidaan pienentää. Tarvitaan konkreettisia toimenpiteitä.

	Tyypilliset seuraukset				
	Erittäin vähäiset Olematon haitta, lähinnä epämukavuutta.	Vähäiset Lieviä vammoja tai vaikutuksia, jotka eivät vaadi hoitoa. Esim. nyrjähdyksiä, mustelmia tai ohimenevä lievä sairaus.	Kohtalaiset Pieni haitta tai vamma, joka vaatii pieniä toimenpiteitä TAI sairaalassaoloaika pitenee yli 3 vrk.	Merkittävät Kohtalainen vamma tai sairaus, joka vaatii ammattilaisen apua TAI sairaalassaoloaika pitenee 4 - 15 vuorokautta TAI tapahtuma koskee pientä potilasryhmää.	Vakavat Tapahtuma johtaa kuolemaan tai vakavaan haittaan tai pysyvään vammautumiseen TAI tapahtuma vaikuttaa suureen potilasjoukkoon TAI vamma joka johtaa pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen TAI sairaalassaoloaika pitenee yli 15 vrk.
Todennäköisyys					
Harvinainen Tapahtuu tuskin koskaan, satunnainen vaaratilanne.	I Merkityksetön riski	II Vähäinen riski	II Vähäinen riski	III Kohtalainen riski	III Kohtalainen riski
Epätodennäköinen Esintyy harvoin. Tapahtuman toistuminen ei ole odotettavissa, mutta se on mahdollista.	II Vähäinen riski	II Vähäinen riski	III Kohtalainen riski	III Kohtalainen riski	IV Merkittävä riski
Mahdollinen Tapahtumia esiintyy toisinaan.	II Vähäinen riski	III Kohtalainen riski	III Kohtalainen riski	IV Merkittävä riski	IV Merkittävä riski
Todennäköinen Tapahtumia esiintyy usein.	III Kohtalainen riski	III Kohtalainen riski	IV Merkittävä riski	IV Merkittävä riski	V Vakava riski
Melkein varma Tapahtuu jatkuvasti ja uusiutuu todennäköisesti lähes aina.	III Kohtalainen riski	IV Merkittävä riski	IV Merkittävä riski	V Vakava riski	V Vakava riski

Kuva 2. Riskien arviointi (Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry)

Riskiluokka V (5): Toimenpiteisiin ryhdyttävä välittömästi, kustannuksista riippumatta.

Riskiluokka IV (4): Toimenpiteet aloitettava viivytyksettä.

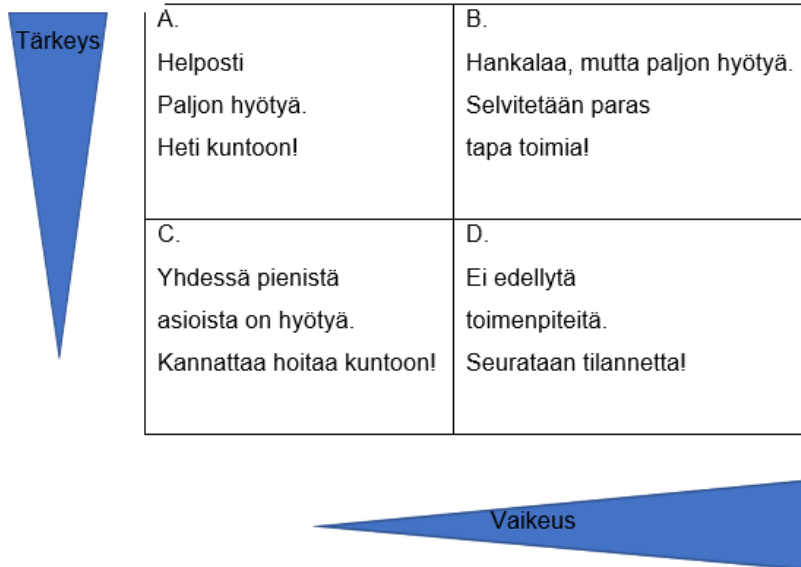
Riskiluokka III (3): Riskiä pienennetään.

Riskiluokka II (2): Riskiä pidetään silmällä, toimenpiteet harkinnan mukaan.

Riskiluokka I (1): Riski tiedostetaan, ei toimenpiteitä.

Toimenpide-ehdotuksia voidaan arvioida niiden tärkeyden ja vaikeuden mukaan kuvassa 4 olevan asteikon mukaisesti. Toimenpiteet voidaan jakaa neljään luokkaan:

- (Helppo ja tärkeä) Helppoja toimenpiteitä, joilla saadaan paljon aikaan. Kannattaa hoitaa heti kuntoon.
- (Vaikea, mutta tärkeä) Vaikeampia toimenpiteitä kuin A-kohdassa, mutta tärkeyden takia tulee hoitaa heti kuntoon. Työ kannattaa suunnitella kunnolla ja etsiä kustannustehokkaita toimenpiteitä asian hoitamiseksi.
- (Vähän tärkeä, mutta helppo) Toimenpide ei ole kovin tärkeä, mutta sen toteuttaminen on helppoa. Pieniä parannuksia kannattaa tehdä aina.
- (Vähän tärkeä ja vaikea) Liian hankaliin toimenpiteisiin ei kannata ryhtyä, mikäli toimenpiteellä saavutettu hyöty on vähäinen. Tilannetta on kuitenkin seurattava ja tarvittaessa arvioitava tilanne uudelleen.



Kuva 3. Toimenpide-ehdotusten arviointi (Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry)

4.2.3 Seuranta ja arviointi

Seurannan tavoitteena on valvoa ja arvioida toimenpiteiden toteutumista ja seurata tilanteen muuttumista. Toimenpiteiden toteutumisen jälkeen riski tulee arvioida uudelleen vuoden kuluessa. Näin voidaan todentaa toimenpiteiden vaikuttavuutta turvallisuustasoon. Riskien seurannan vastuu on ylimmällä johdolla. Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien hallinnasta raportoidaan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden vuosittaisissa raporteissa ja osavuosikatsauksissa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- tehdään asiakas- ja potilasturvallisuusriskien arviointi HaiPro-järjestelmään vuonna 2021
- aloitetaan asiakas- ja potilasturvallisuusriskien systemaattinen raportointi osana laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportointimenettelyjä

5 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

5.1 Terveys- ja sairaanhoitopalvelut

Avo- ja sairaalapalvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Avopalveluita ovat avosairaanhoido ja suun terveydenhuolto. Avohoidossa hyödynnetään asiakkaan olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla siten, että hän pystyy ottamaan vastuun omasta hoidostaan. Palveluja kehitetään yhdessä palvelujen tuottajien, ammattihenkilöiden sekä käyttäjien kanssa. Toiminnassa korostuvat jatkuva laadun parantaminen, palvelujärjestelmän kehittäminen ja asiakkaan omavastuun, omatoimisuuden sekä omahoidon kehittäminen. Osa avopalveluista tuotetaan lähipalveluina, osa seudullisina ja osa keskitettyinä.

Sairaalapalvelut jakautuvat 24/7 palveluihin, päiväaikaiseen toimintaan ja palveluihin, jotka edellyttävät erityisosaamista tai erityisteknologiaa. Ympäri vuorokautisen sairaalahoidon tarpeen vähentyminen on siirtänyt potilaiden hoidon painopistettä entistä enemmän avopalveluihin. Perinteisesti aiemmin sairaalassa tuotettuja palveluja on mahdollista tarjota nyt kotona, jalkautuvina palveluina sähköistä teknologiaa ja etäpalveluita hyödyntäen.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- otetaan käyttöön asiakkaan omahoitoa tukevaa teknologiaa
- vastataan asiakkaan palvelutarpeeseen mahdollisimman pitkälle asiakkaan omassa elämässä
- korostetaan toiminnassa ehkäisevää työtä, varhaista tunnistamista ja palvelujen järjestämistä asiakkaan näkökulmasta toimivina kokonaisuuksina
- tiivistetään yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa
- uudistetaan ja yhdenmukaistetaan kotiuttamisprosessit
- tuetaan paljon palveluja käyttäviä potilaita kotihoidon rajapinnassa
- päivystyksellisestä hoidosta ennalta suunniteltuun hoitoon

5.1.1 Akuutti24

Akuutti24:n toiminnoissa erityispiirteenä ovat muuttuvat tilanteet ja jatkuvasti vaihtuva toimintaympäristö. Tilanteisiin tulee varautua erittäin hyvin ennalta huomioiden kaikki mahdolliset seikat, jotka voivat vaikuttaa työ- ja potilasturvallisuuteen. Keskeisiä periaatteita ovat suunnitelmallisuus, varautuminen, hyvä ohjeistus, työturvallisuus ja potilasturvallisuus. Työturvallisuudesta huolehtiminen on osa potilasturvallisuutta.

Kiireellisessä ensihoidossa ja kotisairaalassa periaatteiden turvaamisen keinoja ovat

- potilaan hoidon tarpeen arviointi peruselintoimintojen sekä vammamekanismin ja sairaustauhan perusteella ensihoidossa
- hoitotasojen mukainen hoito-ohjeistus ensihoidossa
- hoitotasojen mukainen ammatillinen ylläpitokoulutus ja simulaatiokoulutuksen jatkuva hyödyntäminen ensihoidossa
- hoitotasojen mukainen henkilökunnan systemaattinen testaaminen ensihoidossa
- hoitotilanteiden kirjallinen toimintaohjeistus
- vaativien tilanteiden (synnytys, rytminsiirto, hengityksentukeminen jne.) toimintakortit ja toiminta niiden mukaisesti ensihoidossa
- kotisairaalatoiminnassa potilaskohtaiset hoitosuunnitelmat, lisäkoulutukset, hyvä perehdytys ja toimintaohjeet sekä NEWS-pisteytyksen käyttö potilaskontakteissa

Korkealaatuisen ja turvallisen akuuttihoidon edellytyksenä ovat potilasvirran ja -prosessin hallinta, ruuhkatilanteiden ennaltaehkäisy ja hallinta sekä potilaan tarpeeseen nähden oikea-aikainen hoito. Päivystyksessä näiden turvaamiseksi on sovittu

- hoidon tarpeen arviointiin ABCE –triageluokitus
- Akuutti24:n ruuhkatilanteen tunnistaminen ja toiminta päivystyksen ruuhkatilanteessa
- Akuutti24:n ohjeet ruuhkanpurkua varten
- NEWS-pisteytysjärjestelmän käyttöönotto, seuranta ja arviointi sekä Medanets-kirjaamisen käyttöönotto syksyllä 2020.

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat päivystyksyksiköissä toistuvia tapahtumia. AVEKKI -toimintatapamallia hyödyntäen pyritään luomaan turvallinen ympäristö sekä potilaille että työntekijöille. Keskeisiä periaatteita ovat työntekijän turvallisuus, varhainen ennaltaehkäisy, minimaalinen rajoittaminen ja voimankäyttö sekä kivuttomuus. Ydinajatuksina ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisten tasa-arvoinen sekä yksilöllinen kohtelu.

Kehittämiskohteet 2021-2022

Akuutti24

- otetaan käyttöön valtakunnalliset 116 117 -ohjeet
- yhtenäistetään kirjaamiskäytänteet samantyyppisissä akuuttiprosesseissa
- tarkistetaan lääkitys kaikissa kontakteissa akuuttitoiminnoissa
- tiedotetaan hyväksi todetuista käytännöistä ja onnistumista
- koulutuksen painopisteenä akuuttihoidon osaamisen lisääminen

Päivystys

- kehitetään laiteturvallisuutta ottamalla asteittain laiteajokortti käyttöön

Ensihoito

- hyödynnetään aktiivisesti vaaratapahtumailmoituksia
- käytetään NEWS-pisteytysjärjestelmää

Akuutti24 kotisairaala ja päivystysosasto

- otetaan simulaatio-oppiminen osaksi potilasturvallisuutta ja
- käytetään NEWS-pisteytysjärjestelmää
- kuvataan kotisairaalan ja päivystysosaston prosessit huomioiden SoteKoti

5.2 Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus

Ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen toimialan palvelut muodostuvat ikääntyneiden asiakasohjauksesta, ikääntyneiden asumispalveluista, kotiin vietävistä palveluista, geriatrisen osaamiskeskuksen palveluista; perusterveydenhuollon sairaalapalvelut, geriatrinen poliklinikka sekä kuntoutuksen palveluista perustasosta erikoissairaanhoidon.

5.2.1 Ikääntyneiden neuvonta

Ikääntyneiden neuvonta toteutetaan ostopalveluna tiiviissä yhteistyössä ikääntyneiden asiakasohjauksen kanssa. Neuvonta vastaa eri kanavien (puhelin, walk-in, chat, kysy neuvoa, s.posti) kautta tulleisiin kysymyksiin sekä ohjaa ikääntyneitä ja heidän omaisiaan kuntakohtaisten palveluoppaiden sekä verkkosivuston (www.ikaantyneidenpalveluneuvonta.fi) välityksellä. Neuvonta on matalan kynnyksen neuvontaa, joka kattaa sosiaalihuollon palveluiden lisäksi hyvinvoinnin edistämiseksi tarkoitettuja kulttuuri- ja liikuntapalveluita sekä yhdistys ja järjestötoimintaa. Ikääntyneille on otettu pilottikäyttöön sähköinen MyNaviGo hyvinvoinnin itsearviointi- ja ohjauspalvelu. Ikääntyneiden palveluneuvonta sijaitsee Lahden palvelutorilla ja hyödyntää palvelutorin tiloja ikääntyneiden hyvinvointiin suunnattujen tapahtumien järjestämisessä.

5.3 Perhe- ja sosiaalipalvelut

Perhe- ja sosiaalipalvelujen toimiala muodostuu lapsiperhepalveluista, työikäisten palveluista, psykososiaalisista palveluista ja vammaispalveluista. Palveluihin kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja perustason palveluista erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluihin. Toimialan palvelujen organisoinnissa on huomioitu sosiaalihuollon palvelutehtäväluokitus ja toiminnalliset kokonaisuudet mm. päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta, jotta kokonaisuuksien johtaminen ja hallinta onnistuisi mahdollisimman hyvin. Yhteistyötä ja kehittämistä tehdään yhtymän muiden toimialojen ja niiden toimintojen kanssa aktiivisesti. Perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialalle kuuluu sosiaalipäivystys. Lisäksi toimiala vastaa yhtymätasoisesti taloudellisen tuen palveluista (toimeentulotuki, välitystilipalvelut).

Toimialan tehtävänä on tukea asiakkaiden toimintakykyä ja osallisuutta asiakaslähtöisillä ja avopalvelupainotteisilla palveluilla. Palvelurakenteen muutostyö jatkuu. Toiminta perustuu laadukkaalle palvelun ja hoidon tarpeen arvioinnille sekä suunnitelmalliselle, asiakkaita osallistavalle työskentelylle, jossa hyödynnetään vaikuttavia, näyttöön perustuvia työmuotoja. Itsemääräämisoikeus ja sen tukeminen on keskeinen osa palvelutoiminnan kehittämistä. Sähköisten palvelujen käyttöönotto laajenee. Asiakkaiden valinnanvapautta edistetään palvelusetelituotteita lisäämällä. Asiakaskokemustietoa ja palvelumuotoilua hyödynnetään kilpailukykyisen ja vaikuttavan palvelutuotannon kehittämiseksi. Asiakasohjauksen ja sote-keskustoiminnan kehittämistyötä tehdään yhtymätasoisesti. Yhteistyökäytäntöjen ja prosessien kehittämistä tehdään yhtymän ja Mehiläisen yhteisyrityksen Harjun terveys Oy:n kanssa. Harjun Terveys Oy vastaa perustason mielenterveyspalveluista ja ehkäisyneuvonnan palveluista 1.1.2021 alkaen Lahden, Kärkölan ja Iitin osalta. Muiden kuntien osalta edellä mainituista palveluista vastaa edelleen perhe- ja sosiaalipalvelut.

Lapsiperhepalvelujen tulosalue muodostuu lasten ja nuorten hyvinvoinnin tulosityksikön palveluista sekä perhesosiaalityön ja lastensuojelun tulosityksikön palveluista. Perheoikeudellisia palveluja ja perheneuvolapalveluja tuotetaan myös Sysmän kunnalle ja Heinolan kaupungille. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on laadittu vuosille 2022-2025. THL:n toteuttaman lapsiperhepalvelujen ulkoisen arvioinnin perusteella laaditun toimenpideohjelman toimeenpano jatkuu. Alaikäisten perustason mielenterveys- ja perheneuvolapalvelujen palvelumallin mukaista toimintaa kehitetään. Perhekeskustoiminnan ja systeemisen työotteen kehittämistyö jatkuvat lapsiperhepalveluissa.

Työikäisten palvelut tulosalue muodostuu asiakasohjauksen ja taloudellisen tuen tulosityksikön palveluista sekä sosiaalisen kuntoutuksen ja osallisuuden tulosityksikön palveluista. Myös sosiaalipäivystys kuuluu työikäisten tulosityksikön palveluihin. Pitkäaikaistyöttömien osallisuutta ja toimintakykyä edistetään kuntouttavan työtoiminnan sisältöjen kehittämisellä. Kuntouttavan työtoiminnan palveluseteli otettiin käyttöön 1.1.2021 alkaen. Tukihenkilötoiminta käynnistetään työikäisten palveluissa. Sosiaalihuollon ohjaus- ja neuvonta Polku siirtyy Lahden palvelutorin yhteyteen.

Psykososiaalisten palvelujen tulosalue muodostuu psykoosipalvelujen, mielialahäiriöpalvelujen, alueellisten mielenterveyspalvelujen, alaikäisten psykososiaalisten palvelujen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tulosityksiköiden palveluista. Kotiin vietäviä palvelujen kehittämistyötä jatketaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Palveluseteli otetaan käyttöön psykoterapiapalveluissa 1.1.2021. Toiminnanohjausjärjestelmän käyttö laajenee lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluihin. Päihdepsykiatrian poliklinikan toiminta käynnistyy.

Vammaispalvelujen tulosalue muodostuu asiakasohjauksen tulosityksikön palveluista sekä asumisen ja päiväaikaisen toiminnan tulosityksikön palveluista. Vammaisten asumisen kehittämistyö jatkuu. Palvelusetelituotteiden määrää lisätään. Palveluseteli otetaan käyttöön 1.1.2021 henkilökohtaisessa avussa ja omaishoidon palveluissa. Vammaisten henkilöiden henkilökohtaisen budjetoinnin kehittämishanke toteutetaan vuosina 2020-2021. Omaishoidon kokonaisuuden kehittämistyötä jatketaan. Vuonna 2020 toteutetun kuljetuspalvelu-uudistuksen toteutumisesta seurataan ja arvioidaan aktiivisesti. Yhtymän vammaisneuvoston toiminta käynnistyy.

Yhteistyö eri toimijoiden (kunnat, järjestöt, oppilaitokset, seurakunnat) kanssa on tiivistä erilaisissa yhdyspintakysymyksissä. Tällaisia ovat lasten ja perheiden palvelut mm. oppilashuolto, työllisyydenhoito, kotouttaminen, asuminen, ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö. Yhdyspintatyön edistämiseksi kehitetään yhteistyörakenteita (alueelliset/kunnalliset). Yhtymän yhteyshenkilöt nimetään eri yhdyspintakokonaisuuksiin. LAPE- kehittämistyö tehdään maakunnallisissa ja kuntakohtaisissa verkostoissa. Yhtymä vastaa kehittämistyön maakunnallisesta koordinaatiosta. Yhtymä on mukana alueen kuntien ja Te-toimistojen kanssa työllisyydenhoidon kokonaisuuden kehittämisessä ja 1.1.2021 käynnistyneessä työllisyydenhoidon kuntakokeilussa. Perhe- ja sosiaalipalvelut on ollut aktiivisesti mukana nuorten huumeiden käyttöä ehkäisevässä HUU-MA-PÄIJÄT-HÄME, Huumeeton maakunta – hankkeessa (2019-2021). Osana palvelusopimusneuvotteluja sovitaan kuntien kanssa myös yhdyspintatyötä koskevat tavoitteet.

Perhe- ja sosiaalihuollon toimialan palvelujen asiakkaiden käytössä on monipuolisia palvelukanavia. Kiinteiden tai liikkuvien walk in-tyyppisten ja palvelukanavan ja puhelujen rinnalla ovat käytössä chat, sähköinen ajanvaraus, etävastaanottopalvelu ja kuvapuhelinpalvelu. Sähköisten palvelujen käyttöönottoa laajennetaan etäasioinnin kehittämissuunnitelman tavoitteiden mukaisesti.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään asiakasohjausta (ohjaus- ja neuvonta, palvelutarpeen arviointi, asiakasprosessien koordinointi ja johtaminen, ostopalvelujen hallinta, valvonta)
- kehitetään yhdyspintatyötä ja kumppanuuksia mm. lapsiperhepalveluissa (perhekeskustoiminta, oppilashuolto), työllisyydenhoidon, kotouttamisen, asumisen ja osallisuuden kysymyksissä. Yhtymän vammaisneuvoston toiminnan käynnistäminen. Osallistuminen työllisyyden kuntakokeilun kehittämistyöhön. Tuetusti työhön ja osallisuuteen Päijät-Hämeessä -hanke.
- viedään rakennemuutostyötä eteenpäin
- toimeenpannaan lapsiperhepalvelujen ulkoisen arvioinnin perusteella laadittu toimenpideohjelma
- jatketaan vammaisten asumisen kehittämissuunnitelman toimeenpanoa
- lisätään asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapautta ottamalla käyttöön uusia palvelusetelituotteita. Vammaisten henkilöiden henkilökohtaisen budjetoinnin kehittämissuunnitelma 2020-2021.
- vahvistetaan ja kehitetään osallisuutta ja toimintakykyä edistäviä avopalveluja
- otetaan käyttöön sähköisiä palveluja laajemmin toimialan palveluissa
- vahvistetaan sosiaalihuollon roolia sote-keskustoiminnassa

5.3.1 Sosiaalihuollon ohjaus ja neuvonta Polku

Sosiaalihuollon ohjaus ja neuvonta Polku palvelee lapsiperheitä, työikäisiä ja vammaisia henkilöitä. Polku kuuluu työikäisten tulosalueelle asiakasohjauksen ja taloudellisen tuen tulosityksikköön. Polku siirtyy kaupunginsairaalan tiloista Lahden palvelutorille sen II-vaiheessa keväällä 2021. Polussa voi asioida puhelimitse, chat-palvelun kautta tai paikan päällä.

5.3.2 Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys järjestetään ympärivuorokautisesti. Sosiaalipäivystys huolehtii kiireellisten ja välttämättömien sosiaalipalveluiden tarpeiden arvioimisesta ja järjestämisestä kaikille väestöryhmille sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa pääasiassa virka-ajan ulkopuolella. Päijät-Hämeen sosiaalipäivystys toimii poliisilaitoksen yhteydessä ja Akuutti24:n yhteispäivystyksessä. Sosiaalipäivystys palvelee myös Sysmän kuntaa ja Heinolan kaupunkia. Vuoden 2022 aikana valmistellaan esitys sosiaalipäivystyksen laajentamiseksi sosiaali- ja kriisipäivystykseksi.

6 OSAAMISEN VARMISTUS

6.1 Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtamisen prosessien avulla tuetaan osaamisen laatua yhtymässä. Ne sisältävät mm. ennakoivan, strategisen suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan yhtymätasolla. Henkilöstöpalvelut vastaavat johtamisen kehittämisestä ja muun kuin ammattialakohtaisen substanssiosaamisen organisoinnista. Lisäksi henkilöstöpalvelut vastaavat ajanmukaisista osaamisen johtamisen järjestelmistä ja pedagogisista ratkaisuista mukaan lukien verkko- ja muu digitaalinen oppiminen, jolla edistetään mm. moniammatillista verkottunutta oppimista.

Osaamisen johtaminen on keskeinen osa jokaisen esimiehen päivittäistä johtamistyötä. Osaamisen johtamisella mahdollistetaan henkilöstön kyvykkyys hyödyntää olemassa olevaa tarvittavaa osaamista sekä uudistaa osaamista ennakoivasti yhtymätason ja toimialojen henkilöstösuunnitelmien mukaisesti. Suunnitelmien toteutumista seurataan yhtymätasolla mm. osavuosikatsauksissa. Esimiesten johtamisosaamista arvioidaan systemaattisesti 360-arviointityökalulla ja yhtymän yhteisillä johtamisen mittareilla. Osaamista kehitetään moniammatillisesti.

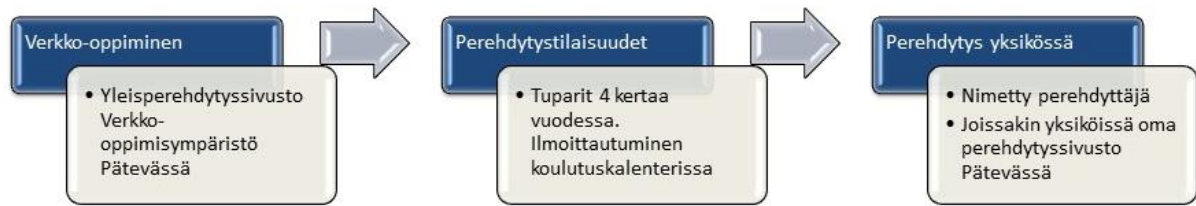
Esimiehet johtavat laatua ja asiakas- ja potilasturvallisuutta systemaattisella osaamisen johtamisella. Kehityskeskustelu toimii yhtenä osaamisen johtamisen välineenä. Jokainen työntekijä osallistuu vähintään kerran vuodessa yksilö- ja/tai ryhmäkehityskeskusteluun ja arvioi omaa osaamistaan suhteessa työn sisältöön ja työyksikkönsä toiminnan tavoitteisiin. Henkilöstöä kannustetaan yksin ja tiiminä kriittisten osaamisvajeiden esiintuomiseen ja osaamisen jatkuvaan, itseohjautuvaan päivittämiseen, jonka tuloksellisuutta seurataan kehityskeskusteluissa.

Kehityskeskustelussa työntekijän kanssa käydään läpi edeltävän ajanjakson tavoitteiden toteutuminen, seuraavan vuoden ja pitkän aikavälin tavoitteet, osaaminen ja osaamisen kehittämisen tavoitteet sekä työhyvinvointiin liittyviä asioita. Kehityskeskustelu dokumentoidaan sähköiselle lomakkeelle. Työntekijä ja esimies hyväksyvät suunnitelman sähköisesti.

6.2 Perehdytys ja perehtyminen

Perehdytys tukee uuden työntekijän työhön ja työpaikkaan kiinnittymistä, tuloksellisuutta ja työhyvinvointia. Perehtymisen tavoitteena on yhtymän yhteisten käytäntöjen ja toimintamallien käyttöönotto sekä oman tehtäväkuvan haltuunotto uudessa työyhteisössä. Perehtyminen toteutetaan yleisperehdytysprosessissa yhtymätason yhteisiin asioihin perehtymällä ja yksikkökohtaisessa, työntekijälle tehtäväkuvan mukaisesti räätälöidyssä perehtymisessä. Perehtyminen voi kestää tehtäväkuvasta riippuen kuukaudesta vuoteen. Lisäksi työntekijällä on mahdollisuus jatkaa perehtymistä osallistumalla mentorointiin tarvittaessa.

Kuvassa viisi on kuvattu työntekijän perehdytys ja perehtyminen. Tuparit -perehdytystilaisuuksia järjestetään noin kolme kertaa vuoden aikana. Tupareissa uusi työntekijä saa tietoa yhtymän yleisistä asioista mm. palvelussuhdeasioista, yhtymän arvoista ja asiakaskokemuksen toteutumisesta jokapäiväisessä työssä. Tupareissa on mahdollista keskustella ja kysyä asiantuntijoilta omaan työhön liittyvistä asioista. Lisäksi Tupareissa tutustuu yhtymän muihin uusiin työntekijöihin ja on mahdollista osallistua PPHYKY-visaan. Tupareita ei järjestetty vuonna 2020 koronan vuoksi lainkaan. Seuraavan kerran Tupareihin on mahdollista osallistua syksyllä 2021. Ilmoittautuminen tapahtuu yhtymän koulutuskalenterissa. Tämän lisäksi yhtymän yleiseen perehtymiseen liittyviä asioita on mahdollista oppia verkko-oppimisympäristö Pätevässä, jossa on kaikille avoin Yleisperehdytys -sivusto. Yleisperehdytys jatkuu yksikkökohtaisella perehdytyksellä. Se tapahtuu yksikössä käytännön työn lisäksi Pätevässä yksiköiden omilla perehdytys sivustoilla. Yleisperehdytykseen osallistumisesta, yksikkökohtaisen perehdytyksen suunnittelusta, organisoinnista ja toteutuksesta vastaa esimies. Perehdytysohjelman suorittamisesta vastaa työntekijä itse. Perehdytyksen suorittaminen dokumentoidaan henkilöstöhallinnon sähköiseen ESS-itseasiointijärjestelmään.



Kuva 4. Perehdytys ja perehtyminen yhtymässä

Kehittämiskohteet 2021-2022

- uudet työntekijät osallistuvat yhtymän yleisperehdytykseen
- kaikissa toimintayksiköissä on ajantasaiset perehtymissuunnitelmat

6.3 Koulutukset

6.3.1 Kliinistä toimintaa tukeva hoitotyön täydennyskoulutus

Hoitotyön täydennyskoulutus toteutetaan joko sisäisenä tai ulkopuolelta hankittavana koulutuksena. Koulutusorganisaatioiden (mm. LAB) tarjoamaan koulutukseen on työnantajan mahdollisuus vaikuttaa siten, että tarjonta kohdistuisi kliinisen toiminnan tarpeisiin. Erikoistumiskoulutukset ovat pidempikestoisia (30 op) ja niihin työntekijät hakeutuvat myös omaehtoisesti, mutta myös työnantajan toiminnan tarpeisiin pohjautuen. Organisaation sisällä on paljon asiantuntemusta ja sen laajempi hyödyntäminen sisäisten koulutusten järjestämisessä on jatkossa yksi painopiste.

6.3.2 Verkkokoulutukset

Työn laadukas ja turvallinen toteuttaminen edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa oman tietotaitotason päivittämistä. Yhtymä edellyttää henkilöstöltään osaamista, ja tarjoaa osaamisen varmistamiseksi koulutusta eri muodoissa. Henkilöstölle on mahdollistettu pääsy eri verkko-oppimisympäristöihin (mm. Duodecimin Oppiportti, Potilasturvaportti, Awanicin LOVE- ja SÄVe-oppimisympäristöt), jotka tarjoavat osaamisen tueksi tutkittua tietoa ja kattavia kursseja.

Laadukkaan ammatillisen toiminnan varmistamiseen ja oman osaamisen tueksi kuuluu kaikille työntekijöille pakollisia verkkokoulutuksia. Koko henkilöstöä koskevien verkkokoulutusten lisäksi terveys- ja sairaanhoitopalvelujen sekä ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen toimialat ovat edellyttäneet henkilöstöltään oman toiminnan kannalta oleellisia muita verkkokoulutuksia. Verkkokoulutukset on koottu taulukkoon kaksi. Verkkokoulutukset tulee suorittaa kolmen kuukauden sisällä työsuhteen alkamisesta. Yhtymän määrittelemiin verkkokoulutuksiin työntekijä voi käyttää työaikaa sovitun ohjeistuksen mukaisesti. Verkkokoulutuksen suorittaminen dokumentoidaan henkilöstöhallinnon sähköiseen ESS-itseasiointijärjestelmään.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- verkkokoulutusten suoritukset dokumentoidaan ESS-järjestelmään, jotta järjestelmästä saatavat koulutustilastot tukisivat koulutusten suunnittelua ja seurantaa
- verkkokoulutukset sisällytetään yksiköiden kehittämissuunnitelmaan
- verkkokoulutuskokonaisuuksia määritellään perhe- ja sosiaalipalveluihin

Taulukko 2. Verkkokoulutukset

Verkkokoulutus	Kohderyhmä	Sisältö/tavoitteet
Asiakaspalvelu terveydenhuollossa -verkkokoulutuskokonaisuus	koko henkilöstö	Asiakaspalvelu kuuluu kaikille työntekijöille, ja sen tehtävänä on luoda asiakkaalle hyvä palvelukokemus.
Vaaratapahtumien raportointi	koko henkilöstö	Kurssi perehdyttää erilaisten vaaratapahtumien tunnistamiseen ja niiden oikeaoppiseen ilmoittamiseen.
Tietosuojan perusteet	koko henkilöstö	Kurssin suoritettuaan työntekijä on saavuttanut yleiskäsitksen tietosuojasta ja hän osaa huomioida tietosuojaan liittyviä asioita päivittäisessä työssään.
Tietoturva I – Tietoturvallisuuden perusteet	koko henkilöstö	Kurssin suoritettuaan työntekijä on saavuttanut yleiskäsitksen tietoturvasta ja hän osaa huomioida tietoturvaan liittyviä asioita päivittäisessä työssään. Verkkokoulutus katsotaan suoritetuksi, kun työntekijä on läpäissyt sen lopputestin. Tarvittavan tietämyksen saavuttamiseksi esimies voi valita organisaatiolleen sopivimman tavan seuraavista vaihtoehdoista (tai useampia näistä): <ul style="list-style-type: none"> a) Verkkokurssin suoritus (suoritusajankohta valittavissa yksilökohtaisesti, 1 h) b) Digiturvallinen elämä -pelin läpi pelaaminen (suoritusajankohta valittavissa yksilökohtaisesti, 1-2 h) c) Online koulutukseen osallistuminen (erikseen sovittava ajankohta, 1 h) d) Läpikäynti osana tiimi/osastokokousta (erikseen sovittava ajankohta, 1 h)
Potilasturvallisuutta taidolla	koko henkilöstön osalta välitöntä asiakas-/potilastyötä tekevät	Kurssi tarjoaa perustietoa ja käytännön toimintatapoja potilasturvallisuuden edistämiseen omalla työpaikalla.
Potilasturvallisuutta taidolla – tukitoiminnot	koko henkilöstön osalta välillistä asiakas-/potilastyötä tekevät	Kurssi tarjoaa perustietoa potilasturvallisuuden edistämiseen omalla työpaikalla.
Kaatumisen ehkäisy	Tesa / Ikäkunto / PESO	Kurssi tarjoaa perustietoa mitkä tekijät ja sairaudet vaikuttavat kaatumisriskiin. Työntekijä osaa tunnistaa riskipotilaat sekä valita ja käyttää kaatumisvaaran arviointimittaria sekä ehkäistä kaatumisia.
Estä painehaava	Tesa / Ikäkunto / PESO	Kurssi tarjoaa perustiedot painehaavojen ehkäisystä. Kurssin avulla työntekijä oppii ymmärtämään mitkä tekijät ja sairaudet vaikuttavat painehaavojen syntyyn. Työntekijä osaa tunnistaa riskipotilaat ja osaa valita sekä käyttää painehaavariskin arvioinnin työkaluja.
Laiteturvallisuus	Tesa / Ikäkunto / PESO	Kurssi lisää tietoa, mitä säädöksiä terveydenhuollon laitteisiin liittyy. Oppii tunnistamaan käyttäjän velvollisuudet tunnistaa laitevaaratilanteet ja niistä ilmoittamisen.
Motivoiva keskustelu	Tesa	Kurssin tavoitteena on tuoda keinoja ja näkökulmia motivoivaan keskusteluun.
Potilaan tunnistaminen	Tesa / Ikäkunto	Kurssi antaa kaikille asiakas- ja potilastyötä tekevälle ymmärryksen tunnistamisen tärkeydestä.
RAI-verkkokoulutus	Ikäkunto / PESO	RAI- verkkokoulun tavoitteena on opettaa perusteet RAI-arvioinnista ja arviointitiedon käytöstä asiakkaan hoidon suunnitteluun. RAI-verkkokoulu opastaa myös arviointitiedosta muodostettavan RAI-vertailutiedon hyödyntämistä asiakaskunnan tarpeita vastaavien palvelujen kehittämisessä.

6.3.3 LOVE-koulutus

Lääkehoidon osaamisen varmistaminen sisältää työntekijän perehtymisen yhtymän/yksikön lääketoimintasuunnitelmaan sekä yksikön lääkehoitoon, teoria- ja käytäntö(näyttö)osaamisen varmistamisen sekä keskustelun esimiehen tai osaston lääkärin kanssa. Lääkehoidon lupa on voimassa viisi vuotta. Lääketurvallisuuden osaamisen ylläpidon apuna yhtymässä käytetään LOVE -lääkehoidon osaamisen verkossa -oppimisympäristöä. Yhtymässä suoritettavia lääkehoidon osaamisen varmistamisen kursseja ovat

- MiniLOP (lääkehoidon perusteet lääkehoitoon kouluttamattomille)
- LOP (lääkehoidon osaamisen perusteet)
- PKV (pääasiassa keskushermostoon vaikuttava lääkehoito)
- Rokotus
- IV (lääke- ja nestehoito laskimoon)
- ABO (verensiirto)
- SuuLOP (lääkehoito suun terveydenhuollossa)
- KIPU (kivun lääkehoito)
- GER (iäkkään lääkehoito)
- PSYK (mielenterveyden häiriöiden ja päihderiippuvuuksien lääkehoito)
- LAS (lasten lääkehoito)

Työntekijän suoritettavat lääkehoidon osaamisen verkkokurssit perustuvat yksikön lääkehoidosuunnitelmassa määriteltyihin suoritusvaatimuksiin. Verkkokoulutusten suorittamiseen työntekijä voi käyttää työaikaan sovitun ohjeistuksen mukaisesti. Varfariinimäärityksiä toteuttavien laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaaminen varmistetaan lääkäriluennolla, teoriakokeella ja näytöillä. Yhtymässä käytetään teoriakokeen oppimisympäristönä Duodecimin Oppiporssi -oppimisympäristön teoria- ja laskukurssia (varfariinihoidon toteutus ja varfariinihoidon laskuharjoitukset). Kaikki lääkehoitoon liittyvät suoritukset dokumentoidaan henkilöstöhallinnon ESS-itseasiointijärjestelmään, jonka kautta seurataan uusittavien lääkehoitolupien vuosittaista suoritusta määrää (taulukko 3).

Taulukko 3. Uusittavien lääkehoitolupien vuosittaiset suoritustilat

Vuosi	2019	2020	2021	2022
Uusittavien lääkehoitolupien määrä	918	597	660	587

Kehittämiskohteet 2021-2022

- otetaan käyttöön E-loki -järjestelmä lääkehoidon osaamisen varmistamiseen

6.3.4 Simulaatiokoulutus

Päijät-Hämeen keskussairaalla on simulaatiokeskus eli koulutustila, jossa voidaan hyödyntää simulaatiotekniikkaa. Simulaatiotila voidaan videon tai kuvien avulla muuttaa erilaisiksi toimintaympäristöiksi. Tilassa voidaan hyödyntää simulaatiopedagogiikkaa aina pienimuotoisen yksittäisen tapahtuman simulaatiosta kokonaisvaltaiseen simulaatioon (full scale simulation). Simulaatiopedagogiikassa ei useimmiten harjoitella yksittäisiä toimenpiteitä tai hoitamista vaan kokonaisvaltaista toimintaa. Simulaatiotilassa harjoiteltavia kokonaisuuksia ovat usein kommunikaatio, tiimityö ja johtaminen. Simulaatiotilaa voidaan käyttää myös yksittäisten taitojen, kuten elvytyksen harjoitteluun ilman simulaatiotekniikan hyödyntämistä. Simulaatiokoulutus voidaan toteuttaa myös normaaleissa tiloissa ilman simulaatiotekniikkaa. Simulaatiokoulutuksessa on olennaista käydä vuorovaikutteista keskustelua harjoituksen jälkeen.

Kokonaisvaltaisessa simulaatiossa harjoitus videoidaan ja tallennetaan. Tallennetta voidaan hyödyntää myöhemmin oppimisen apuvälineenä jälkipuinnissa. PHKS:n simulaatiokeskuksessa on harjoitustila, jälkipuintila sekä ohjaamo, josta simulaatiota ohjailaan. Nykyisin simulaatiotilaa hyödynnevät eniten Akuutti24, ensihoito ja teho-osasto. Ensihoitajilla on suunniteltuja simulaatiopäiviä sekä nonstop-harjoituksia, jolloin ensihoitoyksikön henkilökunta otetaan kesken työpäivän harjoitukseen, ja sinne lähdetään kuten ”oikeallekin tehtävälle”. Akuutti24 harjoittelee simulaatiotilassa hätä-tilatointoja, mm. traumatiimin toimintaa säännöllisesti. Lisäksi tilaa on hyödynnetty erikoistuvien lääkärien koulutuksessa ja ensihoidon kenttäjohtajien johtamisen harjoittelualustana. Pääpaino on siis tähän asti ollut lääketieteessä ja akuuttihoitotyössä, vaikka simulaatiota voidaan hyödyntää melkein kaikessa koulutuksessa mm. kommunikaation, tiimityön ja/tai johtamisen harjoitteluun.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- laajennetaan simulaatiokoulutusta systemaattisesti erikoissairaanhoidossa sekä avo-
puolella
- hyödynnetään simulaatiokoulutusta moniammatillisen yhteistyön ja vuorovaikutuk-
sen, asiakaspalvelun sekä lääkehoidon ja ergonomiosaamisen kehittämisessä
- hyödynnetään simulaatiota eri asiakas-/potilasryhmien, kuten akuuttigeriatrisen poti-
laan, hoidon tarpeen kouluttamisessa
- hyödynnetään simulaatiokoulutusta henkilöstön perehdytyksessä

6.3.5 Säteilysuojelukoulutus

Säteilylain (859/2018) mukaan säteilynkäytön turvallisuudesta vastaa toiminnan harjoittaja eli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Terveysturvallisuudessa säteilyturvallisuus sisältää potilaiden, säteilytyötä tekevien työntekijöiden ja muiden henkilöiden säteilyturvallisuuden. Potilaiden säteilyturvallisuus on osa potilasturvallisuutta.

Terveysturvallisuuden säteilyn käytössä toiminnan harjoittajan palveluksessa olevilla ja muutoin säteilyn käyttöön osallistuvilla henkilöillä on oltava tehtäviensä edellyttämä pätevyys ja tarvittava säteilysuojelukoulutus. Henkilöstön pätevydestä ja säteilysuojelukoulutuksen riittävydestä vastaa toiminnan harjoittaja.

Säteilysuojelun täydennyskoulutuksella varmistetaan, että säteilytoimintaan osallistuvilla työntekijöillä on työtehtäviensä mukaiset, ajantasaiset tiedot ionisoivasta säteilystä ja sen vaikutuksista sekä säteilynsuojelusta ja säteilytoimintaa koskevista säädöksistä, määräyksistä ja ohjeista.

Lakisääteisen säteilynsuojelun täydennyskoulutuksen toteutumista arvioidaan jokaisen säteilynkäyttäjän osalta erikseen viiden vuoden tarkastelujaksolla. Radiologi tai muu säteilyä runsaasti käyttävä lääkäri, syöpätautien erikoislääkäri, kliinisen fysiologian ja isotooppiilääketieteen erikoislääkäri, hammasradiologi, sairaalafyysikko, röntgenhoitaja ja isotooppiyksikössä työskentelevä bioanalytiikko tai sairaanhoitajalla tarvitsee olla suoritettuna täydennyskoulutusta viiden vuoden aikana yhteensä vähintään 40 tuntia. Muu säteilyä käyttävä lääkäri, säteilyyn perehtynyt työterveyslääkäri, hammaslääkäri, asennusta, huoltoa ja korjausta terveydenhuollon laitteille suorittava henkilö ja muu säteilyä käyttävä terveydenhuollon ammattihenkilö tarvitsee täydennyskoulutusta 20 tuntia. Kahdeksan tuntia viiden vuoden laskentajaksossa riittää röntgentutkimuksiin lähettävälle lääkärille ja muille lähetteen antajille.

Yhtymässä järjestetään säteilynsuojelun täydennyskoulutusta luentosalissa puolivuositain (4 h) kaikille säteilytoimintaan osallistuville työntekijöille sekä tarjotaan mahdollisuuksia osallistua osaamista täydentäviin ulkoisiin koulutuksiin hyvän säteilyturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi. Koulutusta antavat yhtymän omat säteilyturvallisuusasiantuntijat, lääketieteellisen fysiikan asiantuntijat ja muut säteilynkäyttäjät. Yhtymän omien säteilyturvallisuusasiantuntijoiden (sairaalafyysikot) ajantasainen tieto säteilynkäyttöön ja suojeluun liittyvistä asioista varmistetaan tarjoamalla mahdollisuuksia

osallistua kotimaisiin ja kansainvälisten koulutuksiin, jotta heillä on tuorein mahdollinen tieto säteilyn käytöstä ja he voivat parhain mahdollisin tavoin ylläpitää ja kehittää yhtymän säteilyturvallisuuskulttuuria.

Säteilynsuojelun täydennyskoulutusta on mahdollista suorittaa myös verkkokoulutuksena. Työntekijöille tarjotaan Intranetin Sovellukset-valikon alta SäVe-säteilynsuojeluverkkokurssia ja Duodecimin Oppiportin kautta säteilynsuojeluverkkokursseja. Myös muista sisäisistä ja ulkoiluisista koulutuksista sekä meetingeistä, joissa käsitellään säteilynsuojeluun liittyviä asioita, voidaan antaa säteilyturvallisuusasiantuntijan arvioima määrä koulutustunteja. Kaikki säteilynsuojelukoulutukseen liittyvät suoritukset dokumentoidaan henkilöstöhallinnon sähköiseen ESS-itseasiointijärjestelmään, jonka kautta lähiesimiehet seuraavat osastoittain, että jokaisella säteilynkäyttöön osallistuvalla työntekijällä on suoritettu vaadittava määrä säteilynsuojelukoulutusta.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään suoritusten kirjaamiskäytäntöjä siten, että jokainen säteilynkäyttäjä pystyisi helposti tarkastamaan oman täydennyskoulutustarpeensa ja toiminnanharjoittaja pystyisi paremmin valvomaan säteilynsuojelun täydennyskoulutuksen toteutumista
- selvitetään kuinka luetosalikoulutusten etänä seuraamisesta tai jälkikäteen tallenteiden katsomisesta voitaisiin antaa täydennyskoulutustunteja

6.3.6 Koulutusvideot ja videovälitteinen ohjaus

Henkilöstön osaamisen ylläpitämisessä ja kehittämisessä yhtenä tärkeänä menetelmänä on videot. Videoita voidaan tehdä esimerkiksi henkilöstön koulutusta ja ohjausta varten. Yhtymässä videoiden editointi tehdään pääasiassa Windows 10 -koneilla Videoeditori-ohjelmalla, jossa on peruskäyttöön soveltuvat helppokäyttöiset editointimahdollisuudet. Vaativampiin tarkoituksiin ja edistyneemmille käyttäjille ladataan DaVinci Resolve -videoeditointiohjelma.

Videoiden sisäiseen jakeluun käytetään MS Office 365:n Stream-sovellusta. Ulkoiseen jakeluun käytetään yhtymän YouTube-tiliä. Myös ulkopuolisille toimijoille tarkoitetut ohjevideot julkaistaan YouTube:ssa joko yksityisenä, jolloin videon voivat katsoa vain valitut henkilöt tai piilotettuna, jolloin videon voivat katsoa ne, joilla on linkki siihen. Videot, jotka ladataan jakeluun sekä sisäisesti että ulkoisesti, julkaistaan YouTube:ssa.

6.4 Kirjasto-tietopalvelu

Kirjasto-tietopalvelulla on selkeä rooli henkilöstön osaamisen kehittämisessä sekä lisä-, jatko- ja täydennyskoulutuksen tukemisessa sekä työssä kehittymisen ja ammattitaidon ylläpitämisen tukijana. Kirjasto-tietopalvelu tarjoaa ajantasaiset ja helposti saatavilla olevat aineistot eri ryhmien tarpeisiin sekä niiden käyttöön tarvittavat koulutukset. [Virtuaalikirjasto Helliin](#) kautta yhtymän henkilöstöllä on käytössä laajat sähköiset tietoaaineistot ml. kaikkien erikoisalojen kuulusteluvaatimusaineistot.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kirjasto-tietopalvelu on mukana perehdytysmateriaaleissa
- kirjasto-tietopalvelu on kiinteämmin osa organisaation sisäisiä peruspalveluita työssä kehittymisen ja ammattitaidon ylläpitämisen tukijana
- kirjasto-tietopalvelu tiimiyytyy ja verkostoituu näkyvästi organisaatiossa

7 LAADUN, ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUDEN VARMISTUS

7.1 Asiakkaan, potilaan ja läheisen osallistaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuus edellyttää asiakkaalta, potilaalta ja läheisiltä aktiivista roolia. Ammatilaisten tulee nähdä heidät yhdenvertaisina toimijoina palveluprosessissa. Asiakkaita ja potilaita kannustetaan kertomaan tietoa ammattilaisille, kysymään epäselvistä asioista ja kyseenalaistamaan tehtyjä päätöksiä. Näin he varmistavat oman hoitonsa tai palvelunsa laadun ja turvallisuuden. Asiakkaat, potilaat ja läheiset osallistuvat toimintojen ja prosessien kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden hoidon ja palvelun toimintamalleja kehittäessä asiakkaiden osallisuus on todettu erityisen tärkeäksi.

Vuorovaikutusta asiakkaiden ja ammattilaisten välillä kehitetään digitalisaation keinoin. Kansallisista palveluista Kanta (www.kanta.fi) muodostaa lainsäädäntöön perustuvan palvelukokonaisuuden. Asiakasohjauksen etulinjaan on määritelty monikanavainen asiointi: Puhelinpalvelut ja joustava takaisinsoitto, Sähköinen ajanvaraus 24/7, Sähköinen yhteydenottopyyntö ilman kirjautumista 24/7 ja sähköiset esitieto- ja kartoituslomakkeet, Sähköiset oire- ja palvelutarpeen arviot, hoitopolut, Chat sekä etävastaanottopalvelut konseptia kokeilevissa yksiköissä. Yhteydenottokanavia lisäämällä ja palvelutarjontaa laajentamalla pyritään madaltamaan yhteydenottokynnystä, porrastamaan yhteydenottojen kiireellisyttä/käsittelyä ja tukemaan asiakkaan sujuvaa, itsenäistä palvelujen käyttöä ajasta, paikasta ja palveluajoista riippumatta.

Sosiaalihuoltolain perusteella asiakkailla on aina oikeus saada tieto erilaisista palveluvaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, ja tulla kuulluksi häntä koskevissa ratkaisuissa. Asiakkaan oikeus tietoon on keskeinen keino lisätä hänen osallisuuttaan. Sosiaalihuoltolaki edellyttää myös selvittämään asiakkaan läheisten palvelutarpeet. Palvelutarpeen arviointi sekä asiakas- ja toteuttamisuunnitelmien laatiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa ovat keskeinen osa asiakkaan osallistamista. Asiakaspaalutetta kerätään ja hyödynnetään palvelujen kehittämiseksi.

Työikäisten palveluissa asiakkaiden osallistamista on pyritty lisäämään laatimalla asiakassuunnitelmia asiakastapaamisella yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin tavoitteiden asettaminen ja suunnitelmat tavoitteisiin pääsemiseksi tulee kirjatuksi yhdessä sovitulla tavalla, asiakas ymmärtää tavoitteen paremmin ja sitoutuu työskentelyyn kohti tavoitetta paremmin. Kuntouttavassa työtoiminnassa säännöllisesti palvelujaksojen jälkeen kerättävä asiakaspaalute osallistaa asiakkaita palvelujen laadun kehittämiseen.

Vammaispalveluissa asiakkaita pyydetään mukaan kehittämistyöhön erityisesti toiminnan muutostilanteissa tai muutoin merkittävissä hankkeissa. Kuljetuspalvelujen ja omaishoidon kehittäminen ovat tästä esimerkkejä. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen ja sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen uuden palvelumallin seurantaan ja ohjaukseen on perustettu seurantaryhmä, jossa on mukana liikennöitsijöitä ja kuljetuspalveluja käyttäviä asiakkaita eri vammairyhmistä sekä järjestöedustajia. Tavoitteena on kehittää kuljetuspalveluiden toimintaa ja saada kentältä ajankohtaista tietoa kuljetusten toimivuudesta. Omaishoidon kehittämisryhmään osallistuu omaishoitajia erityislapsiperheistä, järjestöjen edustajia sekä yhteistyötahoja. Tavoitteena on kuulla asiakkaiden toiveita ja tarpeita ja kehittää palvelukokonaisuutta palautteen pohjalta.

Lapsiperhepalveluissa sosiaalihuoltoa järjestettäessä on huomioitava ensisijaisesti asiakkaan etu ja hänen tuen tarpeensa. Sosiaalihuoltolain 32 § määrittelee lapsen ja nuoren mielipiteen selvittämisen velvollisuuden. Päätökseen perustuvaa sosiaalipalvelua toteutettaessa on jatkuvasti huomioitava asiakkaan mielipide ja toivomukset hänen iästään tai tuen tarpeestaan riippumatta. Systemisen toimintamallin avulla asiakkaan osallisuutta oman asiansa käsittelyssä ja palvelujen suunnittelussa on vahvistettu lastensuojelussa. Systeminen toimintamalli laajenee myös perhesosiaalityöhön.

Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla jokaisella tulosalueella on toiminnassa omais- tai asiakasraadit toiminnan kehittämisen tukena.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- luodaan asiakasosallisuutta tukevia yhtenäisiä toimintamalleja
- asiakkaat, potilaat ja läheiset osallistuvat palveluprosessien kehittämiseen
- kehittämistiimien jäsenenä tulee olla koulutettu kehittämisasiantuntija. Valinnasta huolehtivat kehittämisestä vastaavat esimiehet ja kehittämistiimien puheenjohtajat
- asiakkaiden osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen seurataan tehtyjen asiakaslähtöisten hoito- ja palvelusuunnitelmien määrällä
- suunnitellaan ja otetaan käyttöön asiakasta ja potilasta osallistamista tukevaa materiaalia

7.1.1 Asiakasraati

Yhtymässä toimii säännöllisesti useita asiakasraateja. Asiakasraatien jäsenet edustavat mahdollisimman kattavasti yhtymän palveluja tuntevia asiakkaita: eri-ikäisiä, eri kunnissa asuvia, erilaisissa elämäntilanteissa olevia henkilöitä. Osallistamalla asiakasraatiin he voivat vaikuttaa palvelujen suunnitteluun, toteutukseen, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakasraadit kokoontuvat keskimäärin 4-6 kertaa vuodessa. Säännöllisissä tapaamisissa käsitellään erilaisia aihealueita ja kehittämistarpeita. Asiakasraadit ottavat kantaa konkreettisiin asioihin kuten tilojen asiakaslähtöisyyteen sekä palveluprosessien kehittämiseen. Asiakasraatitoiminnan avulla vahvistetaan toiminnan asiakaslähtöisyyttä.

Asiakasosallisuustyöryhmä valmistelee asiakasosallisuuden yhtenäisiä toimintamalleja, esimerkkinä asiakasraatien toimintamalli lähtien asiakasraatilaisten rekrytoinnista. Työryhmässä on edustajat eri toimialoilta.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asiakasraati on toiminut syksystä 2019 Finfamin vetämänä ja se palvelee kyseistä asiakasryhmää niin sosiaali- kuin terveydenhuollon osalta. Raadin tavoitteena on vahvistaa palveluiden käyttäjien osallisuutta ja toimijuutta sekä palveluiden asiakaslähtöisyyttä. Raati tuottaa tietoa palveluiden ongelmakohdista sekä nostaa hyödynnettäväksi kokemustiedon ammattilaistiedon rinnalle.

Lapsiperhepalveluissa on käytössä asiakasraadit sekä muut asiakkaan osallisuutta edistävät ja lisäävät ryhmät, esimerkiksi jälkihuollon nuorten illat yhteistyössä SOS-lapsikyläsäätiön nuorisokumppanihankeksen kanssa, sekä perhesosiaalityön näkymätön lapsi näkyväksi -ryhmä yhdessä Pesäpuu ry:n kanssa. Asiakkaita osallistetaan ja heidän mielipiteitään palvelujen kehittämiseksi kerätään esimerkiksi heti neuvolavastaanoton jälkeen annettavalla palautelomakkeella, sekä tekemällä sähköisiä kyselyjä.

Työikäisten palveluissa kokoontuu säännöllisesti yhdeksän asiakasraatia. Asiakasraadeilla pyritään asiakkaiden osallistamiseen sekä vertaistukeen ja asiakasohjauksen ja palvelutuotannon prosessien toimivuuden ja laadun varmistamiseen. Asiakasraatitoimintaa kehitetään yhteistyössä sosiaalisan osaamiskeskus Verson kanssa.

Vammaisten päiväaikaisessa toiminnassa toimii asiakasraati. Asiakasraati on asiakkaiden ja työntekijöiden yhteinen kehittämisryhmä, joka kokoontuu kerran kuukaudessa. Päiväaikaisen toiminnan asiakkaat äänestävät vuosittain keskuudestaan jäsenet ryhmään. Mukana on myös tukityöntekijöitä sovitusti, mutta raatilaiset toimivat asiantuntijoina. Raadin tarkoituksena on tuottaa tietoa, mielipiteitä ja kokemuksia, joita käytetään kehittämistyön ja palveluiden parantamisen tueksi. Raatia voidaan käyttää asiakaspalautteen keräämiseen, mutta myös uusien ideoiden synnyttämiseen tai testaamiseen ja nostamaan esille asioita, joita ei arjen asiakastilanteissa tiedetä ja huomata.

Asiakasohjaus Siirissä toimii asiakasraati, joka koostuu omaisista ja ikääntyneiden palveluista kiinnostuneista kansalaisista. Asiakasraati on aktiivisesti kommentoinut erilaisia toiminnan muutoksia, asiakkaille suunnattuja lomakkeita yms ja näin myötävaikuttanut palvelun kehittämiseen. Koronan vaikutuksesta asiakasraadin kokoontumisia on siirretty sähköiseen ympäristöön.

Asiakasohjaus Siiri on osallistunut aktiivisti muiden Ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen tulosalueiden kanssa vanhusneuvostojen kokouksiin niin että jokaisen kunnan vanhusneuvostossa on oltu läsnä ja kerrottu tulossa olevista muutoksista tai kuunneltu vanhusneuvoston huolia. Keskustelu on yleensä ollut aktiivista ja asioita eteenpäin vievää.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- sovitaan asiakasraatitoiminnalle yhtenäiset käytännöt
- asiakasraatien kokoontumisia järjestetään säännöllisesti (4-6 kertaa vuodessa) tarvittaessa myös sähköisissä ympäristöissä
- asiakasraatien toimintaa arvioidaan säännöllisesti (mm. osallistumisprosentti, raatilaisten ja kuntalaisten aktiivisuus aiheiden tuomisessa raadin käsittelyyn)

7.1.2 Vaikuttamistoimielimet

Kuntalain 410/2015 § 22:ssä säädetään kunnan asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista kunnan toimintaan. Valtuuston on pidettävä huolta monipuolisista ja vaikuttavista osallistumisen mahdollisuuksista.

Vanhusneuvostoista ja vammaisneuvostoista säädetään kuntalain 27 ja 28 §:ssä. Ikääntyneen väestön ja vammaisten henkilöiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien varmistamiseksi kunnanhallituksen on asetettava vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto ja huolehdittava niiden toimintaedellytyksistä. Neuvostot voivat olla useamman kunnan yhteisiä. Vammaisilla henkilöillä sekä heidän omaisillaan ja järjestöillään tulee olla vammaisneuvostossa riittävä edustus. Neuvostoille on annettava mahdollisuus vaikuttaa kunnan eri toimialojen toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan asioissa, joilla on merkitystä ikääntyneen väestön ja vammaisten henkilöiden hyvinvoinnin, terveyden, osallisuuden, elinympäristön, asumisen, liikkumisen tai päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen taikka heidän tarvitsemiensa palvelujen kannalta. Kunnat ja kuntayhtymät voivat sopia neuvostojen järjestämismallista paikallisesti.

Yhtymän jäsenkunnissa toimii kunnallisia vanhus- ja vammaisneuvostoja. Lahdessa toimii sekä vanhusneuvosto että vammaisneuvosto. Muissa kunnissa neuvostot ovat yhdistettyjä vanhus- ja vammaisneuvostoja. Yhtymässä on valmistelussa vanhus- ja vammaisneuvostojen perustaminen yhtymään. Neuvostot toimisivat kunnallisten vanhus- ja vammaisneuvostojen rinnalla. Yhtymän neuvostojen roolina olisi edistää ja seurata sosiaali- ja terveydenhuollon eri aloilla tapahtuvaa toimintaa vanhusten/vammaisten henkilöiden kannalta sekä tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja asioista, joilla on merkitystä vanhusten/vammaisten henkilöiden elämisessä ja suoriutumisessa jokapäiväisessä elämässä. Yhtymään perustettavilla neuvostoilla parannetaan mahdollisuuksia osallistua sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan suunnitteluun ja seurantaan.

Yhtymän hallintosäännön mukaan hallitus voi asettaa yhtymään kuntalain tarkoittamia vaikuttamistoimielimiä. Hallituksen on huolehdittava niiden toimintaedellytyksistä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- perustetaan yhtymän vanhus- ja vammaisneuvostot ja käynnistetään toiminta syksyllä 2021

7.2 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

Laadukkaan, oikean ja turvallisen hoidon tai palvelun toteutumisen edellytyksenä on asiakkaiden ja potilaiden henkilöllisyyden tunnistaminen oikealla tavalla. Yhtymän ohjeen mukaisesti jokainen työntekijä vastaa asiakkaan ja potilaan tunnistamisesta palveluprosessin kaikissa vaiheissa. Asiakkaan tunnistamisen tulee tapahtua käyttämällä kahta tunnistamislähdettä:

- 1) kysytään asiakkaalta hänen nimi ja henkilötunnus
- 2) tarkastetaan tunnistamislähteen tai tunnisterannekkeen tiedot

Henkilökunta noudattaa "[Asiakkaan tunnistaminen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä](#)" -ohjetta.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- asiakkaan/potilaan tunnistamisessa toimitaan ohjeen mukaan
- toimintaohje käydään henkilöstön kanssa läpi suunnitelmallisesti ja aina uuden työntekijän kanssa
- tunnistamiseen liittyvät vaaratapahtumat tunnistetaan paremmin ja niistä raportoidaan enemmän
- läheltä piti -ilmoitusten määrä kasvaa suhteessa tapahtui asiakkaalle/potilaalle -ilmoituksiin

7.3 OLKA järjestö- ja vapaaehtoistoiminta

OLKA -toiminta on koordinoitua järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa, jonka tavoitteena on tarjota mahdollisuus potilaan ja heidän läheistensä kiirettömään kohtaamiseen sekä tuen antamiseen sairautteen sopeutumisessa vertaistuen avulla. OLKA on valtakunnallinen toimintamuoto, johon kuuluu tietopalvelu, vertaistukitoiminta ja vapaaehtoistoimintaa sairaalassa. OLKA on silta potilasjärjestöjen ja sairaalan välillä.

Päijät-Hämeessä OLKA-toimintaa koordinoi LINK Lahden järjestökeskus ry yhteistyössä yhtymän kanssa. OLKA Lahti toiminta aloitettiin keskussairaalassa lokakuun 2020 alussa. Toiminta alkoi vapaaehtoisten sairaalaopastoinnilla sekä OLKA -pisteellä toteutettavilla potilasjärjestöjen teemapäivillä. Jatkossa OLKA -toimintaa kehitetään vapaaehtoisten toimintaan myös osastoilla potilaiden juttukavereina tai vertaistukijoina.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- OLKA-toiminnan laajentaminen vapaaehtoisten toimintaan myös osastoilla potilaiden juttukavereina tai vertaistukijoina

7.4 Asiakaspäällikkö / Case Manager -toiminta

Yhtymässä on käytössä paljon palveluita käyttävien monipalveluasiakkaiden hoidon koordinointiin asiakaspäällikkö eli Case Manager -toimintamalli. Asiakaspäällikköinä työskentelee kolme terveydenhuollon ammattilaista, jotka koordinoivat monipalveluasiakkaiden hoitoa erikoissairaanhoidon somaattisilla vuodeosastoilla, poliklinikoilla, psykiatrian vuodeosastoilla ja poliklinikoilla, Akuutti24:ssä, ensihoidossa, kotisairaalassa, 116117- palveluissa ja tukeavat mm. sosiaalihuollon asiakkaita erikoissairaanhoidon rajapinnassa. Yksi asiakaspäällikkö toimii Ikääntyneiden toimialalla. Asiakaspäällikkö ottaa vastuun paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kokonaistilanteesta keskustelemalla yhdessä asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa sekä käynnistämällä toimet asiakkaan auttamiseksi. Asiakas saa asiakaspäällikön yhteystiedot ja asiakkaan sairaskertomukseen merkitään muiden ammattilaisten hyödynnettäväksi tieto siitä, että hän on asiakaspäällikön asiakas. Asiakaspäällikkö kirjaa asiakastietojärjestelmään omalle CM-HOI-välilehdelle sovitut toimet ja muut tarvittavat tiedot asiakkaan tilanteeseen liittyen.

Palveluohjaukseen perustuvassa toimintamallissa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen vastaa siis monialaisia palvelutarpeita tarvitsevien asiakkaiden palvelujen koordinoinnista. Erityisesti toimintamallilla pyritään tukemaan asiakkaita, jotka käyttävät palveluita epätarkoituksenmukaisesti. Toiminta on matalan kynnyksen palvelua, johon asiakkaat ohjautuvat pääasiassa terveydenhuollon yksiköstä ammattilaisten ohjaamana. Myös asiakas itse tai omainen voi olla yhteydessä suoraan asiakaspäällikköön. Toimintaa on pyritty markkinoimaan ja laajentamaan kaikkiin yhtymän palveluihin. Erityisesti sosiaalityön kanssa tehtävä yhteistyö on todettu hyödylliseksi.

Valtioneuvoston kanslian julkaisun mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja siitä aiheutuvat kustannukset kertyvät noin kymmenelle prosentille koko väestöstä. Ennakoimalla henkilöiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien ja elämänhaasteiden kasautumista ja tarjoamalla tukea aiempaa varhaisemmassa vaiheessa, voidaan vähentää myös kustannuksia. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä on saatu kustannuksia vähennettyä merkittävästi Case Manager -toimintamallin käyttöönoton myötä. Valtioneuvoston selvityksen mukaan monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamiseen ja ennakointiin tulisi kehittää yhteisiä linjauksia ja periaatteita sekä kehittää palvelujen yhteen toimivuutta. Tärkeää on myös luoda palvelutarpeen tunnistamisen jälkeisiä käytäntöjä ja kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että asiakas ohjautuu palvelu- tai hoidontarpeen kokonaisvaltaiseen arviointiin. Tällöin hänen yksilöllinen palvelupolkunsa rakentuu mahdollisimman sujuvasti. Yhtymän muutosohjelmassa (ks. kohta 3.2) tämä on huomioitu kehityskärjen *3 Tasapainoinen ja kustannustehokas palvelurakenne* kohdassa *3.3 Monipalveluasiakkaiden palvelukokonaisuudet ovat systeemisiä ja optimoituja*.

Yhtymässä Case Manager -toiminta nähdään hyvänä sijoituksena, johon panostaminen maksaa itsensä takaisin sosiaali- ja terveydenhuollon kulujen vähentymisenä. ”Asiakaspäällikön asiakas”-merkinnän pohjalta ollaan tietojohdamisen projektissa keräämässä tietoa monipalveluasiakkaiden tarpeista ja kehittämässä systemaattista toiminnan seurantaa. Kokemuksen mukaan on edullisinta hoitaa asiakkaat mahdollisimman sopivalla palvelutasolla, jolloin palvelut myös kohtaavat parhaiten asiakkaan tarpeet. Toimintamallin käyttöä olisi tästä näkökulmasta hyvä laajentaa mm. peruspalveluihin.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- laajennetaan Case Manager -toimintamallia perus- ja sosiaalipalveluihin
- luodaan yhtenäinen toimintamalli (muutosohjelmassa määritellyn mukaisesti)

7.5 Lääke -ja lääkitysturvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan kuinka turvallinen yksittäinen lääke on. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvien toimintatapojen turvallisuutta.

Lääkehoidon turvallisuutta yhtymässä varmistavat

- lääkehoitosuunnitelmat (sekä organisaatiokohtainen että yksikkötasolle määritelty)
- vaaratapahtumien raportointi ja käsittelymenettelyt (HaiPro)
- vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettely
- turvallisen lääkehoidon ohjaus- ja työryhmän toiminta
- lääkehoidon lupakäytäntömenettelytavat (LoVe)
- potilasturvallisuuskoordinaattoritoiminta
- sairaala-apteekin suorittamat osastokäynnit ja auditoinnit, mukaan lukien yksityisten palvelutalojen valvontakäynnit
- osastofarmasia ja farmaseutin vastaanotto –toiminta
- lääkkeiden jaon kaksoistarkastus, hyödyntäen mm. LääkeTabletti-sovellusta
- älylääkekaapit
- koulutus ja perehdytys lääkehoitoon

Lääkkeen määräämiseen tai toimittamiseen oikeutettuja henkilöitä kehoitetaan ilmoittamaan Fimealle toteamansa tai epäilemänsä lääkkeiden käyttöön liittyneet haittavaikutukset, erityisesti vakavat ja/tai odottamattomat, sekä kaikki uusien lääkkeiden haitat. Myös rokotteita koskevat haittavaikutukset ilmoitetaan Fimealle. Ilmoituksen haittavaikutuksesta voi tehdä sähköisesti (suositeltava ilmoitusmuoto) tai Fimean lomakkeella *Ilmoitus epäillystä lääkkeen/rokotteen haittavaikutuksesta*. Sähköiselle haittavaikutusilmoituslomakkeelle kirjaututaan FiMnet -käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Haittavaikutusilmoitus paperilomakkeella lähetetään osoitteella *Fimea, lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 FIMEA*. Haittavaikutusilmoituslomakkeen voi myös lähettää Fimean turvapostilla osoitteeseen FIMEA.EV@fimea.fi. Fimea vastaanottaa vain Fimean turvasähköpostilla tehdyt lähetykset.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- osastofarmaseuttien työtehtävien painopistettä siirretään kliinisen farmasian suuntaan (lääkitysarviointit, lääkelistan ajantasaistamiset, lääkehoidon ohjaus) pois logistisista tehtävistä
- farmaseutin vastaanotto -toimintaa kehitetään kattamaan kaikki terveysasemat
- luodaan yhtymään lääkitysturvallisuuskoordinaattorin toimi (proviisori)
- kehitetään kirjaamista osastofarmasian osalta
- lääkitysturvallisuuskoordinaattoritoiminnan vakinaistaminen
- älylääkekaappien määrän lisääntyminen
- lääkehoidon osaamista tukevan koulutuksen ja perehdytyksen lisääminen
- lääkehoidon näyttökriteerien päivittäminen
- HaiPron juurisyy-työkalun aktiivinen käyttöön otto

7.6 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on tärkeä osa turvallista ja laadukasta hoitoa. Tavanomaisia varotoimia noudatetaan aina potilaiden kohdalla ja ne muodostavat turvallisen hoidon perustan. Käsihygienian on tärkeä osa tavanomaisia varotoimia. Käsihuuhteen käyttöä ja kulutusta seurataan yksikkökohtaisesti.

Päijät-Hämeessä on alueelliset ohjeet resistenttien mikrobien torjunnasta, joka pohjautuu riskipohjaiseen seulontaan sairaalaan sisälle otettavien potilaiden kohdalla. Todettujen tapausten yhteydessä tehdään tartunnan jäljitystä tarveharkinnan perusteella. Lisäksi panostetaan erityisesti paikallisten epidemioiden varhaiseen tunnistamiseen ja rajaamiseen. MRSA:n osalta alueella on annettu puhdistushoitoja laajasti MRSA-kantajille.

Hoitohenkilökunnan hyvällä rokotussuojalla suojataan myös potilaita tarttuvilta taudeilta. Työterveyshuolto tarkistaa henkilökunnan perusrokotussuojan (mm. vesirokko, tuhkarokko). Tämän lisäksi vuosittain henkilökunnalle tarjotaan influenssarokotus. Influenssarokotuskattavuutta seurataan yksikkökohtaisesti. Mikäli henkilökuntaan kuuluvalla ei ole voimassaolevaa asianmukaista influenssarokotussuojaa, työntekijän tulee käyttää ohjeiden mukaisesti hengityssuojainta potilaan lähihoidossa influenssakauden aikana. Käsihuuhteen kulutusta ja henkilöstön influenssarokotekattavuutta seurataan yksikkökohtaisesti. Sairaalasyyntyisiä infektiota, kuten keuhkokuumeita, seurataan sairaalan infektiorekisterin avulla.

Leikkauksissa, joihin liittyy merkittävä leikkausalueinfektion riski, käytetään riskin pienentämiseen antibioottiprofylaksiaa. Suosituksena on antaa antibioottiprofylaksia 30–60 minuuttia ennen viiltoa tai verityhjiötä. Profylaksian antoa ja antoajankohtaa seurataan ja siitä raportoidaan infektioraportissa.

Leikkaustoimenpiteiden osalta seurataan aktiivisesti leikkausalueinfektioita sairaalan infektiöseurantajärjestelmän kautta (SAI). Leikkausalueinfektioista raportoidaan vuosittain infektioraportin yhteydessä. Infektioraportissa esitetään myös toimenpidekohtaiset leikkausalueinfektioiluvut. Jokainen leikkaava lääkäri saa vuosittain henkilökohtaisen raportin suorittamiensa leikkausten leikkausalueinfektioista.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- käsihygienian toteutumisen tehostaminen käyttäen havainnointia ja henkilökohtaista palautetta kaikissa yksiköissä
- käsihuuhtekulutuksen seuranta ja käytön lisääntyminen
- suojakäsineiden käytön kohdistuminen oikein kulutusta ja havainnointia käyttäen
- uusien MRSA-tartuntojen määrä sairaalan vuodeosastoilla
- verisuonikanyyleihin liittyvien infektioiden torjunta
- hoitoon liittyvien keuhkokuumeiden ehkäisy
- leikkausalueinfektioiden torjunta
- kaikissa toimintayksiköissä on hygieniayhdyshenkilö
- henkilöstön influenssarokotuskattavuus on > 90 %

7.7 Tiedonvälitys ISBAR

ISBAR-menetelmä on yhdenmukainen ja selkeä tiedonvälityksen apuväline, jota voidaan soveltaa kaikissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja tiedonsiirtotilanteissa. ISBAR-menetelmä mahdollistaa johdonmukaisen tiedon välityksen eri yksiköiden, ammattiryhmien ja yksilöiden välillä. Raportointimalli kaventaa erilaisten kommunikaatiotyötylien eroja ja järjestää tietoa selkeään ja tiiviiseen muotoon. ISBAR-menetelmän avulla voidaan vähentää vaaratapahtumien riskiä ja parantaa potilasturvallisuutta. ISBAR-menetelmä mahdollistaa, että raportin antajalla ja vastaanottajalla on sama

käsitys tilanteesta. Vakioitu viestintätapa helpottaa ymmärtämistä, estää unohtamasta asioita ja tekee tiedon välittämisestä tehokkaampaa. Potilaan ja asiakkaan hoidon tai palvelun riittävää ja oikeaa kirjaamista ohjaavat yhtymän kirjaamisohjeet.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- ISBAR-menetelmän käytön juurruttaminen joka päiväiseksi työkaluksi yksiköiden välisissä potilassiirroissa
- henkilöstö suorittaa Potilasturvaportin ISBAR -verkkokurssin menetelmän käyttöönoton yhteydessä

7.8 Kirjaaminen

7.8.1 Kirjaamisen auditointi

Hoidon kirjaamisen auditointi tehdään erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla vuosittaisen suunnitelman mukaisesti myös vuosina 2021 ja 2022. Lisäksi tavoitteena on käynnistää kirjaamisen auditointi perusterveydenhuollon vuodeosastoilla vuonna 2022.

Auditoinnilla varmistetaan asiakas- ja potilastietojen asianmukainen kirjaaminen sekä diagnoosi-, toimenpide- ja haittavaikutuskoodien oikeellisuus. Tämän kokonaisuuden auditointiin ei ole olemassa valmista mittaria ja toteutuakseen se vaatii auditointimittarin kehittämisen.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- hoidon kirjaamisen auditointi vuosittain
- hoidon kirjaamisen auditoinnin laajentaminen perusterveydenhuollon vuodeosastoille vuonna 2022

7.8.2 Hoidon kirjaaminen LifeCaressa

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa käytetyt tarve- ja toimintoluokitukset on kansallisesti päivitetty. Uusien luokitusten mukainen kirjaaminen otetaan yhtymän vuodeosastoilla käyttöön vuoden 2021 aikana. Samalla päivitetään hoitotyön kirjaamisen tukena käytettävät hoitokertomuksen mallipohjat vastaamaan uuden luokituskokonaisuuden mukaista kirjaamista. Vuoden 2021 aikana otetaan käyttöön LifeCaressa kuumekurvasovelluksen korvaava hoidon seuranta.

Polikliinisessa potilastietojen kirjaamisessa käytetään fraaseja, joiden yhtenäistäminen vastaamaan rakenteista hoidon kirjaamista on aloitettu vuosina 2019-2020. Tavoitteena vuosina 2021-2022 on saada tämä päivitystyö päätökseen.

Hoidon kirjaamisen verkkokurssin suorittaminen laajennetaan vuosien 2021 ja 2022 aikana koskemaan vastaanottotoimintaa ja eri ammattiryhmiä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- hoidon seurannan sovellus ja hoitotyön uusien luokitusten mukainen kirjaaminen käyttöön yhtymän vuodeosastoilla vuonna 2021
- käytössä olevien fraasien yhtenäistäminen vastaamaan rakenteista hoidon kirjaamisen mallia
- hoidon kirjaamisen verkkokurssin suorittaminen käyttöön vastaanottotoiminnassa ja eri ammattiryhmillä

7.8.3 Sosiaalihuollon Kanta-projekti

Yhtymässä on käynnissä sosiaalihuollon Kanta-projekti, joka valmistuu arviolta vuosina 2023-2024. Sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon tallennetaan kaikki sosiaalipalveluissa syntyvät, asiakasta koskevat asiakasasiakirjat. Kantapalveluihin liittyviltä organisaatioilta edellytetään palvelutehtävien, sosiaalipalveluiden, prosessien ja määrämuotoisen kirjaamisen käyttöönottoa sekä kansallisesti määriteltyjen asiakasasiakirjarakenteiden käyttöönottoa. Työntekijöiden kirjaamiskoulutukset ovat keskeinen osa Kantaan liittymistä Päijät-Hämeessä. Sosiaalihuollon tietojärjestelmän käytön tukimalli on luotu, ja Sosiaali-LifeCaren vastuut on määritelty ja hyväksytty yhtymän johtoryhmässä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- sosiaalihuollon suoriteohjeet päivitetään tarvittaessa
- sosiaalihuollon henkilöstölle järjestetään koulutusta kirjaamiseen ja asiakasdokumentointiin liittyen vuonna 2021

7.9 Terveysthuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuus

Terveysthuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisesta käytöstä on säädetty TLT-laissa (629/2010). Laki edellyttää, että terveysthuollon organisaatiolla on käytössä seurantajärjestelmä, joka sisältää riittävät tiedot laitteiden jäljittämiseksi, tiedot laitteisiin liittyvistä vaaratilanneilmoituksista ja ammattimaisen käyttäjän vastuuseen liittyvät tiedot.

Yhtymän seurantajärjestelmä koostuu pääasiassa Mequsoft- ja Effector-järjestelmistä. Mequsoft-järjestelmä toimii lääkintälaitteiden seurantajärjestelmänä ja Effector apuvälineiden seurantajärjestelmänä. Seurantajärjestelmä toimii laiterekisterinä, jonka avulla laite on jäljitettävissä ja johon kirjataan laitteen viat, huollot, käyttöohjeet ja vaaratilanneilmoitukset.

Laitteiden turvallinen käyttö alkaa laitteiden hankinnasta. Kaikki yhtymän terveysthuollon laite- ja tarvikehankinnat tulee hoitaa hankintatoimiston kautta. Näin varmistetaan sopimusdokumenteilla, että laitteet ovat käyttöön sopivia sekä asianmukaisesti hyväksytyjä sekä merkittyjä. Lääkintälaitteet otetaan asiakas-/potilaskäyttöön lääkintälaittehuollon kautta, jossa laiteille suoritetaan vastaanottotarkastus ja laitteet kirjataan seurantajärjestelmään. Kaikkien laitteen käyttöön osallistuvien tulee osallistua käyttökoulutukseen. Esimies vastaa yhdessä lääkintälaittehuollon kanssa laitteiden valmistajan ohjeistuksen mukaisesta testauksesta, huollosta ja korjauksesta.

Lääkintälaitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvistä vaaratilanteista on tehtävä [ilmoitus Fimeaan](#), laitevalmistajalle ja osoitteeseen laiteturvallisuus@phhky.fi sekä säteilyä synnyttävien laitteiden tapauksessa vielä Säteilysurvakeskukseen (<http://www.stuk.fi>). Vakavissa vaaratilanteissa ilmoitus on tehtävä 10 vuorokauden kuluessa ja muissa 30 vuorokauden kuluessa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- pilotoidaan laiteajokortti vuonna 2021 ja otetaan se laajemmin käyttöön vuosina 2021-2022
- terveysthuollon laitteita ja tarvikkeita käyttävien yksiköiden henkilöstö suorittaa Opiportin Laiteturvallisuus -verkkokurssin
- työntekijät tekevät terveysthuollon lääkinnällisiin laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvistä vaaratapahtumista ilmoituksia

7.10 Kaatumisten ehkäisy

Ikääntyneiden palveluiden ja kuntoutuksen toimialalle (kotihoito, palveluasuminen ja perusterveydenhuollon vuodeosastot) on implementoitu kaatumisten ja kaatumistapaturmien ehkäisyn sekä liikunta- ja toimintakyvyn tukemisen yhtenäinen IKINÄ –toimintamalli. Mukana ovat myös yksityiset asumis- ja kotihoidon palveluntuottajat, joilta yhtymä ostaa palveluita. Syksyllä 2020 on käynnistynyt IKINÄ -mallin implementointi myös Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Kaatumisvaaran arviointi tehdään aina asiakkuuden tai hoitjakson alkaessa. Kaatumisvaaraa arvioidaan aluksi lyhyellä FRAT tai FROP -mittarilla. Mikäli henkilöllä todetaan kohonnut kaatumisriski, toteutetaan välittömät kaatumisvaaran riskiä vähentävät toimenpiteet. Riskitestin tulos ja suunnitellut toimenpiteet kirjataan potilas- tai asiakastietoihin.

Säännöllisen kotihoidon tai asumispalveluiden piirissä oleville henkilöille tehdään kuukauden kuluessa asiakkuuden alkamisesta RAI-arviointi, joka pitää sisällään laajan kaatumisvaaran arvioinnin, RAI-IKINÄ. Arvioinnissa esiin nouseviin kaatumisriskiä lisääviin tekijöihin puututaan kokonaisvaltaisesti. Kaatumisille altistavat riskitekijät ja suunnitelma toimenpiteistä niiden minimoimiseksi kirjataan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaan. Jatkossa kaatumisvaara arvioidaan vähintään 6 kuukauden välein kun RAI-arviointi uusitaan tai jos asiakkaan tilassa tapahtuu muutos, joka saattaa vaikuttaa kaatumisriskiin.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kaatumisvaaran arviointia laajennetaan yhtymän alueella
- kaatumistapaturmien ehkäisyä tuetaan perehdytyksen ja koulutuksen avulla
- työntekijät suorittavat Kaatumisen ehkäisy –verkkokurssin
- kaatumisvaaran kirjaamista kehitetään ja yhdenmukaistetaan
- kaatumiseen liittyviä vaaratapahtumia tunnistetaan enemmän ja vaaratapahtumailmoitusten määrä lisääntyy
- IKINÄ -avainhenkilöiden koulutukset ja verkostotapaamiset jatkuvat kaikissa yksiköissä

7.11 Painehaavan ehkäisy

Painehaavan ennaltaehkäisyssä olennaista on painehaavariskissä olevien asiakkaiden, asukkaiden ja potilaiden tunnistus. Yhtymässä [painehaavan ennaltaehkäisyn toimintamalli](#) ohjaa riskin arviointia ja toimenpiteitä painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat osa laadukasta hoitotyötä. Painehaavan syntyminen on haittatapahtuma, josta tehdään vaaratapahtumailmoitus (HaiPro). Painehaavojen esiintyvyyttä arvioidaan kahdesti vuodessa toteutettavilla painehaavaseurannoilla. Seuranta on osa Valviran edellyttämää omavalvontaa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- henkilöstö toimii painehaavan ennaltaehkäisyn toimintamallin mukaisesti
- varmistetaan painehaavan ennaltaehkäisyyn perehtyminen ja osaaminen
- asiakkaiden ja potilaiden hoitoon ja palveluun osallistuva henkilöstö suorittaa Oppiportin Estä painehaava -verkkokurssin
- Keskussairaalan vuodeosastoilla Braden-mittari päivittäiseen käyttöön
- painehaavaseuranta tehdään kahdesti vuodessa
- painehaavan ennaltaehkäisyn toimintamalli ja painehaavaseurannat laajenevat koko yhtymän alueelle

7.12 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

Turvalliseen hoitoon ja palveluun kuuluu ravinnontarpeen arviointi ja riittävän ravitsemuksen varmistaminen. Keskeistä on tunnistaa vajaaravitsemuksen riskissä olevat asiakkaat. Erikoissairaanhoidossa käytetään vajaaravitsemuksen riskin NRS2002 ja avoterveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa MNA -seulontamenetelmiä. Ravitsemushoitomalli ohjaa toimintaa kaikissa toimintayksiköissä ja tarvittaessa kotona varmistaen laadukkaan palvelun ja hoidon.

Ravintopalvelut, kliinisten ravintovalmisteiden valikoima, henkilöstön perehdytys ja koulutus sekä riittävä ravitsemusterapeuttipalveluiden saatavuus mahdollistavat ja vahvistavat vajaaravitsemuksen ehkäisyä ja hoitoa. Erityistasolla ravitsemushoitoa suunnittelee johtoryhmän nimeämä ravitsemustyöryhmä, perustasolla ikääntyneiden vajaaravitsemustyöryhmä. Tavoitteena on arvioida jatkossa vajaaravitsemusta systemaattisesti ikääntyneiden asumispalveluissa, vuodeosastoilla, kotihoidossa jammampalvelujen asumisyksiköissä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- tehostetaan vajaaravitsemuksen ehkäisyä viestimällä asiasta aktiivisesti
- tunnistetaan vajaaravitut ja vajaaravitsemusriskissä olevat asiakkaat ja potilaat
- toteutetaan vajaaravitsemuksen hoito ohjeiden mukaisesti
- ravitsemushoitomalli on osa hoitoa ja palvelua
- keskussairaalan vuodeosastoilla NRS-2002- vajaaravitsemuksen riskin seulonta päivittäiseen käyttöön
- järjestetään alueellista vajaaravitsemuskoulutusta
- perustetaan ravitsemusyhdyskuntaverkosto perusterveyden- ja sosiaalihuoltoon
- MNA -seulontamenetelmien laajeneminen ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen sekä perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialoille

7.13 Leikkaustiimin tarkistuslista

WHO:n kehittämä leikkaustiimin tai leikkaustoiminnan tarkistuslista on potilasturvallisuutta ja henkilökunnan oikeusturvaa lisäävä menetelmä. Tarkistuslistan tarkoitus on leikkausturvallisuuden parantaminen tiimityötä ja kommunikaatiota lisäämällä. Listan avulla varmistetaan, että potilasta koskevat keskeiset tiedot on otettu huomioon ja kaikki tarpeelliset toimenpiteet on tehty ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen. Noin 70 %:ssa leikkaussalissa tapahtuvista haittatapahtumista alkusyyinä ovat leikkaustiimin kommunikaatioon liittyvät puutteet.

Kaikki leikkaussalissa työskentelevät sitoutuvat tarkistuslistan käyttöön yhdessä sovittujen käytäntöjen mukaisesti (päätos § 23/2017). Tarkistuslista on muokattu eri yksiköiden tarpeiden mukaiseksi. Kaikkien ammattiryhmien on tiedostettava, että tarkistuslista on luotu todelliseen tarpeeseen. Sen avulla kaikki tietävät leikkauksen aikana mitä tehdään, miksi tehdään, mitä riskejä toimenpiteisiin saattaa sisältyä ja mitkä ovat kunkin tehtävät ja roolit toimenpiteen aikana.

Tarkistuslista jakautuu toimenpiteen kulun mukaan kolmeen vaiheeseen: Alkutarkistus ennen anestesiaa, aikaisä ennen viiltoa ja lopputarkistus ennen potilaan siirtämistä heräämöhön. Lisäksi pitkään jatkuvissa leikkauksissa tehdään yksi välitarkistus. Listan täyttäminen vie aikaa yhteensä noin 2–3 minuuttia, mutta kulunut aika saadaan useimmiten takaisin sujuvampana toimenpiteen kulkuna. Jokaisen vaiheen läpikäymisestä tehdään merkintä sähköiseen anestesiatietojärjestelmään.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- perustetaan työryhmä, joka kehittää nykyistä tarkistuslistaa vastaamaan muutostarpeisiin. Kehittämistyössä hyödynnetään myös Hai-pro-ilmoituksissa esille tulleita tarpeita.
- järjestetään tarkistuslistan käytöstä seuranta molemmissa leikkausyksiköissä (kesle ja päiki). Hyödynnetään seurannan tuloksia tarkistuslistan käytön kehittämisessä.

7.14 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Lakiin sidotun (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015)) [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman](#) (2015) kolmas painopiste korostaa riskikäytön ja haittojen tunnistamista sekä tuen tarjoamista varhaisessa vaiheessa. Ehkäisevä päihdetyö ja alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen ja varhainen tunnistaminen on kustannustehokkaampaa kuin alkoholiriippuvuuden hoito. Toiminnalla pyritään alkoholin riskikäytöstä johtuvien haittojen vähentämiseen, yleisellä tasolla mittavien kustannusten alentamiseen sekä herättämään ihmisten kiinnostus omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Tuloksekas toiminta perustuu Audit-C-lomakkeen, mini-intervention ja yhdessä sovitun toimintamallin systemaattiseen käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Mini-intervention (lyhytneuvonta) tiedetään olevan vaikuttava ja tehokas toimintatapa alkoholiperäisten ongelmien ehkäisyssä.

Akuutti24:n vastaanotolla, päivystysosastolla ja tehostetussa valvonnassa kehitettiin ja otettiin käyttöön toimintamalli alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi ja mini-intervention tekemiseksi keväällä 2017. Saman vuoden loppupuolella saatuihin kokemuksiin tyytyväinen yhtymän hallitus esitti, että toimintamallin käyttöä laajennettaisiin myös muihin tulosyksiköihin. Laajentamiseen tähtäävä kehittämisprosessi käynnistyi avosairaanhoidossa sekä keskussairaalan poliklinikoilla ja vuodeosastoilla keväällä 2018. Terävoitettu, hoitajavetoinen toiminta- ja kirjaamismalli otettiin käyttöön 1.9.2019 alkaen. Vuonna 2020 toimintamallin ottivat käyttöön myös koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä vammaispalvelujen asumispalvelut. Mallia pilotoitiin geriatrisessa osaamiskeskuksessa.

Yhtymä on sitoutunut alkoholin riskikäytön seulontaan, mini-intervention tekemiseen sekä työn rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaaminen tekee alkoholin riskikäytön ja tehdyn ehkäisevän työn näkyväksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- laajennetaan toimintaa ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen toimialalla, suun terveydenhuollossa sekä perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialalla
- otetaan keskussairaalan vuodeosastoilla Audit-C päivittäiseen käyttöön
- varmistetaan toiminnan jatkuvuus yhteisyrityksessä
- osallistetaan lääkärit tai selkeytetään rooleja toimintamallin toteutuksessa avosairaanhoidossa, erikoissairaanhoidon poliklinikoilla sekä yhteisyrityksessä (*vastuutahona toimialajohto*)
- toteutetaan mini-interventiot 80 % tasolle (*vastuutahona tulosaluejohto ja toimialajohto*)
- tehostetaan kirjaamista ja varmistetaan sen tasalaatuisuus (*vastuutahona tulosaluejohto ja toimialajohto*)
- aloitetaan kirjaukset Sosiaali-Efficaan vuonna 2021
- yhtenäistetään sisäinen raportointi osavuosi- ja vuosiraportointitasolle (*vastuutahona tulosaluejohto ja toimialajohto*)
- toteutetaan säännöllisiä koko henkilöstölle suunnattuja koulutuksia alkoholin riskikäytöstä, sen tunnistamisesta, puheeksiotosta ja kirjaamisesta (*vastuutahona Päihdepalveluiden asiantuntijasairaanhoitaja*)
- raportoidaan kunnille ja yhtymälle 1 x vuosi, Audit C -johtoryhmälle 3 x vuosi

7.15 MET-toiminta (Medical Emergency Team)

Potilasturvallisuuden parantamiseksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa on käytössä hätätilapotilaiden hoitoon tarkoitettu MET-ryhmä (Medical Emergency Team). Toiminta keskussairaalan alueella on käynnistynyt vuonna 2016. MET-hälytyksen voi tehdä hoitohenkilökunnan lisäksi kuka tahansa keskussairaalassa työskentelevä henkilö. MET-toiminnan piiriin kuuluvat potilaiden lisäksi myös keskussairaalassa asioivat henkilöt, potilaiden läheiset sekä sairaalan työntekijät.

Vuodeosastojen henkilökunta on koulutettu tunnistamaan potilaan peruselintoimintojen häiriötä. MET-hälytyskriteereiden täytyessä (ks. alla) vuodeosaston henkilökunta hälyttää paikalle MET-ryhmän (teho-osaston sairaanhoitaja sekä lääkäri) auttamaan vitaalinelintoiminnoiltaan epästabiilin potilaan hoidossa.

MET- hälytyskriteerit:

- Hengitys
 - Hengitystaajuus > 30/min tai <6/min
 - Veren happikyllästeisyys lisähapesta huolimatta <90 % (Keuhkokroonikot <85%)
 - Vaikea hengenahdistus
- Verenkierto
 - Systolinen verenpaine < 90 mmHg
 - Syke pitkittyneesti < 40/min tai >140/min
 - Virtsan erityksen hiipuminen
- Tajunta
 - Äkillinen tajunnantason lasku
 - Toistuva tai pitkittynyt kouristelu
- Huoli potilaasta

Keskeinen osa MET-toimintaa on vuodeosastojen henkilökunnan kouluttaminen. Tehon MET-koulutusryhmä järjestää vuosittain kaikille vuodeosastoille informaatio- ja koulutustilaisuudet, joissa vuodeosastojen henkilökunta saa koulutusta sekä MET-toiminnasta että peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen tärkeydestä. MET-käynnit tilastoidaan toiminnan kehittämistä varten.

7.16 APS-toiminta (Acute Pain Service)

Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon tulisi kattaa koko hoitopolku preoperatiivisesta riskipotilaiden tunnistamisesta (prepoliklinikka, LEIKO) ja potilaan informoinnista perioperatiivisen varsinaisen kivun hoidon vaiheen kautta aina kotiutuksen jälkeisiin mahdollisiin kivun hoidon ongelmiin saakka (APS-jälkipoliklinikka).

Turvallinen, tehokas ja laadukas kivunhoito edellyttää henkilökunnan koulutusta, selkeitä hoito-ohjeita ja säännöllisesti tapahtuvaa seurantaa, missä korostuu yhteistyö eri henkilökuntaryhmien välillä. Lisäksi potilaiden osallistaminen ja informointi on tärkeää. APS-tiimi tekee omavalvontaa vuosittain kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisesta.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- järjestetään koulutusta (akuutin kivun esiintyminen ja mekanismit, kivun arviointi ja kirjaaminen, kivun lääkehoito ja erikoistekniikat ja kivunhoidossa käytettävien laitteiden käyttökoulutus sekä riskipotilaiden tunnistaminen ja erityisryhmien kivunhoito) luentotilaisuuksin, osastotunnein, pienryhmäopetuksena ja ohjauksena käytännön potilastyön ohessa
- päivitetään Kivunhoito-ohjeet vuosittain intraan/siirto IMS-järjestelmään, Kipuvihka sekä kutsukirjeen mukana lähetettävä potilasohje
- ylläpidetään kipuvastuuhoitajien verkostoa (yhtymän alue, eri osastot)
- järjestetään alueellisen kivunhoidon koulutuspäivä
- ylläpidetään APS-tiimin ammattitaitoa ulkopuolisin koulutuksin

7.17 GTT- menetelmä (Global Trigger Tool)

GTT-menetelmän (Global Trigger Tool) avulla tunnistetaan retrospektiivisesti asiakirjoista haittapahtumia. Manuaalinen tietojen keruu ja arviointi potilasasiakirjoista tehdään järjestelmällisesti yhtymässä sovittujen kriteerien mukaan. Käytännössä kaksi potilasturvallisuuskoordinaattoria lukee potilasasiakirjat ja etsii triggereiden mukaiset kirjaukset. Kirjaamisalustanna käytetään GTT-lomaketta (Awanic), Potilaskirja-analyysin prosessi on kuvattu IMS-järjestelmään. Arvioinnin kohteena on kaikki potilaan hoitojaksoon liittyvät asiakirjat.

Tietojen keruun ja analyysin tekee yhtymän GTT-arviointiryhmä, joka koostuu Global Trigger Tool -analyysimenetelmän toteuttamisesta vastaavista potilasturvallisuuskoordinaattoreista ja tulosten hyväksymisestä vastaavista lääkäreistä sekä toimialajohtajasta ja sihteeristä. GTT-arviointiryhmä vastaa GTT-menetelmään perustuvasta haittatapahtumien seurannasta ja tulosten raportoinnista. Lisäksi arvioinnin pohjalta tehdään kehittämissuosituksia potilasturvallisuuden kehittämisen tueksi.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- perustetaan GTT-arviointiryhmä vuonna 2021
- kuvataan potilasasiakirja-analyysin prosessi
- otetaan menetelmä käyttöön vuonna 2022

7.18 Laaturekisterit

Yhtymässä käytössä olevat laaturekisterit:

Kardiologia: Kardio-rekisteri (Cinia Oy) (kardiologiset kajoavat toimenpiteet)

Leikkaustoiminta: laaturekisteri

Neurologia: MS-rekisteri

Psykiatria: psykoterapioiden laaturekisteri

Reumataudit: GoTreatIT- rekisteri

Tehohoito: laaturekisteri

8 LAADUN, ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUDEN SEURANTA JA ARVIOINTI

Laadunhallintaan, asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa kerätään viranomaistietokantoihin ja toimijalähtöisesti ylläpidettyihin rekistereihin. Näiden rekistereiden sekä erilaisten järjestelmien tuottamaa tietoa arvioidaan ja analysoidaan erikseen. Näin muodostetaan kokonaisnäkemys laadunhallinnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden nykytilasta ja kehityksestä.

8.1 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportointi

Yhtymän laadunhallinnan onnistumista sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta seurataan sovittujen mittareiden (kohta 8.13) avulla strategisella, operatiivisella ja prosessitasolla. Yhtymän toimintaa arvioivat esimiehet, asiantuntijat, tilintarkastaja sekä tarkastuslautakunta. Raportointi tapahtuu vuosikellon mukaisesti. Laatuun liittyvät tulokset ja havainnot sisältyvät toiminnan ja talouden jatkuvaan raportointiin.

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportti laaditaan vuosittain. Raportti sisältää tilannekatsauksen edellisen vuoden seurannasta ja kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta. Raportissa tarkastellaan laadun ja turvallisuuden toteutumisesta sovituille mittareille mitattuna sekä suunnitelmassa asetettujen kehittämistoimenpiteiden tilaa ja toteutumista. Tietoja hyödynnetään eri vastuualueilla sekä organisaatiotasolla asetettaessa laadun ja turvallisuuden toiminnallisia tulostavoitteita.

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden osavuosikatsaus julkaistaan talouden osavuosikatsauksen syklissä kolmannesvuosittain.

Johtamista ohjaava mittaristo kuvaa organisaation suoriutumista kokonaisuutena, ja toimii toiminnan arvioinnin pohjana ja tarvittaessa muutostoimenpiteiden käynnistäjänä. Strategian osalta arvioidaan, miten laatujärjestelmä ja laatutyö tukevat tavoitteiden saavuttamista. Samalla tunnistetaan laatupoikkeamia, jotka saattavat vaarantaa yhtymän aseman palveluiden järjestäjänä ja tuottajana. Strategian sisältö arvioidaan kerran vuodessa osana talousarvioprosessia sekä merkittävän toimintaympäristömuutoksen yhteydessä. Laadullisen suorituskyvyn ja strategisten tavoitteiden pitää vastata toisiaan. Mahdolliset laatupoikkeamat voivat vaikuttaa vuosittaiseen operatiiviseen toimintaan. Tarvittaessa valtuustolle esitetään muutoksia talousarvioon. Muutoksien tärkein tavoite on kohdentaa resursseja kriittisen laatuongelman ratkaisuun, jotta toiminnan jatkuvuus ei vaarannu. Yhtymän ylin johto valvoo laatumittarien arvojen tasoa ja kehitystä.

8.2 Yksikkö-/tuloaluekohtaiset omavalvontasuunnitelmat

Omavalvonnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä laadunhallinnan sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden huomioimista yksikkö- ja tulosaluekohtaisesti toiminnassa ja sen kehittämisessä, systemaattisena prosessina, jota seurataan ja arvioidaan. Sen pohjalta tehdään tarvittaessa proaktiivisia muutoksia riittävän aikaisessa vaiheessa huomioiden saatu asiakas- ja potilaspalaute. Viranomaisten jälkikäteisessä valvonnassa reagoidaan aina viiveellä jo tapahtuneisiin vahinkoihin ja epäkohtiin (STM 2017). Omavalvontasuunnitelmat nojaavat yhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelmaan.

Sosiaalihuoltolaissa säädetään siitä, että sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Myös vanhuspalvelulaissa säädetään siitä, että omavalvontaa varten on laadittava julkisesti nähtävillä oleva omavalvontasuunnitelma. Suunnitelman toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä palautteen perusteella, jota kerätään säännöllisesti toimintayksikön palveluja saavilta iäkkäiltä henkilöiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella.

Sosiaalihuollon ammattihenkilön on viipymättä ilmoitettava toiminnasta vastaavalle, jos hän huomaa epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoitusvelvollisuuden tavoitteena on, että asiakastyön epäkohdat ja niiden uhat tulisivat tietoon nopeasti ja niihin voitaisiin puuttua riittävän ajoissa. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Jos epäkohtaa tai sen uhkaa ei korjata välittömästi, tulee ilmoituksen tehneen henkilön ilmoittaa asiasta aluehallintovirastolle. Epäkohtailmoitusten tekemistä varten on laadittu lomake ja prosessi.

8.2.1. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus

Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla on sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimintaa perustason palveluista erikoissairaanhoidon. Asumispalvelujen tulosalueilla tehdään omavalvontasuunnitelmat yksiköittäin ja kotiin vietävien palvelujen osalta yksi suunnitelma. Asiakasohjaus Siirissä on laadittu myös omavalvontasuunnitelma. Vastaavat suunnitelmat, mitä kotiin vietävissä palveluissa ja asumispalveluissa on, ovat myös yksityisillä palveluntuottajilla. Suunnitelmat ovat nähtävillä yksiköissä. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma kattaa Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus- toimialan terveydenhuollon palveluita tuottavien yksiköiden omavalvontasuunnitelmat.

Yksityisten palveluntuottajien osalta valvontakäynnit toteutetaan asiakasohjauksen tulosalueen toimesta systemaattisesti vuosittain. Suunniteltujen valvontakäyntien lisäksi tehdään tarvittaessa ennalta ilmoittamattomia valvontakäyntejä. Valvonnassa on käytettävissä strukturoitu toimintamalli. Valvonnassa tehdään tarvittaessa yhteistyötä Aluehallintoviraston ja Valviran kanssa. Valvontojen prosesseista on tehty omat dokumentit.

8.2.2. Perhe- ja sosiaalipalvelut

Perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialalla on sekä sosiaali- että terveydenhuollon toimintaa perustason palveluista erikoissairaanhoidon. Perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialan tulosaluekohtaiset omavalvontasuunnitelmat löytyvät yhtymän verkkosivuilta tulosalueiden sivuilta. Lisäksi suunnitelmat ovat nähtävillä yksiköissä. Perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialan keskeinen kehittämistarve liittyy yksikkö/tulosaluekohtaisten omavalvontasuunnitelmien laatimiseen kattavasti myös terveydenhuollon palveluita tuottaviin yksiköihin ja tulosalueisiin.

Työikäisten palveluissa on kaikissa yksiköissä laadittu vuosittain päivitettävät omavalvontasuunnitelmat. Kuntouttavassa työtoiminnassa ja asumispalveluissa toteutetaan valvontakäynnit vuosittain kaikissa palveluyksiköissä, omissa ja ostopalveluyksiköissä. Valvonta toteutetaan yhtenäisen raporttipohjan ja yksikkökohtaisen raportoinnin avulla. Raportteja hyödynnetään asiakaspalvelun, toiminnan ja turvallisuuden kehittämiseksi. Kuntouttavassa työtoiminnassa kerätään systemaattisesti asiakkailta palautetta palvelujaksojen päättyessä. Asiakkaita osallistava palaute toimii osaltaan laadunvalvonnan välineenä. Toimeentulotuen omavalvontasuunnitelma on laadittu. Toimeentulotuen omavalvontasuunnitelman avulla seurataan systemaattisesti ja säännöllisesti määriteltyjen kriteerien avulla toimeentulotuen maksutapahtumia, myönnettyjen toimeentulotukien määrää ja toimeentulotukipäätösten sisältöä. Toimeentulotuen omavalvontasuunnitelma sisältää laaduntarkkailun näkökulmasta menettelytapaohjeita liittyen toimeentulotukiasian vireille tuloon ja käsittelyyn, viranhaltijan päätösvaltaan, toimeentulotukipäätöksen tekemiseen ja toimeentulotukipäätöksen maksatukseen sekä sisäiseen laaduntarkkailuun liittyen.

Vammaispalveluissa tuotetut asumisen, päiväaikaisen toiminnan ja henkilökohtaisen avun palvelut noudattavat yksiköissä laadittuja yksikkökohtaisia omavalvontasuunnitelmia. Lisäksi asiakaspalautetta hyödynnetään asiakas- ja tiimikohtaisessa kehittämistyössä. Asiakaspalautetta kerätään myös asiakasraatien ja laaturyhmiä avulla. Osana yksityisten palveluntuottajien valvontaa käydään läpi yksityisten palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmat.

Lapsiperhepalvelujen sosiaalihuollon palveluissa noudatetaan yksiköissä laadittuja omavalvontasuunnitelmia. Lisäksi asiakaspalautteita hyödynnetään kehittämistyössä. Osana yksityisten palveluntuottajien valvontaa käydään läpi yksityisten palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmat.

Psykososiaaliset palvelut on ottanut syyskuussa 2020 käyttöön psykoterapioiden laatujärjestelmän, jolla seurataan sekä yhtymän itse tuottamia psykoterapioita että ostopalvelua. Järjestelmällä seurataan terapioiden laatua ja vaikuttavuutta. Se myös jatkossa mahdollistaa hoidon vaikuttavuuden vertailun Suomen eri alueiden välillä. Psykiatrian erikoisala on aloittanut toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton syksyllä 2020 ja käyttö laajenee lasten- ja nuorisopsykiatriaan vuoden 2021 aikana. Tavoitteena on ammattilaisten työpanoksen mahdollisimman vaikuttava kohdentuminen potilaille, joiden hoitosuunnitelmien toteutumista voidaan järjestelmän avulla seurata sekä yksilö- että potilasryhmätasolla. Hoitovastetta seurataan säännöllisesti mittarein ja rekisteritiedot mahdollistavat muiden yhtymän terveyspalveluiden käytön arvioinnin psykiatrian hoitojakson aikana.

Psykososiaalisten palveluiden asumispalveluissa sekä kotiin vietävissä palveluissa päivitetään vuosittain sekä omaa että ostopalvelua koskeva omavalvontasuunnitelma, joka sisältää liitteenä myös lomakkeen sosiaalihuoltolain mukaisesta ilmoituksesta (48§). Osana yksityistä palveluntuottajien valvontaa käydään läpi palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmat tarkastuskäynneillä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- laaditaan yksikkö-/tulosaluekohtaiset omavalvontasuunnitelmat terveydenhuollon palveluita tuottaviin yksiköihin (PESO)
- käydään omavalvontasuunnitelmat säännöllisesti läpi yksiköissä

8.3 Ulkoistettujen palveluntuottajien laadunvalvonta

8.3.1 Terveys- ja sairaanhoitopalvelut

Ulkoistetun palvelutuotannon laadunvalvonnassa noudatetaan samoja yleisperiaatteita kuin omasakin toiminnassa. Avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa ulkoistetut toiminnot tulevat vuonna 2021 lisääntymään sekä sisällöllisesti että maantieteellisesti. Kaikkiin ulkoistus sopimuksiin sisältyvät määräykset laadunvalvonnasta, ja merkittävät poikkeamat on sanktioitu. Sopimuksissa edellytetään myös seurantaryhmien perustamista ja näiden säännöllistä kokoontumista. Tilaajan toimesta suoritetaan yksiköihin suunniteltuja ohjaus- ja valvontakäyntejä. Lisäksi tilaajalla on oikeus tehdä palvelun tarkastus aina, kun tilaaja katsoo sen tarpeelliseksi. Toimintaa seurataan myös asiakaspalautteiden ja reklamaatioiden kautta kuten omaakin toimintaa.

8.3.2 Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus

Yksityisten palveluntuottajien laadunvalvonta koostuu proaktiivisesta neuvonnasta ja ohjauksesta, systemaattisista valvontakäynneistä sekä reaktiivisesta valvonnasta. Yksityisten palveluntuottajien osalta valvontakäynnit toteutetaan asiakasohjauksen tulosalueen toimesta systemaattisesti vuosittain. Valvonta pitää sisällään laaja-alaisen toiminnan valvonnan mukaan lukien laadunvalvonnan. Laadunvalvonnan apuna käytetään RAI-mittaristoa, joka mahdollistaa vertailun omaan tuotantoon sekä valtakunnalliseen toimintaan. Suunniteltujen valvontakäyntien lisäksi palveluntuottajia ohjataan ja neuvotaan tiedottein, järjestetään säännöllisiä palveluntuottajatapaamisia sekä tehdään tarvittaessa ennalta ilmoittamattomia valvontakäyntejä. Valvonnassa on käytettävissä strukturoitu toimintamalli. Valvonnassa tehdään tarvittaessa yhteistyötä Aluehallintoviraston ja Valviran kanssa. Valvontaprosesseista on tehty omat dokumentit. Laadunvalvontaa toteutetaan myös epäkohtailmoitusten kautta.

8.3.3 Perhe- ja sosiaalipalvelut

Lapsiperhepalveluissa lastensuojelun sijaishuollon ostopalvelujen ohjaus ja valvonta on säännöllistä. Yhtymän alueella sijaitsee noin 50 yksityistä ympärivuorokautista lastensuojelun sijaishuoltoa tuottavaa yksikköä, ammatillisia perhekoteja ja laitoksia. Säännöllinen, ennalta ilmoitettu ohjaus- ja valvontakäynti tehdään yksiköihin kahden vuoden välein. Tarvittaessa käynti tehdään useammin, esimerkiksi toiminnan muutokseen tai epäkohtailmoitukseen liittyen. Ohjaus- ja valvontakäynnin toteuttamiseksi palveluntuottaja toimittaa ennen käyntiä yhteyshenkilölle esitetyt ohjaus- ja valvontakäyntikertomuksen, henkilöstöluettelon, omavalvontasuunnitelman, hyvän kohtelun suunnitelman, yksikön säännöt/käytännöt sekä rajoituspäätösten vuositasoisen listauksen. Ohjaus- ja valvontakäynnillä käydään läpi mm. puitesopimuskumppaneilta edellytetyjen palvelun sisältö- ja laatuvaatimusten täyttyminen, toimitilat, hoito- ja kasvatusprosessit, henkilöstön työsopimukset, työvuoroteumat edelliseltä kuudelta viikolta sekä lääkahoitosuunnitelmat. Lisäksi tavataan mahdollisuuksien mukaan yhtymän sijoittamia lapsia ja tarkastellaan heitä koskevia kirjauksia. Ilmoituksenvaraisten avohuollon ostopalvelujen kilpailutus toteutetaan vuonna 2021.

Psykososiaalisten palvelujen ostopalveluna toimivan päihdehoidon sekä huumeiden käyttäjien terveysneuvonnan sopimuksissa edellytetään seurantakokousta vähintään kerran vuodessa. Lisäksi tilaajalla on oikeus tehdä palvelun tarkastus aina, kun tilaaja katsoo sen tarpeelliseksi. Alueella sijaitseviin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksiköihin sekä päihdehuollon laitos- ja avokuntoutusta tarjoaviin yksiköihin pyritään tekemään valvonta- ja ohjauskäynti vuosittain. Muualla sijaitseviin kilpailutettuihin päihdehuollon laitokuntoutuksen yksiköihin tehdään sopimusvalvontakäynti kahden vuoden välein. Muualla sijaitseviin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksiköihin, joista ostetaan palveluita, sopimusvalvontakäynti pyritään tekemään vuosittain. Tarvittaessa esimerkiksi epäkohtia epäiltäessä voidaan tehdä lisäksi ennalta ilmoittamaton käynti.

Työikäisten palveluissa on ostopalveluyksiköitä kuntouttavassa työtoiminnassa. Palveluntuottajien tulee täyttää lainsäädännön ja yhtymän asettamat kriteerit palvelutuotannossa. Ostopalveluyksiköihin tehdään vuosittain valvontakäynnit samoin periaattein kuin omassa toiminnassa. Ostopalveluissa siirrytään vuonna 2021 palvelueteleihin.

Vammaisten asumispalveluja hankitaan ostopalveluna noin 270 asiakkaalle, joista n. 130 palvelusetelillä. Asumispalveluja hankitaan yhtymän alueelta 27 asumisyksiköstä. Vammaispalvelut tekee yhtymän alueella sijaitseviin vammaisten asumispalveluihin valvontakäyntejä ja valvoo yksityisiä palveluntuottajia. Ennalta sovittu laadunvalvontakäynti tehdään etukäteen laaditun laadunvalvontaaikataulun mukaisesti jokaiseen yhtymän alueella sijaitsevaan yksityiseen asumispalveluyksikköön vähintään joka toinen vuosi. Valvontakäynnillä tarkistetaan toiminnan yleisten edellytysten toteutuminen, arvioidaan yksikön omavalvonnan ja laadunhallinnan toteutumista, jaetaan informaatiota ja annetaan tarvittavaa ohjausta ja neuvontaa. Ennalta suunnitellun valvonnan lisäksi reagoidaan välittömästi kirjallisiin tai suullisiin asiakas- ja omaispalautteisiin, muistutuksiin ja kanteluihin.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- eduskunnan oikeusasiamiehen kanslian ja aluehallintoviraston raporteissa esiin nostettujen, havaittujen epäkohtien ja niihin annettujen korjaamiskehotusten perusteella tarkennetaan ohjaus- ja valvontakäynnin sisältöä
- mallinnetaan ilmoituksenvaraisten palvelujen ohjausta ja valvontaa huomioiden asiakailta ja sosiaalityöstä saatu palaute
- kehitetään ostopalvelujen valvontaa

8.4 Palvelupalaute (QPro)

Jotta yhtymän toimintaa voidaan kehittää vastaamaan paremmin asiakkaiden odotuksia ja tarpeita, tuemme asiakkaita antamaan palautetta saamastaan palvelusta. Asiakas voi antaa palautetta suoraan henkilöstölle, yhtymän verkkosivuilla (www.phhyky.fi/palaute) tai paperisella palautelomakkeella. Jokainen henkilöstön jäsen on velvollinen vastaanottamaan palautetta ja huolehtimaan sen tallentamisesta QPro-palautejärjestelmään. Saadut palautteet käsitellään ja raportoidaan yhteisesti sovitun [menettelyn](#) mukaisesti. Palvelupalautteen avulla mitataan asiakastyytyväisyyttä (customer/patient satisfaction) ja asiakaskokemusta (customer/patient experience).

Kehittämiskohteet 2021-2022

- toteutetaan pilotti palautteen keräämisestä tekstiviestillä valituissa palveluissa vuonna 2021
- mahdollistetaan palautteenanto eri tavoin ottamalla käyttöön uusia palautteenantokanavia (hyödynnetään pilotin tuloksia)
- kerätään palautetta säännöllisesti tehostetusti vuosittain
- ohjataan ja tuetaan asiakkaita aktiivisesti antamaan palautetta selkeiden opasteiden sekä suullisen ohjauksen avulla
- yksiköt seuraavat aktiivisesti saamaansa palautetta ja kehittävät toimintaansa palautteen pohjalta

8.5 Vaaratapahtumien raportointi (HaiPro)

Asiakas- ja potilasturvallisuuden haittapahtumien ja läheltä piti -tapahtumien ehkäisy tarkoittaa sellaisen tapahtumaketjun katkaisemista, jonka seurauksena voi olla potilaan/asiakkaan/asukkaan vahingoittuminen. Ennaltaehkäisyn perustana on vaaratapahtumaan myötävaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ja niiden ehkäisy. Vaaratapahtumasta ilmoittaminen on edellytys potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittymiseksi.

Yhtymässä käytetään HaiPro-raportointijärjestelmää asiakas- ja potilasturvallisuuden haitta- ja läheltä piti -tapahtumien ilmoittamiseen. Kaikilla yhtymän työntekijöillä on mahdollisuus ilmoittaa vaaratapahtumasta HaiPro-järjestelmän kautta. Ilmoituksen voi tehdä anonymisti. Järjestelmään kertynyt tieto on luottamuksellista ja eikä sitä käytetä muihin tarkoituksiin.

Asiakas, potilas tai läheinen voi tehdä ilmoituksen omasta tai läheisen hoidossa tai palvelussa tapahtuneesta vaaratapahtumasta sähköisellä lomakkeella yhtymän [verkkosivuilla](#).

IMS-järjestelmään on kuvattu [vaaratapahtuman käsittelyprosessi](#), joka sisältää ilmoituksen täyttämisen ja vaaratapahtuman käsittelyn. Prosessiin on linkitetty käsittelijän ohje ja ilmoituksen tekemisen ohje. Ilmoituksen tekemisestä löytyy myös video.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- lääkäreiden osallistaminen vaaratapahtumista ilmoittamiseen ja käsittelyyn
- perehdytetään vaaratapahtumien käsittelijät ilmoituksen käsittelyyn, tapahtuman analysointiin, riskinarviointiin ja raportointiin
- läheltä piti -tilanteiden ilmoittaminen lisääntyy
- asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset käsitellään 30 vuorokaudessa
- juurisyyanalyysi-työkalun käyttöönotto ja koulutukset 2022

8.6 Vaaratapahtumatutkinnat ja sisäiset selvitykset

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumien tutkinta on osa yhtymän laadunhallintaa ja oma-valvontaa. Tutkinnan tavoitteena on löytää tapahtuman taustalla olevat järjestelmän toimintaan liit-tyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä muut kehittämiskohteet. Tarkoitus on ehkäistä vas-taavanlaiset tilanteet jatkossa. Tutkinnan aikana ei tutkita, onko henkilökunta toiminut vaaratapahtu-matilanteessa olosuhteet huomioon ottaen asetettujen normien mukaisesti. Tutkinnan tuloksia ei käytetä syyllisyyden määrittelyyn tai mahdollisten vastuukysymysten arviointiin. Tutkintaresurssit kohdistetaan ensisijaisesti vakavan vaaratapahtuman tutkintaan. [Tutkintaprosessi](#) on kuvattu IMS-järjestelmässä.

Asiakas- ja potilasturvallisuustutkintaan voi johtaa

- asiakkaan/potilaan kuolemaan johtanut tapahtuma hoidon/palvelun aikana
- asiakkaan/potilaan henkeä uhannut tapahtuma, joka on johtanut sairaalahoidon aloittami-seen tai jatkumiseen
- asiakkaalle/potilaalle tapahtunut tilanne, joka on johtanut pysyvään tai merkittävään vam-maan, toimintaesteisyyteen tai –kyvyttömyyteen
- tapahtuma, jossa asiakkaalle/potilaalle on aiheutunut tai olisi voinut aiheutua merkittävää, vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, tai hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdis-tuu vakava vaara
- tilanteet, joissa asiakkaalle/potilaalle on tehty virheellinen toimenpide, toimenpiteen kohde on ollut väärä, palvelu/hoito on annettu väärälle asiakkaalle/potilaalle tai määrätty pal-velu/hoito on jäänyt merkittävilta osin toteutumatta
- tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon asiakkaita/potilaita
- muu läheltä piti tilanne tai vaaratapahtuma.

Toimenpiteet vaaratapahtuman jälkeen

Tapahtumasta ilmoitetaan esimiehille ja muille vastuuhenkilöille viipymättä. Sen jälkeen tapahtu-masta ilmoitetaan potilasturvallisuuskoordinaattorille, joka tiedottaa asiasta laatu- ja potilasturvalli-suusylilääkärinä, joka päättää tutkinnan aloittamisesta sekä nimeää tutkinnanjohtajan. Tutkinnan laa-juus riippuu tapahtuman luonteesta.

Laatu- ja potilasturvallisuusylilääkäri päättää tutkinnan suositusten toimeenpanosta. Toimenpiteiden vaikutuksia arvioidaan tapahtumayksikössä ja tulosalueen johdossa yksittäisen toimenpiteen tasolla jäännösriskien osalta, vastaavien tapahtumien toistuvuuden, sisäisten auditointien, laaduntarkastus-ten sekä asiakas- ja potilasturvallisuuskatselmusten kautta. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuus-asantuntijat arvioivat toimenpiteiden vaikutusta koko yhtymän tasolla.

Yhtymässä on käytössä vakavien vaaratapahtumien tutkinnan lisäksi kevyempänä menettelynä si-säiset selvitykset, joissa tavoitteena on löytää juurisyitä ja tunnistaa kehittämistoimenpiteitä. Sisäi-sissä selvityksissä tapahtumassa mukana olleilta ja heidän esimiehiltään pyydetään lausunnot ja näkemykset siitä, miten tapahtuma/tapahtumaketju olisi ollut ehkäistävissä. Selvityksen tuloksia ei käytetä syyllisyyden määrittelyyn tai mahdollisten vastuukysymysten arviointiin. Psykiatrian erikois-alat tekevät aina sisäisen selvityksen, mikäli potilas päätyy itsemurhaan hoidon aikana.

8.7 Itsearviointit, sisäiset auditoinnit ja johdon katselmukset

Osana yhtymän laatu- ja potilasturvallisuuden rakentamista (kohta 3.1) otetaan käyttöön säännöllisinä arviointi-menettelyinä mm. vuosittaiset itsearviointit, sisäiset auditoinnit ja johdon katselmukset. Näiden me-nettelyiden avulla varmistetaan ja arvioidaan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitel-massa määriteltujen toimenpiteiden toteutumista käytännössä.

Sisäisten auditointien tavoitteena on selvittää, vastaako asiakas- ja potilasturvallisuutta edistävä toi-minta arviointikriteeristön, viranomais sääntöjen ja organisaation itsensä asettamia vaatimuksia. Toimintaa peilataan voimassa olevaan lainsäädäntöön, viranomais määräyksiin ja ohjeisiin sekä

yhtymän ohjeistuksiin, menettelytapoihin, hyviin hoitokäytäntöihin, näyttöön perustuvaan toimintaan, jatkuvan laadunparantamisen periaatteisiin ja tulosityksikön/tulosalueen omiin ohjeisiin. Tavoitteena on etsiä kehittämiskohteita, innostaa jatkokehittämiseen ja vahvistaa hyviä käytäntöjä.

Sisäisissä auditoinneissa haetaan objektiivista näyttöä laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta. Ennen auditointia auditoidut tutustuvat yhtymän sivuilta löytyviin materiaaleihin, vaaratapahtumien sisäisiin selvityksiin ja vaaratapahtuman raportointijärjestelmästä kerättyihin tietoihin sekä viranomaisvaatimuksiin. Lisäksi auditoidut käyvät läpi edellisen vuoden laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportin ja tutustuvat raporttiin kirjattujen muistutusten ja kanteluiden määrään, laatuun ja vastausaikoihin. Haastattelukysymykset valmistellaan etukäteen. Haastattelun yhteydessä tutustutaan lisäksi tulosalueen seurantaraportteihin, muistioihin, esitteisiin ja tiedotteisiin, ja pyydetään tarvittaessa lisämateriaalia tutustuttavaksi. Auditointiin kuuluu lisäksi tilojen katselmus ja henkilökunnan haastatteluja.

Johdon katselmusten tavoite on suunnitelluin aikaväleihin katselmoida yhtymän laatujärjestelmä, jotta se vastaa niitä tavoitteita, joita yhtymän strategiassa sekä toiminta- ja taloussuunnitelmassa on toiminnalle asetettu. Johdon katselmus on yksi johtamisen työkaluista. Katselmuksen sisältö on määrämuotoinen, ja siihen keskittyvä kokous pidetään kerran vuodessa tulosaluejohtoryhmätasolla. Toimialajohto kokoaa yhteenvedon tulosalueiden johdon katselmuksista yhtymän johdolle.

8.8 Asiakas- ja potilasturvallisuuskatselmuksset (Patient Safety Walkarounds)

Asiakas- ja potilasturvallisuuskatselmusten tavoitteena on kannustaa työntekijöitä havainnoimaan turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, osoittaa johdon sitoutuminen asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja parantaa turvallisuuskulttuuria sekä lisätä työntekijöiden ja johdon ymmärrystä asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Yhtymän potilasturvallisuuskoordinaattorit koordinoivat katselmuksia laatu- ja potilasturvallisuusyhteistyön kanssa. Työsuojeluvaltuutettu osallistuu katselmuksiin. Katselmuksset ovat suunniteltuja määrävuosikatselmuksia ja triggeroituja katselmuksia. Esille nousseista asioista raportoidaan toimialajohtajille, johtoryhmille, osavuosikatsauksissa ja vuosiraportissa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- toteutetaan asiakas- ja potilasturvallisuuskatselmuksia vuosisuunnitelman ja riskiarvion perusteella

8.9 Asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurikysely

Asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitamme asiakkaan/potilaan hoitoa ja palveluja edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, johtamista, arvoja ja asenteita. Asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurikyselyiden tarkoituksena on yhtymän turvallisuuskulttuurin tilan kartoittaminen, eli organisaation kehittämistarpeiden tunnistaminen ja tavoitteellinen ohjaaminen haluttuun suuntaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi valtioneuvoston periaatepäätöksen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiasta 2017-2021. Toimintaohjelma ohjaa seuraamaan asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuria säännöllisesti. Toimintaa ohjataan jatkuvaan turvallisuuskulttuurin kehittämiseen ja organisaation oppimiseen. (STM 2017)

Terveydenhuoltolaissa terveydenhuollon yksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja asiakas- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (L 1326/2010 8§.) Terveydenhuoltolakia täydentää Sosiaali- ja terveysministeriön asetus suunnitelman sisällöstä, jossa tulee esimerkiksi käydä ilmi, miten yksikössä on varauduttu turvallisuus- ja laatuerojen tunnistamiseen ja hallintaan (L

341/2011 1§). Aluehallintovirasto (AVI) valvoo, että asiakas- ja potilasturvallisuutta suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan lakien ja asetusten mukaisesti (STM 2011).

Kun organisaation turvallisuuskulttuuria arvioidaan säännöllisesti, voidaan nähdä ”turvallisuuskulttuurin trendi”, ja sitä kautta kehittää turvallisuuskulttuuria haluttuun suuntaan. Yhtymässä toteutetaan turvallisuuskulttuurikysely vuoden välein. Kyselyn tuloksia hyödynnetään asetettaessa laadun ja turvallisuuden toiminnallisia tulostavoitteita.

Kyselyssä käytetään standardoitua ja Suomen terveydenhuollossa testattua TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyä. Mittarin on kehittänyt Teknologiantutkimuskeskus VTT oy sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioiden asiakas-/potilasturvallisuuskulttuurin kartoitukseen.

8.10 RAI-arviointijärjestelmä

RAI-arviointijärjestelmä (R = Resident, A = Assessment, I = Instrument) on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) mukaan kunnilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä.

RAI-arvioinnista syntyvästä yksilötiedosta koostetaan yhteenvetoja ja keskiarvoja, jotka kuvaavat organisaation asiakaskuntaa ja sen tarpeita, sekä palvelujen toimintaa ja muutoksia. Tätä tietoa kutsutaan RAI-vertailutiedoksi. Laadun kuvaajien on oltava luotettavia ja vertailukelpoisia. Laadun mittaamisen välineinä käytetään esimerkiksi RAI-järjestelmän laatuindikaattoreita (ks. taulukko 4). Laatuindikaattoreiden tärkein käyttötarkoitus on yksikön tai organisaation oman toiminnan laadun seuranta. Laatuindikaattoreiden tulosten perusteella voidaan esimerkiksi havaita asiakaskunnan hoidossa mahdollisia ongelmakohtia, joihin puuttamalla ja panostamalla palvelujen laatua pystytään kehittämään entistä paremmaksi.

Kotihoidossa seurattavia laatuindikaattoreita ovat esimerkiksi riittämättömät ateriat, tahaton painonlasku, lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä, kaatuminen 90 vrk:n aikana, sairaalahoito tai käynti päivystyksessä 90 vrk:n aikana, asiakas ei ole itse osallistunut arviointiin ja ulkoilua korkeintaan kerran viikossa. Kotihoidon painopisteenä on ravitsemus ja asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuus.

Asumispalveluissa seurattavia laatuindikaattoreita ovat esimerkiksi kaatuminen, asiakkaalla vähintään yhdeksän lääketta, tahaton painonlasku, vuoteessa elävät, psykoosilääkitys ilman psykoottisia oireita, liikuntarajoitteisille tarjolla niukasti aktivoivaa hoitotyötä, käytössä rauhoittavia tai unilääkkeitä sekä liikkumisrajoitteiden käyttö. Asumispalveluiden painopisteenä on lääkehoito ja hoitajien antama kuntoutus

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta käytetään psykososiaalisen kuntoutuksen kotiin vietävissä palveluissa kaikkien asiakkaiden kanssa RAI CMH -mittaria, jonka tuloksia hyödynnetään esimerkiksi asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asumispalveluiden kilpailutuksessa on myös edellytetty saman mittarin käyttöönottoa, minkä toteutumisesta on seurattu valvontakäynneillä.

Vammaispalveluissa on valmisteltu RAI-mittarin käyttöönottoa vuonna 2021 ja mittarien käyttöönotto toteutuu vuonna 2022. RAI Cha-mittari otetaan käyttöön asiakasohjauksessa tukemaan palvelutarpeen arviointia sekä palvelujen suunnittelua ja arviointia. Kohderyhmänä ovat erityisesti omaishoito ja henkilökohtainen apu. Seuraavassa vaiheessa otetaan käyttöön RAI-ID mittari vammaisten asumispalveluissa.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- otetaan RAI-mittari käyttöön vammaispalveluissa vuonna 2021

8.11 Hoitoilmoitusjärjestelmät AvoHilmo ja HILMO

AvoHILMO on avoterveydenhuollon hoitoilmoitus, joka poimii kansallisesti määritetyt tiedot palvelutapahtumasta. AvoHILMOssa palvelutapahtumalla tarkoitetaan asiakkaan saamaa palvelua, joka toteutetaan esimerkiksi vastaanottokäynnin, kotikäynnin, puhelun tai konsultaation muodossa ja jota voi edeltää asiakkaan yhteydenotto ja ammattihenkilön tekemä hoidontarpeen arviointi ja ajanvaraus. Ilmoitusjärjestelmä kerää avohoidon toiminnasta tapahtumatason tietoja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen valtakunnalliseen hoitoilmoitusrekisteriin. Tavoitteena on tuottaa tietoa palvelujen parantamiseksi ja väestön terveyden edistämiseksi. AvoHILMO-järjestelmä on perusterveydenhuollossa käytössä kattavasti kaikessa vastaanotto toiminnassa sekä kotihoidossa ja sairaalan kotiuttamisyksikössä.

Erikoissairaanhoidossa on käytössä hoitoilmoitusjärjestelmä eli HILMO. Siihen kirjataan potilaan diagnoosin (taudinmääritys) lisäksi annetun hoidon mahdolliset haittavaikutukset. Hoidon haittavaikutusten tilastointi on osa potilashoidon ja laadun turvallisuuden seuranta. Haittavaikutuksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon tai suoritettuun toimenpiteeseen liittyvää seuraamusta. HILMO:sta saatavaa tietoa hyödynnetään hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- henkilöstö osallistuu haittavaikutuksen kirjaamiskoulutukseen
- haittavaikutusten kirjaaminen opastetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmän perehdytyksessä
- hoidon haittavaikutukset kirjataan potilasasiakirjoihin systemaattisesti

8.12 Muistutukset, kantelut, potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku

Muistutukset

Terveiden- ja sairaanhoitoonsa laatuun tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla/potilaalla on oikeus tehdä kirjallinen tai suullinen muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Jos potilas ei kykene itse tekemään muistutusta, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa tai omainen. Terveidenhuollon toimintayksikön tehtäviin kuuluu aktiivinen tiedottaminen potilaille muistutusoikeudesta. Suullisen tai kirjallisen muistutuksen tekeminen tulee tehdä heille mahdollisimman vaivattomaksi.

Sosiaalihuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla/omaisella/laillisella edustajalla on oikeus tehdä muistutus sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Toimintayksikön vastuuhenkilön tai johtavan viranhaltijan on käsiteltävä muistutus asianmukaisesti ja annettava siihen kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä. Vastaus on perusteltava. Muistutuksiin annetaan vastaukset neljän viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Muistutuksiin vastaaminen on määritelty yhtymän hallituksen delegointipäätöksessä (päättösvaltataulukot).

Kantelut

Terveiden- ja sairaanhoitoonsa laatuun tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla/potilaalla on oikeus kannella hoidostaan Aluehallintovirastolle (www.avi.fi), Valviralle (www.valvira.fi) tai eduskunnan oikeusasiamiehelle (www.oikeusasiamies.fi). Tällöin kanteluiden käsittelyssä pyydetään vastineet kaikilta hoitoon osallistuneilta. Kantelun ja muistutuksen päätökset saatetaan asiakkaan/potilaan palveluun osallistuneiden tietoon terveydenhuollon laadun parantamiseksi. Jos potilas/asiakas 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.

Sosiaalihuollon asiakas voi tehdä sosiaalihuollon toimintaa valvovalle viranomaiselle (esim. aluehallintovirasto, eduskunnan oikeusasiamies, valtioneuvoston oikeuskansleri tai Valvira) kantelun silloin, kun henkilö katsoo kantelun kohteena olevan sosiaalihuollon palveluyksikön tai työntekijän menettelyn tai toiminnan olevan lainvastaista, virheellistä tai epäasianmukaista. Oikeus kantelun tekemiseen ei ole rajattu kantelijan omaan asiaan vaan kantelun voi tehdä muukin kuin henkilö, jota asia koskee. Jos henkilö kantelee toista henkilöä koskevassa asiassa ja kantelu koskee sallassa pidettäviä asioita, tulee kantelijan toimittaa valtakirja henkilöltä, jonka asiassa kantelu on tehty. Kahta vuotta vanhemmasta asiasta tehtyä kantelua ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä. Valvova viranomainen ottaa ratkaisussaan kantaa siihen, onko sosiaalihuollon palveluyksikkö tai toimija noudattanut toiminnassaan lakia tai menetellyt asianmukaisesti ja ryhtyy tarvittaessa toimenpiteisiin, joihin se kantelun perusteella katsoo olevan aiheutta. Valvontaviranomainen voi myös arvioida, että kanteluna vireille pantu asia on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena. Tällöin asia siirretään asianomaiseen toimintayksikköön tai sosiaalihuollon johtavan viranhaltijan käsiteltäväksi. Tämä antaa toimintayksikölle mahdollisuuden nopeasti reagoida korjaamista vaativan menettelyyn tai toimintaan, sekä muutoinkin valvoa paremmin omaa toimintaansa. Kanteluasian siirtämisestä muistutuksena käsiteltäväksi ilmoitetaan kantelun tekijälle.

Potilasvahinkoilmoitukset

Potilasvahinkolaki säättää, että potilasvahinkojen varalta terveydenhuollon toimintayksiköillä on oltava potilasvakuutus. Potilasvakuutus (www.pvk.fi) ratkaisee ja korvaa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon ja Suomen Keskinäinen Lääkevahinkovakuutusyhtiö lääkkeistä johtuvan vahingon (www.laakevahinko.fi).

Potilasvakuutuskeskus tarjoaa julkisen sektorin hoitolaitoksille käyttäjätunnuksen, joilla käyttäjätunnuksen haltija (rekisterinpitäjä) pääsee internetin kautta toimivan tilastointipalvelun sivuille. Sivustoilta löytyy laajaa tilastotietoa hoitolaitoksissa tapahtuneista potilasvahingoista. Potilasvakuutus- ja Suomen Keskinäisen Lääkevahinkovakuutuskeskuksen sekä Potilasvahinkolautakunnan kirjalliset päätökset tulee laadun kehittämisen vuoksi analysoida potilaan hoitoon osallistuneiden kesken tietosuoja määräykset huomioiden.

Sosiaalihuollon oikaisuvaatimukset ja valittaminen toimielimen päätöksestä

Sosiaalihuollon asiakas voi hakea muutosta samaansa päätökseen. Viranhaltijapäätöksessä tulee kertoa miten päätökseen voi hakea muutosta. Muutoksenhakuosoituksessa on oltava maininta, mille viranomaiselle muutoksenhakukirjelmä toimitetaan sekä miten ja missä ajassa päätökseen saa hakea muutosta. Mikäli päätökseen ei saa hakea muutosta, on päätöksessä oltava tieto siitä, minkä säännöksen nojalla muutoksenhaku ei ole mahdollista.

Sosiaalihuollon viranhaltijan päätöksestä voi tehdä oikaisuvaatimuksen toimielimelle. Muutoksenhaut käsitellään kolmen kuukauden kuluessa oikaisuvaatimuksen saapumisesta. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä tämä toimielin on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunta. Toimielimen päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen 30 vuorokauden kuluessa. Hallinto-oikeuden päätöksestä voi joissakin tapauksissa valittaa edelleen korkeimpaan hallinto-oikeuteen, mikäli se myöntää valitusluvan. Lastensuojelussa viranhaltijan päätöksestä saa eräissä tapauksissa hakea valittamalla muutosta suoraan hallinto-oikeudelta. Lastensuojelun menettelytavoista säädetään tarkemmin lastensuojelulaissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunta kokoontuu keskimäärin kerran kuukaudessa (pl. heinäkuu). Tavoitteena on, että oikaisuvaatimukset on käsitelty kolmen kuukauden kuluessa oikaisuvaatimuksen saapumisesta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunnan toimintaa koordinoi yhtymässä perhe- ja sosiaalipalvelujen toimiala.

Erityishuolto-ohjelma

Erityishuolto-ohjelma on muutoksenhakukelpoinen päätös. Se on laadittava jokaiselle kunnassa asuvalle erityishuollon tarpeessa olevalle henkilölle. Siihen on kirjattava kaikki ne palvelut, jotka henkilölle on myönnetty kehitysvammalain perusteella riippumatta siitä milloin, missä ja kuka palvelut todellisuudessa järjestää. Erityishuolto-ohjelman laadinnasta vastaa asianosainen lautakunta, joka voi delegoida laadinnan joko erityishuollon johtoryhmälle tai yksittäisen viranhaltijan tehtäväksi. Yhtymän hallitus on delegoinut (pääösvaltataulukot) erityishuolto-ohjelman laadinnan johtavan sosiaaliohjelmapäällikön tehtäväksi. Erityishuolto-ohjelmat valmistellaan yhtymässä vammaispalvelujen tulosalueella. Kehitysvammalain perusteella laadittavasta erityishuolto-ohjelmasta voi valittaa 30 päivän kuluessa tiedoksisaannista aluehallintovirastoon, jonka päätöksestä voi valittaa edelleen hallinto-oikeuteen.

Itseoikaisut

Viranomaisella on mahdollisuus itse muuttaa eli oikaista tekemäänsä päätöstä.

Kehittämiskohteet 2021-2022

- kehitetään muistutusten, kantelujen ja oikaisuvaatimusten määrän ja käsittelyaikojen seuranta

8.13 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittarit

Taulukkoon neljä on koottu yhtymän laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuutta kuvaavat mittarit sekä niille yhteisesti sovitut seurantamenettelyt. Mittareiden tulokset raportoidaan 1-3 kertaa vuodessa taulukkoon kirjatun mukaisesti. Raportointi tapahtuu laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden osavuosikatsauksissa. Mittareiden tulokset käsitellään osavuosikatsausten syklissä yhtymän ja toimialojen johtoryhmissä. Tämä on myös asetettu yhdeksi mittariksi.

Taulukko 4. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittarit ja seurantamenettelyt

MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
ASIAKASPALAUTTEET				
Palvelupalaute (QPro) - jatkuva palaute - tehostetut kyselyt	palautteen määrä ↑ yhteydenotto yhteydenotto- pyynnön jättäneeseen asi- akkaaseen < 7 vrk "voin suositella saamaani palvelua" > 90 %	QPro	esimiehet vastuuhenkilöt	3 x vuosi
Muistutukset (lkm)	vastaus < 30 vrk	Tweb	esimiehet	3 x vuosi lisäksi sosiaaliamiehen selvitys
Kantelut (lkm)	vastaus < 30 vrk	Tweb	toimialajohtajat	3 x vuosi lisäksi sosiaaliamiehen selvitys
Potilasvakuutuskeskukseen tehdyt vahinkoilmoitukset (lkm)	määrä ↓	PVK-tilastot	potilasasiamies	3 x vuosi
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (%)	määrä ↓	PVK-tilastot	potilasasiamies	3 x vuosi

Sosiaali- ja potilasasiamiehelle tulevat yhteydenotot (lkm)	määrä ↓	Potra, Excel	potilasasiamies sosiaaliasiamies	3 x vuosi 1x vuosi (sosiaaliasiamiehen selvitys)
Haittatapahtumien kokonaismäärä ja laatu	ilmoitukset läheltä piti -tilanteista ↑ haittatapahtumien raportointi noudattaa kirjaamisohjetta	HILMO	erikoissairaanhoidon suoritekäsikirja -vastuhenkilö	3 x vuosi
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitus	vastaus < 14 vrk	HaiPro	potilasturvallisuuskordinaattorit	jatkuva
MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
INFEKTIOTORJUNTA JA HOITON LIITTYVÄT INFEKTIOT				
Käsihuuhdekulutus ml / 1000 hoitopäivää	80 ml / hoitopäivä	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Käsihuuhteen käytön havainnointi kerran vuodessa	> 90 %:ssa yksiköistä	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Sairaala-alkuinen <i>C. difficile</i> , tapauksia / 1000 hoitopäivää	< 0,7 tapausta /1000 hoitopäivää	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Sairaala-alkuinen pneumonia, tapauksia / 1000 hoitopäivää	< 2,5 tapausta / 1000 hoitopäivää	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Verisuonikanyyli-infektiot, tapauksia /1000 hoitopäivää	tavoite < 0,2 tapausta / 1000 hoitopäivää	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Uudet MRSA tartunnat osastoilla	ei todettuja tartuntoja	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Leikkausprofylaksia annettu ohjeen mukaisesti	> 95 %	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Leikkausalueinfektiot, infektio % kaikissa toimenpiteissä	< 2 %	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
Hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus	> 90 %	infektioyksikkö	infektioylilääkäri	1 x vuosi
MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
TULOSMITTARIT				
Audit C	2021: > 10 % asiakkaista 2022: > 20 % asiakkaista	potilastietojärjestelmä	esimiehet	3 x vuosi
Painehaavojen esiintyvyys	painehaavat vähenevät	painehaava-seuranta 2 x vuosi	yksikön haavahoidon yhdyshenkilö; kirurgian poliklinikan haavahoitajat	johdolle; tulosten pohjalta suunnitellaan kehittämistoimenpiteet
Vajaaravitsemuksen arviointi	dokumentoitujen arviointien lukumäärä lisääntyy	potilasasiakirjat	vastaava ravitsemusterapeutti	1 x vuosi
Kliinisten ravintovalmisteiden käyttö	käyttö lisääntyy	kulutuksen seuranta	vastaava ravitsemusterapeutti	1 x vuosi
Tehostetun ruokavalioiden (RE/RVA) tilausten määrä	tilaukset lisääntyvät	tilausten seuranta	vastaava ravitsemusterapeutti ravintokeskus	1 x vuosi
Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö	käyttö 100 %	potilastietojärjestelmä	osastonhoitaja yksikön ja tulosalueen johtoryhmä	3 x vuosi

Polven tekonivelleikkauksen uusintaleikkauksen (< 2 v primääri-leikkauksesta)	0	potilastietojärjestelmä	ortopedian ylilääkäri	1 x vuosi
Lonkan tekonivelleikkauksen uusintaleikkauksen (< 2 v primääri-leikkauksesta)	0	potilastietojärjestelmä	ortopedian ylilääkäri	1 x vuosi
Sairaalakuolleisuus vuodeosastoilla	määrä ↓	potilastietojärjestelmä	tulosaluejohtajat	1 x vuosi
Kuolleisuus 30 vrk:n kuluessa uloskirjotuksesta	määrä ↓	potilastietojärjestelmä	tulosaluejohtajat	1 x vuosi

MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
----------	------------	----------	----------------	-------------

VAARATAHAHTUMAILMOITUKSET				
---------------------------	--	--	--	--

Vaaratahahtumien lukumäärä	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3%, läheltä piti – tapahtumien osuus on yli 50%	HaiPro lukumäärä; kehittämistoinenpiteet	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi
Lääke- ja nestehoittoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 5%, läheltä piti – tapahtumien osuus on yli 60%	HaiPro lukumäärä; kehittämistoinenpiteet	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3%, läheltä piti – tapahtumien osuus lisääntyy	HaiPro lukumäärä; kehittämistoinenpiteet	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi
Laitteeseen tai tarvikkeeseen ja niiden käyttöön liittyvä	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3%, läheltä piti – tapahtumien osuus lisääntyy	HaiPro lukumäärä; kehittämistoinenpiteet	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi
Kaatumiset	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3%, läheltä piti – tapahtumien osuus lisääntyy	HaiPro lukumäärä; kehittämistoinenpiteet	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi
Hoidon haittavaikutukset	kaikki haittavaikutukset kirjataan potilastietojärjestelmään	HILMO	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	1 x kk 3 x vuosi 3 x vuosi

MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
----------	------------	----------	----------------	-------------

KOTIHOIDON RAI-INDIKAATTORIT				
------------------------------	--	--	--	--

Riittämättömät ateriat	3,8%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Tahaton painonlasku	4,8%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä	16,0%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Turvallisuus, kaatumisen 90vrk aikana	25,0%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3x vuosi
Sairaalahoito tai käynti päivystyksessä 90 vrk aikana	31,0%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3x vuosi
Osallisuus, asiakas ei itse osallistunut arviointiin	16%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3x vuosi

Osallisuus, ulkoilu korkeintaan kerran viikossa	56%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
RUG-III HC/22 kustannuspaino CMI, kaikki	1,14	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
RUG22 asiakasryhmittely PA1	14,0%	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
ASUMISPALVELUIDEN RAI-INDIKAATTORIT				
Kaatuminen	10,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Vähintään yhdeksän lääkettä	35,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Tahaton painonlasku	7,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Vuoteessa elävät	20,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Niukasti aktivoivaa hoitotyötä liikuntarajoitteisilla (Haaju_17)	65,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Psykoosilääkitys, ei psykoottisia oireita	30,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Rauhoittavia tai uni-lääkkeitä	30,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
Liikkumisrajoitteiden käyttö päivittäin	9,0 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
RUG-18 Kustannuspaino KP2	1,00	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
RUG18 Asiakasryhmittely PA1	2.5 %	RAI	esimiehet tulosalueen johto johtoryhmä	3 x vuosi
MITTARIT	TAVOITTEET	SEURANTA	VASTUUHENKILÖT	RAPORTOINTI
JOHTAMINEN				
Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittareiden tulosten käsittely yhtymän ja toimialojen johtoryhmissä	Mittareiden tulokset on käsitelty johtoryhmässä kolme kertaa vuodessa osavuosikatsausten yhteydessä	Muistiot	yhtymän johtoryhmän sihteeri (hallintopäällikkö), toimialojen sihteerit	3 x vuosi

9 ALUEELLINEN JA VALTAKUNNALLINEN YHTEISTYÖ

9.1 Alueellinen yhteistyö

Terveyden- ja sosiaalihuollon sekä peruspalveluiden että erikoissairaanhoidon horisontaalisen ja vertikaalisen integraation turvaamiseksi maakunnassa tarvitaan tiivistä alueellista yhteistyötä. Tällä tuetaan palveluiden aitoa asiakaslähtöistä ja tutkimusperusteista kehittämistä. Yhteistyö käsittää eri sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajat, mutta myös kuntien ja valtion viranomaisyhteistyön sekä järjestöjen ja kolmannen sektorin kanssa tehtävän yhteistyön.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöryhmässä ja –neuvotteluissa sovitaan erilaisista yhteistyöhön liittyvistä prosesseista kuten hoito-, palvelu- ja kuntoutusketjujen päivittämisestä ja arvioinnista. Yhtymän muutosohjelmassa tehdään suunnitelmaa monipalveluasiakkaiden haltuunottoon monella tasolla. Tulevaisuuden sote-keskuksen moniammatilliseen tiimimalliin linkitetään myös kunnan, järjestöjen ja kolmannen sektorin palveluja. Myös yhteisyritys Harjun terveyden toiminnassa luodaan yhteisyrityksen työntekijöille sekä kunnille ja 3. sektorille yhteistyötahokartat, joista saa nopeasti käsityksen asiakastarpeen mukaisista yhteistyötahoista puolin ja toisin.

Yhtymä tekee terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteistyötä monen eri sektorin toimijan kanssa ja tukee kuntia niiden tekemässä hyvinvointityössä. Yhtymällä on edustus monessa maakunnallisessa hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen ja yhdyspintatyön verkossa: lasten ja perheiden palvelut, työllisyshoito, ehkäisevä työ, terveystieteet, ravitsemus, maahanmuutto, asuminen, järjestötoiminta jne. Yhtymän vetämässä kuntien hyvinvointikoordinaattoriverkostossa sekä yhdyspintaverkostoissa käsitellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teemoja erityisesti keskittyen yhtymän ja kuntien välisiin yhdyspintoihin. Kuntien kanssa tehtäviin vuosittaisiin palvelusopimuksiin liitettiin ensimmäisen kerran hyte-teema vuoden 2021 sopimukseen.

Yhtymän muutosohjelmaan on linkittynyt myös maakunnallisten hyte-kärkien ja hyte-rakenteen ja johtamisen määrittely. Muutosohjelmassa suunnitellaan myös alueellisen järjestöneuvottelukunnan muotoa, toimintaa ja käyttöä.

Alueella tehtävää terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukee aktiivinen yhteistyö kansallisten toimijoiden kanssa.

9.2 Sosiaalialan osaamiskeskus VERSO

Sosiaalialan osaamiskeskus Verso toimii osana valtakunnallista osaamiskeskusverkostoa, joka ottaa kantaa sosiaalihuoltoon linkittyvään lakivalmisteluun ja myös osallistuu aihealueen TKIO -toimintaan. Osaamiskeskustoimintaa linjaa valtakunnallinen osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta, joka koostuu eri ministeriöiden, THL:n, järjestöjen ja kuntien/ kuntayhtymien edustajista. Sosiaalihuollon kirjaamisosaamista kehitetään sähköisellä alustalla valtakunnallisessa Kansa-Koulu III-hankkeessa (2020-2021). Monialaisen lastensuojelun kehittämishankkeita (2020-2022) on käynnistetty syksyn 2020 aikana jokaisella Erva -alueella. Kehittämishankkeen tavoitteena on vastata lastensuojelun asiakkaina olevien lasten ja nuorten yksilöllisiin tarpeisiin siten, että heidän sosiaaliset, terveydelliset ja sivistykselliset oikeutensa voivat toteutua hallinnonalojen rajojen estämättä.

Osana lastensuojelun kehittämishanketta Päijät-Hämeessä on käynnistetty 30.6.2021 asti kestävä pilotti Vaativan tuen konsultaatiotiimin toiminnan mallintamiseen. Moniammatillisella ja varhaisella konsultaatiolla ehkäistään erikoissairaanhoidon ja lastensuojelun toimenpiteiden tarvetta. Tavoitteena on saada kehitettyä alueelle toimiva yhdenmukainen malli vaativaa erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden tukemiseksi. Tavoitteena on perustaa Päijät-Hämeeseen resurssikeskus kaikista vaativimpien lasten ja nuorten tukemiseen. Yhteistyömalleja kehitetään valtakunnallisen VIP-verkoston ja Vaatu-toimijoiden (Vaativa konsultaatio) kautta.

STM:n erillisrahoittamista hankkeista henkilökohtaisen budjetin kehittämiseen tähtäävä HeVa-hanke on saanut rahoituksen vuosille 2020-2021 ja Tykyky -ohjelmaan liittyvä Tuetusti työhön ja osallisuuden liittyvä hanke vuosille 2020-2022. Mielenterveysstrategian jalkauttamiseen tähtäävä Yhdessä mielessä -hanke odottaa hankepääöstä. Kärkihankkeet nivoutuvat yhteen Tulevaisuuden sote-

keskushankkeen, mutta myös muun Päijät-Hämeessä tehtävän kehittämisen (mm.muutosohjelman) kanssa. HeVa hankkeessa alueellista yhteistyötä tehdään laajassa alueverkostossa ja valtakunnallista yhteistyötä THL:n sekä kahdeksan muun rahoitusta saaneen hankkeen kanssa. Tuetusti työhön ja osallisuuteen – hanke linkittyy erityisesti Työllisyyden kuntakokeiluun. VERSO tekee yhteistyötä myös Kelan ja TE-keskuksen kanssa osatyökykyisten työkyvyn tuen ja työllistymisen edistämiseksi. Valtakunnallista yhteistyötä tehdään sekä THL:n että Työterveyslaitoksen kanssa.

Ehkäisevässä työssä valtakunnallinen yhteistyö rakentuu THL:n koordinoimana ja alueella toimii kuntatyöryhmät ja seutukoordinaatioverkosto. Huumeiden käyttöä ehkäisemään pyrkivä HuuMa-hanke (2019-2021) linkittyy ehkäisevän työn verkostoihin. Sosiaaliasiamiehillä on yhteinen verkosto, joka koostuu seitsemän osaamiskeskuksen alueella toimivista työntekijöistä. Sote-rakenne hankkeesta rahoitettavat (2020-2021) digitaalisen sosiaalityön kehittäjät toimivat useissa alueellisissa verkostoissa ja kansallisessa kehittäjäverkostossa.

9.3 ERVA-yhteistyö

Yhtymä kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS), Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän (Carea), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Eksote) ja Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymän välillä on terveydenhoitolain (L1326/2010) edellyttämä järjestämissopimus, jossa on sovittu erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja työnjaosta erityisvastuualueen (erva) sisällä. Sopimuksessa on määritelty, miten erityisvastuualueeseen kuuluvat kuntayhtymät toteuttavat toimintayksiköidensä tarvitsemat hankintapalvelut, lääkehuollon, välinehuollon, kuljetus- ja varastointipalvelut, taudinmääritykseen liittyvien näytteiden säilyttämisen, niiden mahdollisen tutkimuskäytön ja niihin liittyvät käytännöt ja muut tukipalvelut. Lisäksi erva- alueella toimii tutkimustoimikunta, joka päättää terveyden tutkimukseen myöntämän rahoituksen jakamisesta. HYKSin ERVAN ohjausryhmän ja sopijapuolten nimeämät erillisten kehittämisryhmien jäsenet kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään ajankohtaiset yhteistyöasiat.

10 SUUNNITELMAN YLLÄPITO

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmän (liite 3) tehtävänä on yhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimintaohjelman ylläpito. Suunnitelman toimeenpanosta vastaa yhtymän johto. Tämä suunnitelma on voimassa 31.12.2022 saakka. Sen valmisteluun ovat osallistuneet edustajat kaikilta toimialoilta/tulosalueilta. Suunnitelman ja politiikan on hyväksynyt yhtymän hallitus.

LÄHTEET JA AIHEESEEN LIITTYVÄÄ MATERIAALIA

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 ([Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 612/2021 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX ®](#))

STM 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. STM:n asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Suomen säädöskokoelma. Luettavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110341.pdf>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

Saarsalmi, O & Koivula, R (toim) 2016. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. THL. Ohjaus 19. 2.versio. Päivitetty 2017.

Koivula, R; Brotkin, H & Sarrsalmi, O 2018. Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. THL. Ohjaus 2.

Koivula, R; Brotkin, H & Sarrsalmi, O 2018. Turvallisia kotiin annettavia sote-palveluja: opas kotihoitoon. THL. Ohjaus 3.

STM 2011. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15.

http://www.finlex.fi/data/normit/41771-Maarays_sosiaalipalvelujen_omavalvontasuunnitelma.pdf

<http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>

Patient Safety Leadership WalkRounds <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/patientsafetyleadershipwalkrounds.aspx>

ROHTO 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO.

Safety Briefings Tool <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SafetyBriefings.aspx>

WHO 2012. Patient safety. Luettavissa <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Hoitotakuun valvonta. 2016. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitotaan_valvonta

Terveydenhuollon laatuopas 2011 http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Potilaan käsikirja - Potilaan opas turvalliseen hoitoon sairaalassa <http://www.potilaanopas.fi/fi/>

Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Opas 15, 2011.

Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Oppaita 2005:13.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Fioca Oy. Helsinki.

LIITE 1. Laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta käsitteleviä säädöksiä, ohjeita ja suosituksia

Terveysturvallisuuslaki 1326/2010	
STM:n asetus 341/2011 laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta	Potilasturvallisuusopas - potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian tueksi. Opas 15. THL 2011.
Tartuntatautilaki 1227/2016	
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista 149/2017	
Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista 146/2017	
Läkelaki 395/1987 ja -asetus 693/1987	Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. STM julkaisuja 2/2011. Lääkkeiden haittavaikutuksista ilmoittaminen. Fimean ohje 1/2017 Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Fimea 1/2012. Inkinen R. ym. 2016: Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki, THL.
Pelastuslaki 379/2011	
Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 407/2011	
Työturvallisuuslaki 738/2002	
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	
Potilasvahinkolaki 585/1986	
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 ja -asetus 564/1994	
Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010	

Palvelukohtaiset laatusuositukset

- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, STM 2017:6
- Apuvälinepalvelujen laatusuositus, STM oppaita 2003:7
- Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus, STM oppaita 2003:4
- Päihdepalvelujen laatusuositukset, STM oppaita 2002:3
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, THL (Stakes) 2006
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus, STM oppaita 2004:8
- Terveysturvallisuuden edistämisen laatusuositus, STM 2006:19
- Lastensuojelun laatusuositus, STM 2014:4
- Turvakotipalvelujen kansalliset laatusuositukset, STM 2013:11
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus, STM 2007:13
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: Valtakunnallinen suositus, STM 1999
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta, THL 26/2016.

LIITE 2. Potilasturvallisuussanasto

Tähän potilasvakuutuskeskuksen (PVK) potilasturvallisuussanastoon on koottu keskeinen potilasturvallisuuden terminologia. Lähteenä on käytetty Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) ja Lääkehoidon kehittämiskeskuksen (Rohto) vuonna 2007 julkaisemaa Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastoa.

Haitta

Potilaalle hoidon seurauksena aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus, joka voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan kokema ja/tai ammattilaisten toteama.

Haittatapahtuma

Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle.

Haittavaikutus

Sairauden ehkäisemisen, taudinmäärityksen tai hoidon aiheuttama tahaton ja haitallinen vaikutus, joka aiheuttaa objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, pidentää hoidon kestoa tai lisää hoitokustannuksia.

Komplikaatio

Lisätauti, jälkitauti, sivuhäiriö, aikaisempaan tautitilaan tai hoitoon liittyvä uusi häiriö.

Läheltä piti -tapahtuma

Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta vältettiin joko sattumalta tai koska havaittuun vaaratilanteeseen pystyttiin puuttumaan ajoissa.

Lääketurvallisuus

Käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmisteen liittyvän turvallisuuden (lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin, sekä valmisteseen liittyvän informaation).

Lääkitysturvallisuus

Lääkkeiden käyttöön liittyvä turvallisuus, joka kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.

Poikkeama

Suunnitellusta/sovitusta poikkeava tapahtuma terveydenhuollon tuotteissa, toimintatavoissa, ympäristössä tai järjestelmissä. Poikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan.

Potilasturvallisuus

Terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden.

Potilasturvallisuuskulttuuri

Yksilöiden ja yhteisön tapa toimia siten, että varmistetaan potilaiden ja asiakkaiden saamien palveluiden turvallisuus. Sisältää turvallista toimintaa tukevan johtamisen, arvot, asenteet ja toimintatavat.

Potilasvahinko

Potilasvahinkolain määritelmän mukaan vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko, joka on aiheutunut lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä.

Potilasvakuutuskeskus (PVK)

Lakisääteisen potilasvakuutuksen korvaustoiminnasta huolehtiva organisaatio, jonka jäseniä kaikki potilasvakuutuksia myöntävät vakuutusyhtiöt ovat. Potilasvahinkoilmoitusten käsittelyn ja korvausten maksamisen lisäksi PVK edistää potilasturvallisuutta.

Suojaukset

Poikkeamien tunnistamiseen ja vaaratapahtumien ehkäisemiseen tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosessiin suunnitellut ja siihen sisältyvät rakenteet ja menettelyt.

Vaaratapahtuma

Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle (=haittatapahtuma) tai olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle (läheltä piti -tapahtuma).

LIITE 3. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä 2021-2022

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmä koordinoi Terveydenhuoltolain 1326/2010 mukaisen potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista yhtymässä. Ohjausryhmän tehtävänä on

- ohjata ja valvoa laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista ja kehittämistä, ja arvioida toimintaan liittyviä riskejä säännöllisesti
- koordinoida asiakas- ja potilasturvallisuutta: tukea potilasturvallisuutta edistävien menetelmien ja toimintojen implementointia sekä arvioida menetelmien vaikuttavuutta
- arvioida ja edistää yhtymän hyvää turvallisuuskulttuuria
- arvioida haittatapahtumien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyttä ja mahdollistaa osaltaan riittävän resursoinnin
- raportoida yhtymän johtoryhmälle laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimeenpanosta ja sen toteutumisesta kaksi kertaa vuodessa
- olla mukana kansallisessa ja kansainvälisessä verkostoyhteistyössä.

Ohjausryhmän jäsenet ovat

- Virkki Maria, laatu- ja potilasturvallisuusylilääkäri, ohjausryhmän puheenjohtaja
- Savolainen Marianna, ohjausryhmän sihteeri
- Aho Minna, potilasturvallisuuskoordinaattori
- Hakanen Veli-Pekka, tulosaluejohtaja, kuntoutus
- Joutsen Susanna, potilasasiamies
- Kallio Eija, tulosaluejohtaja, lapsiperhepalvelut
- Kankainen Leila, tulosaluejohtaja, työikäisten palvelut
- Kokkonen Liisa, tulosaluejohtaja, Akuutti24
- Kuiri Senja, hallintoylihoitaja, ESH
- Kuusinen-James Kirsi, johtaja, VERSO
- Kuosmanen Kimmo, tulosaluejohtaja, avosairaanhoido
- Lammi Lauri, tulosaluejohtaja, konservatiivinen
- Laukkanen Tarja, sosiaaliasiamies, Sosiaalialan osaamiskeskus Verso
- Lehtonen Jarkko, tulosaluejohtaja, operatiivinen
- Leivo Terttu, tulosaluejohtaja, asumispalvelut
- Malinen Auli, tulosaluejohtaja, diagnostiset palvelut
- Mattila Piritta, tulosaluejohtaja, kotiin vietävät palvelut
- Mäkinen Lasse, sairaalainsinööri
- Niiranen Teija, tulosaluejohtaja, suun terveydenhuolto
- Peltola Heli, tulosaluejohtaja, psykososiaaliset palvelut
- Päivä Maiju, kehittämisspäällikkö
- Riukka Leena, tulosaluejohtaja, lääkehuolto
- Sohlberg Antti, ylifyysikko, yhtymän laitevastuuhenkilö
- Soini Corinne, tulosaluejohtaja, asiakasohjaus
- Sopanen Pertti, hallintoylihoitaja, PTH
- Suokas Seija, potilasturvallisuuskoordinaattori
- Valjakka-Heimola Merja, tulosaluejohtaja, GOS
- Valtanen Pirkko, tulosaluejohtaja, vammaispalvelut
- Wallin Marianne, ylilääkäri, avosairaanhoido
- Tuuri Minna, asiantuntija, Heinolan kaupunki

Ohjausryhmän jäsenyys määräytyy edellä olevan jäsenluettelon tehtävänimikkeen tai vastuun mukaisesti. Jäsenet ilmoittavat mahdollisen varahenkilönsä niitä tilanteita varten, jolloin ovat estyneitä osallistumasta. Ohjausryhmä voi kutsua käsiteltävästä asiasta riippuen kokoukseen mukaan asiantuntijoita.

LIITE 4. HaiPro- ja QPro-järjestelmiin tehtyjen poikkeamailmoitusten käsittelylinjaukset

ASIAKAS-/POTILASTURVALLISUUS			
Ilmoitustyyppi	Ilmoituksen teko	Ilmoituksen käsittely	Ilmoituksen pääsee näkemään
Asiakas-/potilas-turvallisuus-ilmoitus	Työntekijä (kuka tahansa, joka pääsee organisaation verkossa olevalle koneelle)	<p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Esimies tai esimiehen määrittelemä henkilö</p> <p>Ilmoituksen käsittelijä käsittelee ilmoituksen 30 vrk:n kuluessa.</p> <p>Jos terveydenhuollon laite- tai tarvike on aiheuttanut vaaratilanteen, ilmoituksen käsittelijä tarkistaa onko ilmoituksen tekijä tehnyt ilmoituksen Fimeaan ja tekee tarvittaessa ilmoituksen. Vakava laitteesta/tarvikkeesta johtuva vaaratapahtuma on ilmoitettava Fimeaan 10 vrk:n kuluessa, muut on ilmoitettava 30 vrk:n kuluessa.</p> <p>Ilmoitus voidaan edelleen lähettää Käsittelijä voi lähettää ilmoituksen toiselle käsittelijälle vaihtamalla tapahtumayksikköä. Edelleenlähetyksen yhteydessä käsittelijä kirjoittaa saateviestin. Käsittelijä voi siirtää ilmoituksen myös ylemmälle tasolle, jolloin ilmoitus ohjataan turvallisuusvastaavalle. Käsittelyprosessi etenee normaalin käsittelyprosessin mukaisesti. Asiakas- ja potilasturvallisuusvaaratapahtuman käsittelyprosessi</p>	<p>Järjestelmän rooli: Turvallisuusvastaava</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Ylemmät esimiehet: esim. päälliköt, tulosalue- ja toimialajohtajat</p> <p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely, rajoitettu</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Farmaseutit lääkehoitoon liittyvissä ilmoituksissa, sairaalainsinöörit ja ylifysikot laitteisiin liittyvissä, asiantuntija-sairaanhoitajalle painehaavoihin liittyvissä</p>
Asiakkaan/potilaan/omaisen vaaratilanne-ilmoitus	Potilas/asiakas/omainen/läheinen	<p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely</p> <p>Potilasturvallisuuskoordinaattori lukee ilmoituksen ja ohjaa sen asianomaiseen yksikköön tai tarvittaessa ylemmälle tasolle.</p> <p>Esimies/ylempi vastuuhenkilö ottaa yhteyttä yhteystietonsa jättäneeseen henkilöön 14 vrk:n kuluessa.</p> <p>Ilmoitus voidaan edelleen lähettää Käsittelijä voi lähettää ilmoituksen toiselle käsittelijälle vaihtamalla tapahtumayksikköä. Edelleenlähetyksen yhteydessä käsittelijä kirjoittaa saateviestin.</p>	Tapahtumayksikköön siirrettyjen osalta vastaavasti kuin henkilöstön tekemissä ilmoituksissa (katso yllä).

TYÖTURVALLISUUS			
Työturvallisuus-ilmoitus	Ilmoituksen teko	Ilmoituksen käsittely	Ilmoituksen pääsee näkemään
Läheltä piti/ uhkatilanne/ väkivalta/ työtapaturma- ilmoitus/ ammattitauti- epäilyilmoitus/ muu turvallisuus- havainto	Työntekijä Työntekijän ollessa estyneenä ilmoituk- sen tekee esimies	Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely/TT lomakkeiden käsittely Yhtymässä tällä roolilla: Esimies Jos terveydenhuollon laite- tai tarvike on aiheuttanut vaaratilanteen, ilmoituksen käsittelijä tarkistaa onko ilmoituksen tekijä tehnyt ilmoituksen Fimeaan ja tekee tarvittaessa ilmoituksen. Vakava laitteesta/tarvikkeesta johtuva vaaratapahtuma on ilmoitettava Fimeaan 10 vrk:n kuluessa, muut on ilmoitettava 30 vrk:n kuluessa. Ilmoitus voidaan edelleen lähettää Käsittelijä voi lähettää ilmoituksen toiselle käsittelijälle vaihtamalla ilmoittajanyksikköä. Uudelleenlähetyksen yhteydessä käsittelijä kirjoittaa saateviestin. Kun kyseessä on väkivalta-/työtapaturmailmoitus , josta on aiheutunut sairaanhoidon tarvetta, esimieskäsittelijä lähettää ilmoituksen vakuutusyhtiöön 10 päivän kuluessa. Ammattitautiepäilyilmoitukset esimies ohjaa tarvittaessa vakuutusyhtiöön. Esimies ilmoittaa vakavat työtapaturmat aluehallintovirastoon (järjestelmän ulkopuolella).	Järjestelmän rooli: TT Vastuuhenkilö Yhtymässä tällä roolilla: Ylemmät esimiehet: esim. päälliköt, tulosalue- ja toimialajohtajat Työhyvinvointipäällikkö, Työhyvinvointiasiantuntija Työsuojeluvaltuutettu näkee oman alueensa ilmoitukset Väkivalta- ja uhkatilanteet Järjestelmän rooli: TT Lomakkeiden käsittely, rajoitettu Yhtymässä tällä roolilla: Riskienhallinta- ja turvallisuuspäällikkö, turvallisuuskoordinaattorit

MUU TURVALLISUUS			
Ilmoitustyyppi	Ilmoituksen teko	Ilmoituksen käsittely	Ilmoituksen pääsee näkemään
Työympäristö ilmoitus	Työntekijä	<p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely/TY lomakkeiden käsittely</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Esimies, joka käsittelee, asiantuntijakäsittelijä osallistuu tarvittaessa</p> <p>Sisäilma: rajoitettu (tarkista tämä)</p> <p>Ilmoitus voidaan edelleen lähettää ylemmälle esimiehelle käsittelyä varten</p>	<p>Sisäilmaongelmiin liittyvät ilmoitukset Työsuojeluvaltuutetut, työhyvinvointipäällikkö, työhyvinvointiasiantuntija</p>
Tietoturvailmoitus	Työntekijä	<p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely/TI lomakkeiden käsittely</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Esimies, joka käsittelee, asiantuntijakäsittelijä osallistuu tarvittaessa</p> <p>Ilmoitus voidaan edelleen lähettää ylemmälle esimiehelle käsittelyä varten</p>	

QPRO PALVELUPALAUTE			
Palautteen anto	Palautteen käsittely	Palautteen pääsee näkemään	Raportointioikeudet
<p>Web-lomakkeella tai paperilomakkeella: Asiakas/omainen/läheinen/muu</p> <p>Paperilomakkeella tulleen palautteen syöttö henkilökunnan käyttöön tarkoitetulla syöttölomakkeella QPro-järjestelmässä</p> <p>Järjestelmän rooli: QPro Palautteiden tallennus</p>	<p>Järjestelmän rooli: Lomakkeiden käsittely/ QPro Palautteiden käsittely ja seuranta</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Esimies</p> <p>Mikäli palautteen antaja on toivonut yhteydenottoa, ollaan häneen yhteydessä 7 vrk:n sisällä. Palautteen pohjalta sovitut toimenpiteet kirjataan QPro-järjestelmään 2 kk:n sisällä palautteen antamisesta.</p> <p>Palaute voidaan edelleen lähettää Käsittelijä voi siirtää palautteen ylemmälle tasolle, jolloin palaute ohjataan turvallisuusvastaavalle käsiteltäväksi.</p>	<p>Järjestelmän rooli: Turvallisuusvastaava</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla: Ylemmät esimiehet: esim. päälliköt, tulosalue- ja toimialajohtajat</p>	<p>Järjestelmän rooli: Raporttien seuranta/ QPro Palauteraporttien seuranta</p> <p>Yhtymässä tällä roolilla:</p>