



Asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattorit ympärivuorokautisissa ja kotiin vietävissä sekä kehitysvammahuollon palveluissa vuonna 2020 – valtakunnallinen kartoitus

Huolimatta terveydenhuollon kustannus- ja vaikuttavuusmittareiden kansallisesta kehitystyöstä, Suomessa on niukasti vertailukelpoista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakas- ja potilasturvallisuudesta. Vuonna 2020 alkaneen valtioneuvoston kanslian selvitys- ja tutkimushankkeen ”Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallinen tilannekuva ja seurantamenettelyt” yhtenä tavoitteena oli selvittää asiakas- ja potilasturvallisuuden mittaamista ja menettelyjä Suomessa. Tässä artikkelissa raportoidaan kyselytutkimuksen havainnot sosiaali- ja kehitysvammaishuollon käyttämistä indikaattoreista.

Asiantuntijatyönä selvitettiin kansainvälisiä ja Suomessa käytössä olevia mittareita ja menettelyjä, joita tunnistettiin kaikkiaan noin 200. Joukossa oli 79 RAI-järjestelmän mittaria. Indikaattorit koottiin Webropol-kyselyyn. Sosiaalihuollon kysely kohdennettiin ympärivuorokautisiin laitos- ja asumispalveluihin, kotiin vietäviin palveluihin sekä kehitysvammahuoltoon. Kysely lähetettiin 170 sosiaalipalvelujen organisaatiolle, joista 87 (51%) vastasi.

Vastanneissa organisaatioissa oli käytössä keskimäärin 56 asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoria 94:stä; eniten maakunnallisilla hyvinvointikuntayhtymillä (69 kpl), yliopistosairaala-kaupungeilla (64 kpl) ja keskussairaala-kaupungeilla (61 kpl). Yleisimmin seurattut indikaattorit koskivat johtamista ja organisaatiota, vaaratapahtumien raportointia sekä asiakaspalautteita ja reklamaatioita, mutta seurattujen indikaattorien määrässä oli suurta vaihtelua organisaatioiden välillä. Lisäksi RAI-järjestelmän mittareita käytti noin puolet vastaajista laitoshoidossa ja asumispalveluissa sekä kotiin vietävissä palveluissa.

Asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoreita oli käytössä kyselyyn vastanneissa sosiaalipalveluissa kohtalaisesti, omavalvontaohjeiden viitoittamana, mutta seuranta vaikutti epäyhtenäiseltä ja pääasiassa reaktiiviselta. Jatkotutkimusta tarvitaan siitä, kuinka järjestelmällisesti, avoimesti ja terveydenhuollon toimintaan integroituneena indikaattoreita käytetään, sekä siitä, mikä yhteys seurattavien indikaattorien määrällä on asiakasturvallisuuden tasoon.

ASIASANAT: asiakasturvallisuus, potilasturvallisuus, kotiin vietävät palvelut, indikaattorit, seuranta

HELI VAARTIO-RAJALIN, AUVO RAUHALA, TUIJA IKONEN

YDINASIAT

- Sosiaalipalvelujen asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoreista sekä niiden käytöstä Suomessa on niukasti tutkimustietoa
- Vaihtelu indikaattoreiden käytössä organisaatioiden välillä sekä indikaattoriryhmien sisällä oli suurta, ja osassa organisaatioita oli puutteita asiakasturvallisuuden seurannassa
- Indikaattoreiden käyttäminen osana laadun seurantaa oli epäyhtenäistä
- Käytössä olevien indikaattorien määrän ja asiakasturvallisuuden tason välisiä yhteyksiä tulisi tutkia

JOHDANTO

Asiakas- ja potilasturvallisuuden kokonaisvaltainen hallinta edellyttää palveluntuottajilta turvallisuusnäkökulman sisällyttämistä osaksi organisaatioiden johtamista, riskienhallintaa, palveluprosesseja ja toimintatapoja sekä laadun ja turvallisuuden seurantaa. Kansallisessa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa vuosille 2017–2021 asiakasturvallisuusriskien arvioinnin tulisi olla säännöllistä ja ennakoivaa, ja raportoinnin läpinäkyvää. (1.) Organisaation turvallisuuskulttuurin näkyvyyden tiedetään ennakoivan usein parempaa asiakas- ja potilasturvallisuutta (2–3).

Sosiaalityössä asiakasturvallisuudella tarkoitetaan palveluiden järjestämistä, tuottamista ja toteuttamista siten, etteivät asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus vaarannu. Asiakasturvallisuuden lähtökohtana on edistää asiakkaan oikeutta saada laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua. (4.) Suomessa sosiaalipalveluja voivat järjestää kunnat, kuntayhtymät tai maakunnat, jotka puolestaan voivat ostaa palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluina ja palvelusetelipalveluina (5). Organisaatiomallista riippumatta kaikkien palvelutarjoajien ja ali-hankkijoiden on valvottava asiakasturvallisuutta.

Mitä useammasta lähteestä organisaatio turvallisuutta tarkastelee ja seuraa, sitä enemmän se oppii ja sitä paremmin se voi turvallisuusriskejä ennakoida ja ehkäistä (6). Sosiaalihuollon toimintaa ohjaavat ja valvovat Valvira, aluehallintovirastot (AVI) omilla alueillaan sekä kunnat ja kuntayhtymät (5). Sosiaalihuoltolaki (7) edellyttää toimintayksikön tai muun toiminta-

kokonaisuudesta vastaavan tahon laativan oma-valvontasuunnitelman sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi; sekä suunnitelman toteutumisen säännöllistä seurantaa.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden valvonnassa ja seurannassa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita ja seurantamenettelyjä (indikaattorit), mutta Suomessa käytettävistä indikaattoreista ja niiden käytön kattavuudesta ja yhdenmukaisuudesta ei ole tutkimustietoa toisin kuin eräissä muissa länsimaissa (8–10). Tämän seurauksena Suomessa ei ole myöskään käytettävissä luotettavaa vertailutietoa eri organisaatioiden turvallisuuden tasosta.

Vaikka Suomessa on useita tietovarantoja ja rekisterejä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta, kootun tiedon hyödyntäminen on vähäistä. Sairaaloiden toiminnan tunnuslukuja ja tuotavuutta on seurattu ja vertailtu jo yli 20 vuoden ajan, ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA-mittaristo) palvelujärjestelmän arviointiin valmistui keväällä 2019 (11–12). Pääasiassa erikoissairaanhoidon tarpeisiin on luotu toistasataa klinistä laaturäkisteriä, joista Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on pilotoinut muutamia, ja osa niistä on valikoitumassa kansalliseksi laaturekistereiksi (13). Potilasturvallisuudesta kansallisesti seurattuja mittareita on ollut vähän ja ne ovat painottuneet infektioiden torjuntaan.

Asiakasturvallisuudesta mittaritietoa on saatu lähinnä RAI-järjestelmän (Resident Assessment Instrument) kautta. Iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdalla avautuu mahdollisuus systemaattiseen vertailukelpoisen tiedon kokoamiseen, kun laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) velvoittaa kunnat käyttämään iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023. (14.) Etenkin ikääntyneiden ja muiden alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi kotiin vietäviä sosiaalihuollon alaisia palveluja käyttävien ihmisten arjessa kohtaavat sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palvelujen tarpeet. RAI-mittareiden lisäksi tarvitaan koko palvelujärjestelmän ja prosessien turvallisuutta kuvaavia indikaattoreita sekä perinteisiä potilasturvallisuuden mittareita.

TUTKIMUKSEN TAVOITE

Vaasan sairaanhoitopiirin johtama hankeconsortio käynnisti potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallista tilannekuvaa ja seurantamenettelyjä selvittävän TEAS-hankkeen vuona 2020 (15). Tällä Valtioneuvoston kanslian koordinoimalla selvitysjä tutkimustoiminnan hankerahoituksella on tavoitteena kehittää ja pilotoida potilas- ja asiakasturvallisuuden kokonaisvaltaisen seurannan malli ja laatia ehdotus mittaamisen ja arvioinnin minimistandardeista Suomeen. Tarkoituksena on luoda edellytykset arvioida ja seurata potilas- ja asiakasturvallisuuden tasoa Suomessa.

Hankkeessa kartoitettiin valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen käytössä olevia asiakas- ja potilasturvallisuuden mittareita ja seurantamenettelyjä. Sosiaalipalveluja koskeva tiedonkeruu rajattiin koskemaan sosiaalihuollon laitospalveluja ja ympärivuorokautisia asumispalveluja, kotiin vietäviä palveluita ja kehitysvammanhuoltoa.

Tämän sosiaalipalveluja koskevan tutkimuksen tavoitteena oli analysoida hankkeen kyselytutkimuksella saatujen sosiaali- ja kehitysvammanhuollon palveluja antavien organisaatioiden vastausten perusteella asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoreiden yleisyyttä sekä indikaattoreiden käyttöä ryhmittäin ja eriteltyinä toimintayksikön omistusmuodon, sijainnin ja toimintasektorin mukaisesti. Lisäksi tavoitteena oli selvittää RAI-järjestelmän mittareiden käytön laajuutta toimintasektoreittain eriteltyinä erityisvastuualueen ja keskuskunnan tyyppin sekä toimintayksikön omistusmuodon mukaisesti.

EETTINEN ARVIO

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimuksessa ei kerätty henkilötietoja. Osallistumalla kyselyyn vastaaja antoi suostumuksen vastausten käyttämiseen tutkimusaineistossa. Kyselyn saatteessa oli maininta vastausten käsittelystä ja raportoinnista siten, että yksittäisen vastaajan antamia tietoja tai organisaatiota ei ole tunnistettavissa. Tutkimusaineistoa käsitellään ja säilytetään tietosuojatusti.

Webropol-kysely lähetettiin Suomessa toimiville julkisia ja valtakunnan laajuisesti yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottaville toimintayksiköille joko tunnistamalla internet-sivujen kautta laadun ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt tai jos vastuuhenkilön tietoja ei löydetty, organisaation kirjaamoon.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Webropol-kysely lähetettiin sähköpostitse toukokuussa 2020 noin 280 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolle. Kysely osoitettiin kuntien perusturvajohtajille tai kirjaamoon, joissakin organisaatioissa johtajalle, laatujohtajalle tai muulle potilas- tai asiakasturvallisuudesta vastaavalle henkilölle. Näistä organisaatioista yhteensä 170 edusti sosiaalipalveluja tai sote-palveluja, joissa myös sosiaalipalvelut olivat edustettuina. Kyselyn kohteena oli 125 kuntaa, 8 maakunnallista hyvinvointikuntayhtymää (hyky), 30 muuta kuntayhtymää ja 7 yksityistä valtakunnallista tai julkisen ja yksityisen toimijan yhteistä yritystä. Kyselyn vastaanottajat saattoivat myös lähettää sitä edelleen, esimerkiksi omalle kunnalle palveluja tuottavalle yksityiselle toimijalle.

Kysymyksillä pyrittiin kattamaan kaikki tunnistettavissa olevat indikaattorit, ja niiden laadinnassa käytettiin apuna kansallisia tietolähteitä asiakas- ja potilasturvallisuuden mittareista ja menettelyistä (12, 14, 16) sekä haastateltiin asiantuntijoita.

Kysely koostui kaikkiaan 118 indikaattorista. Vastaajan valittua toimintasektorikseen sosiaalipalvelut kyselystä poistui vain terveydenhuoltoon liittyviä kysymyksiä ja jäljelle jäi 94 sosiaalipalveluihin soveltuvaa asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoria. Tämän artikkelin aineiston analysointia varten nämä indikaattorit jaoteltiin johtamiseen, prosesseihin ja toimintaan, osaamiseen ja eettisyyteen, asiakaspalautteeseen ja reklamaatioihin, lääkitysturvallisuuteen, infektioiden torjuntaan tai vaaratapahtumien raportointiin kohdistuviksi indikaattoriryhmiksi. Lisäksi kysyttiin RAI-järjestelmän asiakasturvallisuuteen liittyvien vertailumittareiden käyttöä asumispalveluissa/laitoshoidossa (18 kysymystä), kotiin vietävissä (39 kysymystä) ja kehitysvammaisten palveluissa (22 kysymystä) (Liitetaulukko). Vastausvaihtoehtoja oli neljä: Kyllä, Osittain, Ei, Ei kuulu meille. Kysymykseen oli mahdollista jättää myös vastaamatta.

Tulokset raportoidaan erikseen yleisten asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoreiden, joista käytetään tästä eteenpäin tulososassa lyhyempää nimitystä asiakasturvallisuusindikaattorit, ja RAI-mittareiden käytöstä.

Taustamuuttujista omistusmuoto ja palvelujen tuottamistapa ryhmiteltiin vastaajien valitseman vaihtoehdon perusteella. Analyysejä varten

tutkijat ryhmittelivät vastaajat lisäksi vielä erityisvastuualueen, keskuskunnan tyyppin ja maakunnallisen integraation mukaan. (Taulukko 1). Koska erityisvastuualuetta käytettiin kyselyssä jakoperusteena terveydenhuollolle, se toimi aluejakona myös sosiaalipalveluille. Keskuskunnan luokkina olivat (1) yliopistosairaalakaupunki, joihin laskettiin kuuluvaksi myös Espoo ja Vantaa, (2) keskussairaalakaupunki, (3) muu kunta. Kunnalliset organisaatiot jaettiin ryhmiin dikotomisesti sen mukaan, olivatko ne maakunnallisia hyvinvointikuntayhtymiä ja kaikki organisaatiot ryhmiteltiin dikotomisesti myös kehitysvammahuoltoa koskien. Kahta yksityistä palvelutuottajaa ei luokiteltu erityisvastuualueen tai keskuskunnan mukaan.

Aineisto poimittiin Webropol-ohjelmasta Excel-muotoisena. Se muokattiin ja analysoitiin Excel- ja SPSS (versio 25) -ohjelmilla. Indikaattorien määrät ilmoitetaan keskiarvoina ja tärkeimmistä esitetään myös minimi ja maksimi. Määrät esitetään sekä lukumäärinä että prosentteina. Prosentit on laskettu käyttäen nimittäjänä (sen osa-alueen) kyselyjen indikaattorien kokonaismäärää. Kahden ryhmän välisissä lukumäärien vertailuissa käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä

ja useamman ryhmän vertailuissa Kruskal-Wal-lisin testiä. Merkitsevyytestaukset tehtiin kaksisuuntaisin analyysien ja P-arvoa 0,05 pidettiin tilastollisen merkittävyyden rajana. Osa aineiston luvuista oli liian pieniä tilastollisiin päättelyihin.

TULOKSET

Vastanneet organisaatiot

Kyselyyn vastasi yhteensä 87 sosiaalipalveluja tarjoavaa organisaatiota 170:stä (vastausprosentti 51%). Kunnista vastasi 64/125 (51%), maakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointikuntayhtymistä 6/8 (75%), muista kuntayhtymistä 13/30 (43%) ja yksityisistä sekä julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteisistä yrityksistä 4/7 (57%). Yksityisen puolen valtakunnan laajuiset toimijat olivat kuitenkin kohtuullisen hyvin edustettuina. Kunnalliset toimijat jakautuivat tasaisesti viidelle eri erityisvastuualueelle. Vastanneista organisaatioista 9% sijoittui yliopistosairaalan sijaintikuntaan ja 7% edusti maakunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointikuntayhtymiä. Kehitysvammahuollon edustajia oli viisi (6%). (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajaorganisaatioiden (N = 87) luokittelu omistumuodon, erityisvastuualueen, keskuskunnan, maakunnallisen integraation ja palvelujen tuottamistavan mukaan.

<i>Taustamuuttujien luokittelu</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Ei luokiteltu</i>
Omistusmuoto				
	Julkinen (kunnallinen)	83	95	
	Yksityinen ostopalvelutoimittaja tai julkisen ja yksityisen sektorin yhteisyrittäjä	4	5	
Erityisvastuualue				3
	HYKS	15	17	
	TYKS	20	23	
	TAYS	18	21	
	KYS	14	16	
	OYS	17	20	
Keskuskunta				2
	Yliopistosairaalakaupunki	8	9	
	Keskussairaalakaupunki	13	15	
	Muu kaupunki/kunta	64	74	
Maakunnallinen integraatio				4
	Maakunnallinen hyvinvointikuntayhtymä	6	7	
	Muu kunnallinen organisaatio	77	93	
Kunnallisten palvelujen tuottamistapa				4
	Julkisesti	48	58	
	Yksityisinä ostopalveluina	1	1	
	Sekä julkisesti että yksityisesti	34	41	

Asiakasturvallisuusindikaattoreiden käyttö Suomessa

Kaikista 94 asiakasturvallisuusindikaattorista sosiaalipalveluja antavissa organisaatioissa keskimäärin vastattiin käytössä olevan 41 kpl (43%) ja osittain käytössä 15 kpl (16%), eli keskimäärin käytössä oli täysin tai osittain noin 56 (60%) indikaattoria organisaatiota kohti. Suhteellisesti eniten ainakin osittain käytössä oli kysytyistä indikaattoriryhmistä johtamiseen ja organisaatioon (82%), vaaratapahtumien raportointiin (79%), asiakaspalautteeseen ja reklamaatioihin (75%), osaamiseen ja eettisyyteen (70%) ja lääkitysturvallisuuteen (59%) liittyviä indikaattoreita.

Toiminnan mittareita ja menetelmiä käytettiin vastanneissa organisaatioissa ainakin osittain keskimäärin vain kolmasosaa kysytyistä indikaattoreista. Infektioiden torjunnan indikaattoreita yli puolet katsottiin sellaisiksi, että ne eivät koske vastaaja-organisaatiota ja vain vajaa neljäsos kysytyistä infektioiden torjunnan indikaattoreista oli edes osittaisessa käytössä. Hajonta käytettyjen indikaattorien määrässä oli huomattavaa, sekä kokonaismäärässä että osa-alueittain. Esimerkiksi infektioturvallisuuden indikaattorien määrä vaihteli välillä 0–15 ja lääkitysturvallisuuden indikaattorien määrä välillä 0–9. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Asiakasturvallisuutta kuvaavien indikaattorien käyttöä sosiaalipalvelujen organisaatioissa (N=87) koskevien vastausten jakaantuminen

Indikaattori-ryhmä	Kysytyjen indikaattorien kokonaislukumäärä	Eri vastausvaihtoehtojen keskimääräiset jakaumat, N (%)					Kyllä tai osittain käytössä, N (%)		
		Kyllä	Osittain	Ei	Ei kuulu meille	Tyhjä	Keskim.	Min.	Maks.
Kaikki indikaattorit	173	62 (36)	20 (12)	25 (15)	18 (11)	47 (27)	82 (47)	26 (15)	147 (85)
Kaikki paitsi RAI-indikaattorit	94	41 (43)	15 (16)	19 (20)	18 (19)	1 (1)	56 (60)	25 (27)	90 (96)
Johtaminen ja organisaatio	21	13 (62)	4 (21)	3 (15)	1 (3)	0 (0)	17 (82)	6 (29)	21 (100)
Prosessit ja resurssit	13	5 (38)	3 (20)	4 (27)	2 (15)	0 (0)	7 (58)	2 (15)	12 (92)
Toiminnan mittareita ja menetelmiä	10	2 (16)	2 (16)	2 (25)	4 (43)	0 (0)	3 (32)	0 (0)	9 (90)
Vaaratapahtumien raportointi	7	4 (61)	1 (18)	1 (16)	0 (4)	0 (0)	6 (79)	2 (29)	7 (100)
Infektioiden torjunta	15	2 (16)	1 (7)	3 (17)	8 (56)	1 (4)	3 (23)	0 (0)	15 (100)
Lääkitysturvallisuus	9	4 (47)	1 (12)	2 (24)	1 (16)	0 (2)	5 (59)	0 (0)	9 (100)
Osaaminen ja eettisyys	11	5 (48)	2 (22)	3 (25)	1 (5)	0 (0)	8 (70)	2 (18)	11 (100)
Asiakas/potilas-palautteet, reklamaatiot	8	5 (60)	1 (16)	1 (18)	0 (6)	0 (0)	6 (75)	1 (13)	8 (100)
RAI / Asumispalvelut / laitoshoido	18	7 (37)	1 (6)	1 (6)	0 (1)	9 (50)	8 (43)	0 (0)	18 (100)
RAI / Kotiin vietävät palvelut	39	13 (36)	2 (6)	3 (9)	0 (0)	20 (50)	16 (40)	0 (0)	39 (100)
RAI / Kehitysvammaisten palvelut	22	1 (6)	1 (5)	2 (7)	0 (1)	18 (80)	3 (12)	0 (0)	22 (100)

Alaviite: Indikaattoriryhmien sisältö: kts. Liitetaulukko. Prosentit on laskettu suhteessa kaikkiin kyseisen osa-alueen indikaattoreihin.

Taulukko 3. Kymmenen yleisimmin käytettyä asiakasturvallisuuden indikaattoria vastanneissa organisaatioissa (N=87)

	Käytössä (Kyllä tai osittain)	
Indikaattorin nimi	N	%
Tarkistetaanko organisaation/yksikön omavalvontasuunnitelma vähintään vuosittain?	87	100 %
Onko organisaatiossanne käytössä ajantasainen valmiussuunnitelma?	86	99 %
Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta, esim. saamansa raportoinnin välityksellä	86	99 %
Onko organisaatiossanne käytössä menetyt vaaratapahtumien raportointiin (esim. HaiPro)?	86	99 %
Raportoidaanko vaaratapahtumailmoituksista läheltä piti-tilanteiden osuus?	86	99 %
Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista työntekijöille?	85	98 %
Onko käytössä yksikkö-/osastokohtainen, moniammatillisesti ja toimintayksikön tarpeisiin ja käytäntöihin räätälöity lääkehoitosuunnitelma?	85	98 %
Onko lääkehoidon lupakäytäntöjä koskeva menettely kuvattu ja seurataanko sen toteutumista?	85	98 %
Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtävien hoidon turvallisuutta parantavien toimien määrää ja laatua?	84	97 %
Seuraavatko esimiehet/johto jatkuvasti vakavien vaaratapahtumien ilmaantumista ja käsittelevät ne säännöllisesti?	84	97 %

Asiakasturvallisuusindikaattoreista vastattiin myöntävästi useimmin omavalvontaa, vaaratapahtumia ja lääkitysturvallisuutta koskeviin yksittäisiin seurantamenettelyihin tai mittareihin. Kymmenen yleisimmin käytössä ollutta indikaattoria on lueteltu taulukossa 3.

Asiakasturvallisuusindikaattoreiden käytön yleisyyden vertailu organisaatioiden kesken

Kun vertailtiin organisaatioita omistumuodon perusteella, julkiset organisaatiot käyttivät indikaattoreita samoissa määrin (56 kpl, vaihteluväli 25–90) kuin muut organisaatiot (61 kpl, vaihteluväli 56–68), kun kyllä- ja osittain-vastaukset laskettiin yhteen. Muihin organisaatioihin (n=4) kuuluivat yksityiset sekä yksityisen ja julkisen puolen yhteisomistuksessa olevat palvelujen tuottajat. Suurimmat erot muiden hyväksi olivat indikaattoriryhmissä asiakaspalautte ja reklamaatiot (84% vs. 59%) sekä johtaminen ja organisaatio (71% vs. 61%). Julkisten palvelutuottajien hyväksi oli vuorostaan eroja vaaratapahtumien ra-

portoinnin ja lääkitysturvallisuuden indikaattori-ryhmissä.

Yliopistosairaala-kaupungeissa sijaitsevat sosiaalipalveluja tuottavat organisaatiot ilmoittivat käyttävänsä ainakin osittain keskimäärin 64 indikaattoria (vaihteluväli 43–90), keskussairaala-kaupungeissa sijaitsevat keskimäärin 61 indikaattoria (vaihteluväli 42–83), ja muualla keskimäärin 54 indikaattoria (vaihteluväli 25–85). Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevän rajamailla (P=0,052). Erityisvastuualueiden välillä ei löydetty tilastollisesti merkitseviä eroja (P=0,440).

Maakunnalliset hyvinvointikuntayhtymät vastasivat käytössään olevan keskimäärin 69 indikaattoria (vaihteluväli 57–83), kun muilla kunnallisilla organisaatioilla oli 55 indikaattoria (vaihteluväli 25–90). Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero (P=0,015). Kehitysvammahuollossa ilmoitettiin olevan keskimäärin 49 indikaattoria (vaihteluväli 35–61).

Vaihtelu indikaattoreiden määrässä eri organisaatioiden välillä oli huomattavan suurta, esimerkiksi yleisten asiakasturvallisuusindikaattoreiden kohdalla ääripäiden erot olivat lähes nelinkertaiset.

RAI-järjestelmän asiakasturvallisuutta kuvaavien mittareiden käyttö

RAI-järjestelmän mittarit oli luokiteltu kolmeen ryhmään toiminnan kohteen ja ympäristön mukaisesti aiemmin esitettyllä tavalla. Vastanneista organisaatioista RAI-järjestelmää ilmoitti käyttävänsä ainakin osittain asumispalveluissa tai laitoshoidossa 57%, kotiin vietävissä palveluissa 59% ja kehitysvammaisten palveluissa 15%. Kun katsotaan RAI-järjestelmän yksittäisten mittareiden keskimääräistä ilmoitettua käyttöä, osuudet olivat matalampia (Taulukko 2), eli järjestelmää jollakin toimintasektorilla käyttävät organisaatiot seurasivat käytännössä keskimäärin vain noin puolesta kahteen kolmanneksen kyseisen sektorin yksittäisistä asiakasturvallisuuteen liittyvistä RAI-mittareista.

RAI-järjestelmän käytön laajuutta eri tyyppisten organisaatioiden asumispalveluissa/laitoshoidossa sekä kotiin vietävissä palveluissa on esitetty taulukossa 4. Kummassakin toimintaympäristössä järjestelmää käytti täysin tai osittain vastaajista hieman yli puolet. Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueen sosiaalipalveluja tuottavissa organisaatioissa ilmoitti RAI-järjestelmää käyttävänsä asumispalveluissa/laitoshoidossa sekä kotiin vietävissä palveluissa vain 2/14 organisaatiota (14%), kun muilla neljällä erityisvastuualueella järjestelmän näitä osa-alueita käytti noin kaksi kolmannesta organisaatioista (56–79%). Maakunnalliset hyvinvointikuntayhtymät eivät RAI-järjestelmän käytön määrässä eronneet muista kunnallisista organisaatioista. Yksityisillä ja yhteisyrityksillä (n=4) järjestelmää käyttäneiden osuus oli hieman korkeampi. Yliopistosairaalapaikkakunnilla RAI-järjestelmän käyttö oli yleisempää kuin muilla paikkakunnilla. Lukumäärät olivat kuitenkin monissa vertailuissa joissakin ryhmissä niin pieniä, että tilastollisia analyysejä ei suoritettu.

Taulukko 4 RAI-järjestelmän käytön laajuus eri tyyppisten organisaatioiden asumispalveluissa/laitoshoidossa sekä kotiin vietävissä palveluissa. Mukana ”kyllä” ja ”osittain”-vastaukset

Muuttuja	Luokka	Asumispalvelut/laitoshoito			Kotiin vietävät palvelut		
		Käyttää	Yhteensä	%	Käyttää	Yhteensä	%
Kaikki		43	76	57 %	45	87	52 %
Erityisvastuualue							
	Hyks	8	12	67 %	8	12	67 %
	Tyks	9	16	56 %	10	16	63 %
	Tays	11	14	79 %	11	15	73 %
	Kys	2	14	14 %	2	14	14 %
	Oys	10	14	71 %	11	14	79 %
Maakunnallinen hyvinvointikuntayhtymä							
	Kyllä	3	5	60 %	3	5	60 %
	Ei	37	66	56 %	39	66	59 %
Omistusmuoto							
	Julkinen	40	72	56 %	42	72	59 %
	Yksityinen tai yhteisomistus	3	4	75 %	3	4	75 %
Keskuskunta							
	Yliopistosairaala-kaupunki	5	6	83 %	5	6	83 %
	Keskussairaala-kaupunki	6	11	55 %	6	11	55 %
	Muu kunta	30	57	53 %	33	57	58 %
Käyttää: Käyttöä koskevaan kysymykseen annettu ”Kyllä” tai ”Osittain”-vastaus							

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kartoituskyselyn mukaan suomalaisissa sosiaalipalveluja tarjoavissa organisaatioissa oli käytössä vuonna 2020 keskimäärin 56 yleistä asiakasturvallisuutta kuvaavaa indikaattoria, eli runsaat puolet kysytyistä indikaattoreista. Keskiarvojen erot eri tyyppisissä organisaatioissa olivat melko vähäisiä, mutta palveluntuottajien käyttämien mittareiden määrässä oli havaittavissa eroja yliopistosairaalakaupunkien sekä maakunnallisten hyvinvointikuntayhtymien hyväksi verrattuna muihin kunnallisiin toimijoihin. Lisäksi RAI-järjestelmän asiakasturvallisuutta kuvaavia mittareita käytettiin melko laajasti, mutta epäyhtenäisesti.

Tulosten perusteella on oletettavissa, että yliopistokaupungeissa tai hyvinvointikuntayhtymissä sosiaalipalveluiden tuottajilla ja alueen terveydenhuollon palvelujen tuottajilla on yhtenäisiä toimintatapoja, esimerkiksi yhteisten prosessien tai laadunseurannan menettelyjen seurauksena. Tämä saattaa viitata tiiviimpään strategiseen yhteistyöhön sosiaali- ja terveyssektoreiden välillä kuin näitä palveluja erillään tuottavien sairaanhoidopiirien ja kuntien välillä. Valtioneuvoston asetus (337/2011) terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämismuutoksesta edellyttää alueellista yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa. Tällaisia alueellisen yhteistyön muotoja ovat muun muassa yhtenäiset käytännöt, alueelliset hoitoketjut ja kehittämis-työ (17). Tulokset antavat olettaa, että kooltaan suurempi toimintayksikkö tai hyvinvointikuntayhtymä rakenteena edesauttaa yhteistyön toteutusta asiakasturvallisuuden varmistamisessa.

Vaikka keskimääräisessä käytössä eroavuudet ryhmien välillä olivatkin pienehköjä, niin hajonta asiakas- ja potilasturvallisuusindikaattoreiden kokonaismäärässä oli saman tyyppisissäkin organisaatioissa huomattavan ja huolestuttavan laajaa, jopa lähes nelinkertaista. Etenkin lääkitys- ja infektioturvallisuuden indikaattoriryhmissä vaihtelu oli suurta, esimerkiksi infektioiden torjunnassa 0-15 indikaattoria. Kokonaistilannetta voidaan yleisesti pitää asiakasturvallisuuden seurannan kannalta kohtuullisena, mutta osalla organisaatioista oli kyselyn vastausten perusteella merkittäviä puutteita asiakasturvallisuuden ennakoinnissa ja seurannassa, vaikka lainsäädäntö, omavalvontaohjeet ja voimassa oleva potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia niin velvoittavat (1, 7). Kuten myös Valtiontalouden tarkastusviras-

ton tuoreessa tarkastuskertomuksessa *Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus- ja seuranta* toteetaan, palveluita järjestävät ja tuottavat organisaatiot toteuttavat pääsääntöisesti lakisääteiset suunnitteluvollisuutensa, mutta potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannan toteutustavoissa ja raportoinnissa on vaihtelua, mikä johtuu puutteellisesta tai epäselvästä ohjauksesta (21).

Koska vastauksia saatiin vain noin puolelta sosiaalipalveluja antavista organisaatioista, emme voi poissulkea valikoitumisharhan vaikutusta – vastanneet organisaatiot saattavat olla keskimääräistä aktiivisempia asiakasturvallisuustyössä. Toisaalta indikaattoreiden muita laajempi käyttö yliopistosairaalapaikkakuntien ja hyvinvointikuntayhtymien sosiaalipalveluissa oli osaltaan odotettua, koska niihin on keskitetty eriytyntä, monipuolista seuranta edellyttävää toimintaa, ja myös kehittämisen ja tiedolla johtamisen resursointi saattaa olla keskittynyt suuriin yksiköihin. Pienissä kunnissa mahdollisuudet suunnata voimavaroja asiakasturvallisuuden seurantaan ja kehittämiseen ovat usein vähäisemmät (17). On myös pidettävä mielessä tuloksia arvioitaessa, että seurantaindikaattoreiden puuttuminen ei välttämättä ole osoitus toiminnan laadun tai turvallisuuden puutteista, ainoastaan merkki siitä, että systemaattisia menettelyjä, niiden seuranta ja raportointia ei ole käytössä.

Tässä aineistossa johtamiseen ja organisaatioon liittyvien indikaattorien käyttäminen oli yleisintä ja vaaratapahtumien raportointiin, asiakaspalautteisiin ja reklamaatioihin, osaamiseen ja eettisyyteen sekä lääkitysturvallisuuteen liittyvät indikaattorit olivat myös yleisesti käytettyjä. Tämä saattaa johtua siitä, että Sosiaalihuoltolain omavalvontaohjeet keskittyvät juuri niihin turvallisuuden osa-alueisiin (7). Toiminnan ja prosessien mittareita ja menetelmiä kuvaavia sekä infektioiden torjuntaan liittyviä indikaattoreita käytettiin vähiten. Nämä tulokset kertovat osaltaan siitä, että asiakasturvallisuuden seuranta on pääosin tuloskeskeistä ja reaktiivista, kun sen tulisi olla myös ennaltaehkäisevää eli palveluprosessien aikaista ja proaktiivista (1, 6). Toisaalta emme kyselyssä tiedustelleet indikaattorien seuranta-ihyettä, mikä saattaa vaihdella suuresti.

Kysytyistä infektioiden torjunnan indikaattoreista oli edes osittain käytössä keskimäärin vain 23 prosentissa, vaikka infektiot ovat toistuva ongelma laitos- ja pitkäaikaishoidossa. Vaikka

yksittäiset infektioiden torjunnan indikaattorit saattoivatkin liittyä vain erikoissairaanhoidon, on silti huomionarvoista, että yli puoleen kysytyistä infektioturvallisuuden indikaattoreista vastattiin, että kysymys ei koske heidän organisaatiotaan. Tartuntatautilaki (17 §) velvoittaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintayksiköitä torjumaan suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita, ja yhtenä tärkeänä torjuntatyön keinona on juuri seurantatieto oman organisaation toiminnan arviointia varten. Infektioiden esiintyminen riippuu laitostyyppistä. (18.)

Asumispalveluissa ja ikääntyneiden kotihoidossa infektiot muodostavat merkittävän riskin asiakkaan hyvinvoinnille. Virtsatietulehdukset, painehaavat komplikaatioineen ja tartuntatautiin aiheuttamat epidemiat tai multiresistentit bakteerikannat vaarantavat terveydentilaa ja aiheuttavat kustannuksia sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle. Suomessa ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä ei toistaiseksi seurata hoitoon liittyviä infektioita rutiinisti, vaikka seurannan tavoitteet ja peruserätyöt pitkäaikaishoitolaitoksissa ovat Tartuntatautilain mukaan samat kuin akuuttisairaaloissa. Syksyllä 2017 Suomessa kartoitettiin ensimmäisen kerran (18) laajasti pitkäaikaishoitolaitosten hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyttä ja infektioiden torjunnan rakenne- ja prosessi-indikaattoreita osana Euroopan tautikeskuksen (ECDC) koordinoimaa HALT-3 (Healthcare-associated infections in long-term care facilities) -prevalenssitutkimusta. Tutkimusaineiston muodostivat 175 ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon toimintayksikköä (n=6762 asukasta) 19 sairaanhoitopiirin alueelta. Tutkimushetkellä hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys eli prevalenssi oli 3,5% (vaihteluväli toimintayksiköittäin 0–17,1%). Myös kotihoitoon liittyvien infektioiden esiintymisestä on Suomesta vähän tutkimustietoa. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa infektioiden esiintyvyys oli kotihoidossa, saattohoidossa ja vanhainkodeissa samanlainen. Noin 12 prosentilla vanhainkodin asukkaista, 12 prosentilla kotihoitopotilaista ja 10 prosentilla saattohoitopotilaista oli infektio. Yleisimmät infektiot olivat virtsatieinfektio (3–5%), keuhkoume (2–4 %) ja ihoinfektio (2%). (19.)

Se, miten monesta näkökulmasta ja lähteestä organisaatio turvallisuutta seuraa vaikuttaa siihen, miten paljon organisaatio toiminnastaan

oppii ja miten hyvin se voi turvallisuusriskejä ennakoita ja ehkäistä (6). RAI-mittareita hyödynsi ympärivuorokautisissa asumispalveluissa sekä kotiin vietävissä palveluissa noin puolet vastaajista etenkin yksityisissä ja yhteisöorganisaatioissa sekä yliopistosairaalakunnissa sekä useimmilla erä-alueilla, mikä kertoo, että THL:n suositusta palvelutarpeen arvioinnista RAI-järjestelmällä (14) ollaan ottamassa käyttöön. Tosin kehitysvammaisten palveluissa RAI:n käyttäminen oli vielä vähäistä. Vastaukset olivat linjassa THL:n julkaisemien tilastojen kanssa RAI-järjestelmän peittävydestä Suomessa (20).

Tutkimustuloksemme edustavat hyvin julkisia kunnallisia sosiaalipalveluja sekä erityisvastuualueiden ja sote-kuntayhtymien toimijoita. Yksityissektorin vastaajien määrä oli pieni, mutta Suomen yksityisellä sosiaalipalvelusektorilla tulokset edustavat kuitenkin kohtalaista osaa toiminnasta. Tulokset perustuvat strukturoituihin kysymyksiin ja on mahdollista, että valinta vastausvaihtoehtojen välillä on ollut subjektiivista tai vastaaja ei ole tiennyt kaikista organisaationsa menettelyistä.

Tutkimuksen heikkouksina voidaan pitää vastanneiden pientä määrää tietyissä alaryhmissä, minkä vuoksi tulokset näiltä osin jäivät pelkästään suuntaa-antaviksi. Vastausprosentti oli vain kohtalainen, vähän yli 50%, mutta kuitenkin kaikki vastaajaryhmät olivat kohtuullisen tasaisesti edustettuina. Vastaajaorganisaatioissa kyselyn ohjautuminen eri toiminta-alueiden vastaajille saatettiin kokea vaikeatulkintaiseksi sisäisen työnjaon erojen vuoksi.

Tämä tutkimus kartoitti nyt ensimmäistä kertaa Suomessa käytettyjen asiakasturvallisuuden mittareiden ja menettelyjen eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut kuvata indikaattoreiden antamia tuloksia turvallisuuden seurannassa tai vertailussa, vaan ainoastaan käytön laajuutta. Käytössä olevien indikaattorien lukumäärää voitaneen pitää kohtalaisena, mutta saadut vastaukset vahvistavat sen, että Suomessa ei ole ollut vielä vuonna 2020 käytössä yhdenmukaisia ja asiakasturvallisuuden seurannamenettelyjä ympärivuorokautisissa tai kotiin vietävissä sosiaalihuollon alaisissa toiminnoissa. Koska mittareiden ja menetelmien lukumäärä sinänsä ei yksinään ole ratkaisevaa, tarvitaan lisää tutkimusta siitä, kuinka järjestelmällisesti, avoimesti ja muuhun toimintaan integroituneena

niitä hyödynnetään, sekä siitä, millainen yhteys käytössä olevien indikaattorien kokonaismäärällä on asiakasturvallisuuden tasoon.

KIITOKSET:

Haluamme kiittää suunnittelija Jenni Isotaloa Vaasan sairaanhoitopiiristä avusta Webropol-kyseilyn toteuttamisessa.

RAHOITTAJAT:

Tutkimus on saanut rahoitusta Valtioneuvoston kanslian TEAS-hankkeesta 7.7

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Vaartio-Rajalin Heli on osallistunut aineiston analyysiin ja aineiston tulkintaan, vastannut ar-

tikkelin kaikista osa-alueista ja sen viimeistelemisestä, sekä osallistunut sen lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Rauhala Auvo on vastannut tutkimuksen suunnittelusta ja sen alkuun saattamisesta, aineistonkeruusta, aineiston analyysistä ja tulkinnasta, osallistunut artikkelin kaikkiin osa-alueisiin ja artikkelin kriittiseen tarkastamiseen sekä sen lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Ikonen Tuija on vastannut tutkimuksen suunnittelusta ja sen alkuun saattamisesta, analyysin tulkinnasta, osallistunut artikkelin kaikkiin osa-alueisiin ja artikkelin kriittiseen tarkastamiseen sekä sen lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Vaartio-Rajalin, H., Rauhala, A., Ikonen, T. Client and patient safety indicators in social services offering service 24h per day, in client's home services, and in developmental disability services 2020 – a national survey. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022; 59: 239–249.

The objective of the study was to examine the prevalence of patient- and client safety measures and indicators in social- and developmental disability services

An expert panel identified 94 instruments or methods in international or national use and 79 RAI-measures. A survey was sent to 170 organizations offering social services, and of which 87 (51%) answered.

In organizations offering social service 24h per day in an institution, or at client's home or in developmental disability services the average number of client and patient safety indicators was 56 per organization out of 94. The highest number of indicators per organization (69) was identified in units at integrated municipal welfare areas, university hospital (64) or central hospital cities (61). The indicators most commonly used focused on leadership and organisation, adverse

event reporting and client feedback and reclamations. RAI-measures were used by about half of the institutional care, home care and home health care providers.

There is a proper number of client safety indicators used, as the self-regulation plan presupposes, but it seems that they are used fragmentally and to a reactive follow-up instead of proactive monitoring. Further research is needed to explore how systematically the indicators are used, how they are integrated into everyday practice, and what kind of relations there are between the number of indicators and the level of client safety.

Keywords: client safety, patient safety, services at client's home, indicators, monitoring

Saapunut (11.05.2021)

Hyväksytty (23.09.2021)

LÄHTEET

- (1) Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Valtioneuvoston periaatepäätös. STM Julkaisuja 9. Luettu 15.3 2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1
- (2) Khoshkhalagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, ym. Analysis of affecting factors on patient safety

culture in public and private hospitals in Iran. *MBC Health Ser Res* 2019; 19(1): 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>

- (3) Park H & Kim SY. A Structural Equation Model of Nurses' Patient Safety Management Activities. *J of Kor Acad of Nurs Adm* 2019; 25(32):63–72. doi: 10.11111/jkana.2019.25.2.63
- (4) Kurki T, Jylhä V, Kekoni T (toim). *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus; 2021.

- (5) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelut 2021. Luettu 15.3 2021. Sosiaalipalvelut – Sosiaali- ja terveysministeriö (stm.fi).
- (6) Vincent C, Carthey J, Macrae C, ym. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Impl Sci* 2017; 12:151. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0695-4>
- (7) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Luettu 14.3 2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.
- (8) Donaldson L, Panesar S, ym. Patient-Safety-Related Hospital Deaths in England: Thematic Analysis of Incidents Reported to a National Database 2010–2012. *PLoS Med* 2014; 11(6): e1001667. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001667>
- (9) Ridelberg M, Roback K, Nilsen P, ym. Patient safety work in Sweden: quantitative and qualitative analysis of annual patient safety reports. *BMC Health Ser Res* 2016; 16:98. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1350-5>
- (10) Henriksen JN, Nielsen LP, Hellebek A, ym. Medication errors involving anticoagulants: Data from the Danish patient safety database. *Pharmacol Res & Pers* 2017; 5(3): e00307. <https://doi.org/10.1002/prp2.307>
- (11) THL. Sairaaloitteen tuottavuus 2019. Tilastoraportti 5/2021. Luettu 12.6 2021. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/sairaaloitteen-tuottavuus>.
- (12) Hämäläinen P, Kovasin M & Räikkönen O. Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. Luettu 13.4 2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6>.
- (13) THL. Terveystieteiden kansalliset laaturekisterit. 2021. Luettu 17.4 2021. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>.
- (14) THL. Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä 2021. Luettu 17.4 2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>.
- (15) Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta-menettely: ehdotus seurannan mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 26.11 2021. Luettu 16.6 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-334-0>
- (16) Koivuranta P (toim) Terveystieteiden laatuopas. Helsinki: Kuntaliitto; 2019.
- (17) Friman S, Ikonen T, Eloranta S ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *J of Soc Med* 2020; 57: 332–347. <https://doi.org/10.23990/sa.84892>
- (18) Toura S, Arifullah D, Sarvikivi E ym. Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Suomen pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017 – Euroopan prevalenssitutkimuksen tietojen yhteenveto. Helsinki: THL; 2018.
- (19) Toura S, Lyytikäinen O. Infektioiden torjunta pitkäaikaishoidossa ja -hoivassa. Helsinki: THL; 2020.
- (20) RAI-tilasto. THL. Luettu 19.4. 2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta#RAI-j%C3%A4rjestelm%C3%A4n%20k%C3%A4ytt%C3%B6%20suomessa>
- (21) Valtiontalon tarkastusviraston tarkastuskertomus 7/2021. Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus- ja seuranta. Luettu 16.9 2021. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2021/06/VTV-Tarkastus-7-2021-Potilas-ja-asiakasturvallisuuden-ohjaus-ja-seuranta.pdf>

HELI VAARTIO-RAJALIN

TtT, dosentti, gerontologisen hoidon apulaisprofessori
Åbo Akademi, Terveystieteet

AUVO RAUHALA

FT, dosentti, työelämäprofessori
Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Åbo Akademi, Terveystieteet

TUIJA IKONEN

LT, potilasturvallisuuden professori
Turun yliopisto, Kansanterveystiede
Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

LIITETAULUKKO

Tutkimuksessa sosiaalipalvelujen yksiköille esitetyt kysymykset asiakasturvallisuuden mittareista ja menettelyistä – lyhennetty versio

1 Johtaminen ja organisaatio	
1.	Onko organisaatiossanne käytössä ajantasainen valmiussuunnitelma?
2.	Onko organisaatiossanne käytössä systemaattinen laadun ja asiakas-/potilasturvallisuuden seurannan malli tai laatujärjestelmä ?
3.	Onko käytössä laadun- ja asiakas-/potilasturvallisuuden säännöllinen sisäinen auditointi (koulutetut sisäiset auditoidijat)?
4.	Onko käytössä laadun- ja asiakas-/potilasturvallisuuden säännöllinen ulkoinen auditointi (sertifioitu ulkoinen auditoidija)?
5.	Tarkistetaanko organisaation asiakas-/potilasturvallisuussuunnitelma vähintään vuosittain?
6.	Onko organisaation asiakas-/potilasturvallisuussuunnitelman raportointi- ja seurantamenettelyt kuvattu ja niiden toteutumista seurataan?
7.	Tarkistetaanko organisaation/yksikön omavalvontasuunnitelma vähintään vuosittain?
8.	Onko organisaation/yksikön omavalvontasuunnitelman raportointi- ja seurantamenettelyt kuvattu ja niiden toteutumista seurataan?
9.	Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista työntekijöille?
10.	Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista johdolle ja hallitukselle/valtuustolle?
11.	Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista julkisesti?
12.	Tehdäänkö yksikköihin paikan päälle omavalvontakäyntejä, jolloin tavataan henkilöstöä?
13.	Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta, esim. saamansa raportoinnin välityksellä?
14.	Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtävien hoidon turvallisuutta parantavien toimien määrää ja laatua?
15.	Seuraavatko esimiehet/johto jatkuvasti vakavien vaaratapahtumien ilmaantumista ja käsittelevät ne säännöllisesti?

	16. Onko käytössä yksikkö-/osastokohtainen, moniammatillisesti ja toimintayksikön tarpeisiin ja käytäntöihin räätälöity lääkehoitosuunnitelma?
	17. Onko määritelty prosessi, jolla varmistetaan lääkehoitosuunnitelman toteutuminen käytännössä?
	18. Onko organisaatiossa ohje siitä, miten toimitaan potilastietojärjestelmän kaatuessa?
	19. Onko ulkopuolisilta ostettavien sote-palvelujen ostopalvelusopimuksissa mukana laatu- ja potilas-/asiakasturvallisuuskriteerit?
	20. Suoritetaanko organisaatiossanne systemaattista riskienarviointia?
	50. Onko RAI-mittarin seuranta- ja toimenpidevastuut kuvattu ja tehdäänkö muutoksia toimintaan myös käytännössä mittareiden perusteella?
2 Prosessit ja resurssit	
	22. Onko keskeisiin hoito- ja palveluprosesseihin laadittu prosessikuvaukset?
	23. Onko hoito- ja palveluprosessikuvausten kehittämisessä huomioitu potilasturvallisuuden varmistaminen?
	24. Onko hoito- ja palveluprosessikuvaukset tallennettu sähköiseen järjestelmään ja onko sinne myös luotu hälytykset määräaikaipäivityksiä varten?
	25. Onko organisaatiossanne käytössä potilaiden/asiakkaiden alkoholin riskikäytön seulonta (Audit C)?
	26. Tarkistetaanko pitkäaikaispotilaan hoitosuunnitelma säännöllisesti?
	27. Onko organisaatiossanne palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitosuunnitelma?
	28. Onko ISBAR-raportointimalli (tiedonsiirtomenetelmä potilassiirroissa) käytössä?
	29. Onko potilas-/asiakasranneke käytössä vuodeosasto- tai pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla?
	31. Onko käytössä vuode-/hoivaosastoilla/asumispalveluyksiköissä hoidettujen potilaiden/asiakkaiden hoitoisuusmittaus?
	32. Käytetäänkö indikaattoria päätoimisten hygieniahoitajien ja infektioTORjuntaan osallistuvien infektiolääkärien määrä (tai per 100000 as.)?
	33. Käytetäänkö jotain asiakas- ja potilasturvallisuustoimijoiden määrään liittyvää indikaattoria?
	153. Onko käytössä potilas-/asiakasturvallisuuskävely?

	154. Onko käytössä ohjeistus asiakkaan ja potilaan tunnistamiseksi?
3 Toiminnan mittareita ja menetelmiä	
	44. Onko GTT-mittari käytössä organisaatiossanne?
	45. Tehdäänkö organisaatiossanne sairaalakuolemien systemaattinen tutkiminen ja estettävissä olevien syiden selvittely?
	46. Onko painehaavariskin arvio osa vuodeosaston hoitoprotokollaa ja mitataanko riskinarvion toteutumista organisaatiotasolla ja onko sille myös asetettu tavoitteet ja raja-arvot?
	47. Arvioidaanko kaatumisvaara systemaattisesti valtaosalta potilaista vuodeosastoilla ja kotihoidossa?
	48. Arvioidaanko vajaaravitsemusta systemaattisesti asumispalveluissa ja vuodeosastolla?
	49. Seurataanko virtsatiekatetreihin liittyviä infektioita (infektiot/1000 katetripäivää)?
	58. Hoidon haittavaikutusten kirjaaminen (Y- ja T-koodit), KUVA:T80-T88
	59. Hoidon aikana ilmaantuneet painehaavat (luokka 2 tai suurempi) per havainnoidut potilaat
	60. Kaatumiset / putoamiset lkm per 1000 potilaspäivää. Käsite potilaspäivä tarkoittaa vuodeosastolla hoitopäivää, poliklinikalla käyntiä
	61. Haittaa aiheuttaneet (haittaluokka 2-5) kaatumiset / putoamiset per 1000 potilaspäivää
5 RAI / Asumispalvelut / laitoshoido	
	66. Käytetäänkö organisaatiossanne (ja sillä sektorilla, johon nyt vastaatte) RAI-indikaattorien avulla kerättyä tietoa asumispalveluissa/laitoshoidossa?
	67. Ravitsemus: tahaton painon lasku, %
	68. Ravitsemus: painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %
	69. Ravitsemus: kuivuminen, %
	70. Monilääkitys: vähintään yhdeksän lääketä, %
	71. Psykoosilääkitys, ei psykoottisia oireita?

	72. Rauhoittavia tai unilääkkeitä?
	73. Turvallisuus: mikä tahansa tapaturma, %
	74. Turvallisuus: uudet murtumat, %
	75. Osallisuus: asiakas ei itse osallistunut arviointiin, %
	76. Liikkumisrajoite
	77. Osallisuus: liikkumisrajoitteiden käyttö päivittäin, %
	78. Sairaalahoito tai käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
	79. Käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
	80. Kaatuilijoita 30 vrk
	81. Turvallisuus: kaatuminen 30 vrk aikana, %
	82. Painehaavat
	83. Iho: painehaavat, kaikki asteet, %
6 RAI / Kotiin vietävät palvelut	
	84. Käytetäänkö organisaatiossanne (ja sillä sektorilla, johon nyt vastaatte) RAI-mittaria kotiin vietävissä palveluissa?
	85. Kotiympäristö: Riittämätön valaistus %
	86. Kotiympäristö: Vaaratekijöitä lattioilla, %
	87. Kotiympäristö: Puuttelliset pesutilat, %
	88. Kotiympäristö: Puuttelliset keittiötilat, %
	89. Kotiympäristö: LVI-ongelmia, %
	90. Kotiympäristö: Henkilökohtainen turvattomuus, %

91. Kotiympäristö: Esteinen kotiin pääsy, %
92. Kotiympäristö: Esteiset tilat kodin sisällä, %
93. Kotiympäristö: jokin ongelma, %
94. Kotiympäristöriski
95. Ravitsemus: ateriat riittämättömiä, %
96. Ravitsemus: tahaton painon lasku, %
97. Ravitsemus: painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %
98. Vajaaravitsemusriski
99. Ravitsemus: kuivuminen, %
100. Turvallisuus: kaatumisvaara, %
101. Turvallisuus: kaltoinkohteluriski, %
102. Turvallisuus: laiminlyöty tai kaltoinkohdeltu, %
103. Turvallisuus: kaatuminen 90 vrk aikana, %
104. Turvallisuus: mikä tahansa tapaturma, %
105. Turvallisuus: kaatumisten lukumäärä, ka.
106. Monilääkitys: vähintään yhdeksän lääkettä, %
107. Lääkitys: lääkäri ei tarkistanut, %
108. Lääkitys:Noudattaa aina lääkitystä, %
109. Lääkitys: ei aina noudata lääkitystä, %
110. Avun tarvetta lääkityksestä suoriutumisessa, %
111. IADL-avun tarve: Lääkityksestä suoriutuminen, %

	112. Liikkumista rajoitettu, %
	113. Kaatuilijoita 90 vrk
	114. Osallisuus: eristäytynyt, %
	115. Osallisuus: asiakas ei itse osallistunut arviointiin, %
	116. Osallisuus: ulkoilu korkeintaan kerran viikossa, %
	117. Terveysten edistäminen: ei influenssarokotusta, %
	118. Sairaalahoido tai käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
	119. Sairaalahoido, käynti päivystyksessä tai äkillinen hoito 90 vrk aikana, %
	120. Käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
	121. Turvapalvelut, vrk, ka.
	122. Tukipalvelu: turvapalvelu 7 vrk:ssa, %
7 RAI / Kehitysvammaisten palvelut	
	123. Käytetäänkö organisaatiossanne (tai sen siinä toiminnassa, johon nyt vastaatte) RAI-indikaattorien avulla kerättyä tietoa kehitysvammaisten palveluissa?
	124. Kotiympäristö: Henkilökohtainen turvattuus, %
	125. Kotiympäristö: Esteinen, %
	126. Kotiympäristö: jokin ongelma, %
	127. Lääkitys: lääkäri ei tarkistanut, %
	128. Lääkitys: ei aina noudata lääkitystä, %
	129. Turvallisuus: kaltoinkohteluriski, %
	130. Turvallisuus: kiusattuja, %

131. Turvallisuus: kaatuminen 90 vrk aikana, %
132. Turvallisuus: itseä vahingoittavat, %
133. Ei ole käytetty rajoitustoimenpiteitä, %
134. Avun tarvetta lääkityksestä suoriutumisessa, %
135. Terveiden edistäminen: ei influenssarokotusta, %
136. Sairaalahoido tai käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
137. Käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %
138. Puutteellinen lähiapu, %
139. Tuen kohde: käyttäytymisen hallinta, %
140. Tuen kohde: kriisituki, %
141. Tuen kohde: aggression hallinta, %
142. Tuen kohde: elämän hallinnan ohjaus, %
143. Terveiden edistäminen: rokotukset eivät ole ajan tasalla, %
144. Alkoholin riskikäyttö 5-12 (Audit-C 0-12), %
8 Vaaratapahtumien raportointi
146. Onko organisaatiossa käytössä menettelyt vaaratapahtumien raportointiin (esim. HaiPro)?
147. Raportoidaanko vaaratapahtumailmoituksista läheltä piti-tilanteiden osuus?
148. Raportoidaanko vaaratapahtumailmoituksista lääkärien tekemien ilmoitusten osuus?
149. Onko organisaatiossa kirjallinen prosessikuvaus vaaratapahtumien järjestelmällisestä ilmoitus- ja käsittelymenettelystä?
150. Onko organisaatiossa kirjallinen toimintaprosessi vakavien vaaratapahtumien (kuolemaan tai pysyvään haittaan johtanut tapahtuma) käsittelemiseksi ja korjaaviksi/ ennaltaehkäiseviksi toimiksi vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi?

	151. Onko eri organisaatioiden välillä tapahtuneiden vaaratapahtumien ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä (ns. rajapinnan ylittävä vaaratapahtumien ilmoittaminen)?
	152. Dokumentoidaanko organisaatiossanne systemaattisesti mittarien antaman tiedon perusteella tehdyt muutokset?
9 Infektioiden torjunta	
	155. Seurataanko henkilöstön influenssarokotekattavuutta ammattiryhmittäin?
	156. Seurataanko käsihuuhteen kulutusta (suhteutettuna käyntimääriin ja hoitopäiviin)?
	157. Suoritetaanko käsihygieniahavainnointia?
	158. Onko verisuonikanyyli-infektioiden ehkäisyssä on käytössä VIPScore mittaristo?
	159. Onko käytössä organisaatiokohtainen mikrobilääkeosuus?
	161. Hoitoon liittyvät infektiot (vuodeosastot, suhteutettuna hoitopäiviin)
	162. Hoitoon liittyvät veriviljelypositiiviset infektiot 1 000 hoitopäivää kohti
	163. Veriviljelypositiiviset infektiot per 1000 verisuonikatetripäivää
	164. Sairaala-alkuinen pneumonia, tapauksia/ 1000 hoitopäivää
	165. Verisuonikanyyli-infektiot, tapauksia/1000 hoitopäivää
	166. MRSA-veriviljelylöydösten määrä / 100 000 asukasta sairaanhoitopiirin alueella
	167. Uudet MRSA tartunnat osastoilla?
	168. Clostridium difficile -löydökset sairaanhoitopiirin alueella / 100 000 asukasta
	169. Sairaala-alkuinen C. difficile, tapauksia/ 1000 hoitopäivää
	170. Osuus (%) potilaista, joille on epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon (J06.9) määrätty antibiootti
10 Lääkitysturvallisuus	
	176. Onko käytössä lääkehoidon tarkistus/arviointi vähintään vuosittain monilääkityillä yli 75-vuotiailla?

177. Onko lääkehoidon osaamisen varmistamisenenettelyt kuvattu kaikille lääkehoitoon osallistuville ammattiryhmille?
178. Onko asiakas- tai potilastietojärjestelmissä integroitua päätöksenteontukea lääkemääräysten tekemiseen?
179. Onko asiakas- ja potilastietojärjestelmissä integroidut interaktiovaroitukset lääkemääräysosiossa?
180. Lääkkeenmääräysoikeuden omaavat ammattilaiset (lääkärit, lääkkeenmääräysoikeuden omaavat sairaanhoitajat) kirjaavat itse lääkemääräykset lääkehoitomoduliin.
181. Iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttö 75 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä
182. Lääkehoitosuunnitelman lukukuitanneiden työntekijöiden %-osuus, kokonaisuudessaan ja ammattiryhmittäin
183. Lääkehoidon vaaratapahtumien perusteella tehtyjen turvallisuutta parantavien kehittämistoimenpiteiden lkm/vuosi
184. Kuinka suurella osalla henkilöstöstä lääkehoidon pätevyudet ja osaamisen varmistaminen ovat edellytetyllä tasolla?
11 Osaaminen ja cettisyys
186. Onko organisaatiossa kirjallinen ammattiryhmäkohtainen perehdytysohjelma, jonka toteutuminen rekisteröidään sähköiseen järjestelmään ja sitä seurataan?
187. Onko käytössä indikaattori: terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen mukaiseen vuotuisen koulutukseen osallistuneiden %-osuus ammattiryhmittäin?
188. Onko organisaatiossa kirjallinen kuvaus ammattipätevyksien tarkistamiseksi ja rekisteröimiseksi työhöntulovaiheessa?
189. Suorittavatko potilaan hoitoon osallistuvat potilaan peruselintoimintojen tarkkailun ja arvioinnin koulutuksen ja vaativien potilastilanteiden koulutuksen, esim. elvytyskoulutuksen?
190. Onko lääkehoidon lupakäytäntöjä koskeva menettely kuvattu ja seurataanko sen toteutumista?
191. Suorittavatko organisaatiossanne kaikki hoitoon tai hoivaan osallistuvat koulutuksen potilasturvallisuuden perusteista (esim Potilasturvallisuutta taidolla -kurssi)?
192. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat infektioiden torjuntaan ja varotoimiin liittyvän (verkko) koulutuksen?
193. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat potilastietojärjestelmien käyttökoulutuksen?

	194. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käyttökoulutuksen?
	195. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat tietoturvakoulutuksen?
	196. Onko käytössä potilasturvallisuuskulttuurikysely?
12 Asiakas/potilaspalautteet, reklamaatiot	
	198. Seurataanko, kuinka suuri osa niistä potilaista/asiakkaista, joiden äidinkieli ei ole suomi, on saanut palvelun ymmärrettävästi omalla äidinkielellään?
	199. Onko varmistettu riittävät edellytykset sujuvaan kommunikaation myös erityisryhmiin kuuluville (esim. näkö- ja kuulovammaiset)?
	200. Onko organisaatiossanne prosessikuvaus muistutusten ja kantelujen käsittelystä (ilmoitusmenettely, käsittely, kehittämistoimenpiteet, niiden seuranta)?
	201. Tiedotetaanko potilailenne/asiakkailenne aktiivisesti mahdollisuudesta antaa palautetta?
	202. Onko käytössä potilaiden/asiakkaiden vaaratapahtumailmoitukset (esim. Haipro)?
	203. Onko käytössä muistutukset ja niistä velvoittaviin päätöksiin johtaneet (lukumäärät)?
	204. Onko käytössä kantelut ja niistä velvoittaviin päätöksiin johtaneet (lukumäärät)?
	205. Onko käytössä korvatut potilasvahingot?