

Satakunnan ammattikorkeakoulu
OPINNÄYTETYÖ

Jouko Alinen

Jouko Alinen

LAADUNHALLINTA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011

LAADUNHALLINTA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

Alinen Jouko

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sosiaali- ja terveysala, Pori, Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, 02-620 3000

Tammikuu 2011

Ohjaaja: Ritva Kangassalo, TtL

Sivumäärä: 57

Avainsanat: erikoissairaanhoito, laadunhallinta, laadunhallintajärjestelmä, laatu, prosessi, sairaanhoitopiiri ja standardi

Tuleva terveydenhuoltolaki tulee painottamaan laatusuosituksen ja laatujärjestelmien kehittämistä sosiaali- ja terveyspalveluissa, josta syystä katsottiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä aiheelliseksi käynnistää valmisteleva selvitystyö laadunhallintajärjestelmien käyttöönottoon liittyen. Tämä projektillisesti toteutetun opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää laadunhallintajärjestelmien nykytila ja johtavassa asemassa olevan henkilöstön motivoituneisuus laadunhallintatyön käynnistämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena oli selvittää jo olemassa olevat laadunhallinnalliset rakenteet Satakunnan sairaanhoitopiirin toimi- ja vastualueilla. Aluksi kerättiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä toteutetun laatuprojektin tuloksia laaturaportista vuosilta 1994–2001. Toisena vaiheena tehtiin tutkimuksena syksyllä 2009 avoin kysely laadunhallinnan nykytilaan liittyen Suomen sairaanhoitopiirien johdosta ja laadunhallinnasta vastaaville henkilöille. Siinä vaiheessa ei vastaajilta pyydetty lupaa tulosten julkaisemiseksi opinnäytetyössä, joten tässä opinnäytetyössä vastausten sisällönanalyysi ja tulokset jäivät julkaisematta. Kyselyn perusteella saatiin kokonaiskäsitys siitä mitä laadunhallintajärjestelmiä sairaanhoitopiireissä on käytössä.

Kolmantena vaiheena Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehtiin avoin kysely erikoissairaanhoidon toimialueille syksyllä 2009 laadunhallinnan nykytilasta ja sisällönanalyysin avulla selvitettiin mitä laadunhallinnan rakenteita on käytössä. Selville saatiin, että käytössä oli erilaisia hoito-ohjelmia, hoito- ja toimintaprosessien kuvauksia, projektituloksia sekä sääntöjä ja ohjeita, jotka ovat laadunhallinnan rakenteita. Neljännessä vaiheessa syksyllä 2010 tehtiin avoin kysely Satakunnan sairaanhoitopiirin toimi- ja vastualueiden sekä yksiköiden johtotehtävissä oleville henkilöille tavoitteena selvittää laadunhallinnan tahtotila. Sisällön analyysin avulla saatiin selville, että laadunhallinnan kehittämisen tahtotila oli positiivinen 23:llä vastaajalla (85 %). Muut vastaajat antoivat neutraalin vastauksen ja negatiivisesti asiaan suhtautuvia ei ollut yhtään. Tämän perusteella voitiin päätellä, että laadunhallinnallisten toimenpiteiden käyttöönotolle on myönteinen maaperä.

Viidentenä vaiheena on tämän työn pohdintaosuudessa esitetty laadunhallinnan käyttöönottosuunnitelma, joka toteutuessaan mahdollistaisi laadunhallintajärjestelmän käyttöönoton 2-3 vuoden aikana. Käyttöönottosuunnitelma koostuu tavoitteiden määrittelystä, toiminnan organisointisuunnitelmasta, vaiheistuksesta, aikataulusta, ohjaus-, tiedotus- ja arviointisuunnitelmasta.

QUALITY MANAGERMENTS IN THE HOSPITAL DISTRICT OF SATAKUNTA

Alinen Jouko

Satakunta Polytechnic

Nursing and Health Care Studies

Degree Program in nurse

Unit of Social Services and Health Care in Pori, Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, 02-620 3000

January 2011

Tutor: Ritva Kangassalo

Pages: 57

Key Words: special healthcare insurance, quality management, quality management system, quality, process, hospital district and standard.

Future changes in the Health Law will highlight the quality recommendations and the quality systems in social and health services. It was considered necessary to launch an investigation of quality management systems to implement that. Objective of this study was to examine the current state of quality management systems in the Satakunta Hospital District. The aim was to examine the existing structures as well as quality control and the quality control measures in Satakunta Hospital District. Initially the information was collected from the structures of the Satakunta Hospital District. Information collected from the project results and quality reports period 1994-2001 too. In autumn 2009, were open inquiry Finnish hospital managers. I didn't ask the permission to published the results so and so this study does not provide results..

The Satakunta hospital district was open inquiry in the autumn of 2009 the current state of quality management. Content analysis was to find out what quality management structures are there. It was found that there are treatment programs, care and business process descriptions, project performance, and the rules and instructions. They are the quality management structures. The autumn of 2010 was a new open inquiry Satakunta Hospital District. The objective was to determine the motivation to develop quality systems. Content analysis was used to determine motivation the quality of the development. Strategic intent was positive in 23 of respondents (85%). Other respondents gave a neutral opinion. No one did not take it negatively. It was found that the quality management work will have a positive attitude.

This reflection contribution consists of a quality management implementation plan. Quality management should be possible to introduce a 2-3 year period. Deployment plan is a definition of the objectives. It also includes the organizational plan for the phasing and timing. It also includes control plan, communications plan and evaluation plan.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 SELVITYSTYÖN TAUSTA	2
2.1 Laadunhallintaselvityksen kirjoittaminen SAMK:n opinnäytetyöksi	2
2.2 Laatuprojekti Satakunnan sairaanhoitopiirissä vuosina 1994–2001	2
3 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMISTÄ	4
3.1 EFQM Excellence ja CAF -malli	5
3.2 ISO 9000 – standardien mukainen laadunhallintajärjestelmä ja SHQS	6
4 LAADUNHALLINNASTA SUOMEN SAIRAANHOITOPUIREISSÄ	8
5 LAADUNHALLINTA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ LAATUKYSELYN MUKAAN	9
5.1 Vastausten yhteenveto	10
6.2 Laadunhallintajärjestelmien mahdollisuudet ja karikot	12
6 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTOA TUKEVAT AIEMMAT TOIMENPITEET SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ	13
6.1 Shp:n toiminta- ja taloussuunnitelman vertaaminen ISO 9001:2008 standardiin	13
6.2 Laadunhallintatyöhön liittyviä aiempia ja nykyisiä toimenpiteitä sairaanhoitopiirissä	15
6.2.1 PotYdin – hanke	15
6.2.2 Hoito- ja palveluprosessit, palvelukuvaukset, hoitomallit ja järjestelmät	15
7 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMÄÄN LIITTYVIÄ RATKAISUJA	16
7.1 QPR ProcessGuide	16
7.2 Balanced Scorecard	17
7.3 Dokumenttien hallinta	18
8 LAADUNHALLINNAN TAHTOTILA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ	19
8.1 Tahtotilaan liittyvät vastaukset toimi- ja vastuualueittain	19
8.2. Vastausten yhteenveto	25
9 POHDINTA	27

9.1 Suunnitelman perusteluja ja lähtökohtia	27
9.2 Tavoitteet	28
9.3 Toiminnan organisointi	29
9.4 Aiempien toimenpiteiden hyödynnettävyys laadunhallintajärjestelmän käyttöönotossa	29
9.5 Laadunhallinnallisen asiantuntemuksen käyttö	30
9.6 Toteutussuunnitelma	31
9.7 Laadunhallintajärjestelmän rakentamisen vaiheet ja aikataulu	33
9.8 Laadunhallinnan asiantuntijuus	36
9.9 Ohjaussuunnitelma, tiedottaminen ja arviointi	37
9.10 Lopuksi	38
LIITTEET	39
LÄHTEET	40

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoito on osa kuntien järjestämää palvelukokonaisuutta ja sillä on oma vastuualue ja tehtävänsä. Satakunnan sairaanhoitopiirin päämääränä on järjestää potilaille ja asiakkaille korkeatasoista hoitoa ja palvelua. Laadunhallintajärjestelmän avulla pystytään täyttämään paremmin potilaan / asiakkaan tarpeet ja odotukset, toimimaan kustannustehokkaasti, tavoitteidenmukaisesti ja tasalaatuisesti. Toiminnan päämäärien saavuttamisen mittaamisella toiminnan parantaminen ja laadunvarmistus mahdollistuu.

Tämä työ käynnistyi, kun Satakunnan sairaanhoitopiirin (SatSHP) johtaja antoi johtajaylilääkärille ja hallintoylihoitajalle toimeksiannon syksyllä 2009 liittyen laadunhallintajärjestelmien ja -toimenpiteiden selvittämiseen sairaanhoitopiirin eri toimialueilla. Tuleva terveydenhuoltolaki tulee painottamaan laatusuositusten ja laatujärjestelmien kehittämistä sosiaali- ja terveystalouksissa, jonka avuksi on katsottu aiheelliseksi käynnistää valmisteleva selvitystyö. Tämän työn tarkoituksena oli selvittää laadunhallinnan työskentely- ja tutkimustyötä siitä alkaen, kun johtajaylilääkäri ja hallintoylihoitaja antoivat tehtävän käytännön toteutuksen sosiaalipalvelujen laaturaportin Jouko Alisen tehtäväksi. Selvitykseen liitettiin myös Suomen sairaanhoitopiirien laadunhallintajärjestelmätilanteen kartoittaminen, jonka perusteella pystyttiin muodostamaan asiasta kokonaiskäsitys. Selvitettiin myös Satakunnan sairaanhoitopiirissä aiemmin tehdyt laadunhallinnalliset toimenpiteet sekä se, mitä nykyisiä ohjeistuksia, sääntöjä, ohjeita, toimintoja, määräyksiä, hoito-ohjelmia, tuloksia, rakenteita ja käytäntöjä voitaisiin hyödyntää tulevassa laadunhallintajärjestelmätyössä. Laadunhallintajärjestelmiä koskevassa kyselyssä selvitettiin myös toiveita laadunhallintajärjestelmien kehittämisen suhteen. Kaikilta vastuualueilta vastauksia ei saatu ja siksi kokonaisvaltaista käsitystä laadunhallinnan kehittämisen tahtotilasta ei saatu. Johtajaylilääkärin toimeksiannosta Jouko Alinen kysyi vielä syksyllä 2010 kannanottoa laadunhallinnan tahtotilaan liittyen niiltä vastuualueilta joista ei vastausta v. 2009 saatu. Lisäksi kerättiin neljältä laadunhallintajärjestelmien kanssa työskentelevältä työntekijältä kokemuksia laadunhallintajärjestelmien mahdollisuuksista ja karikoista. Kaikkea työtä on koordinoinut työryhmä, johon kuului laaturaportin Jouko Alisen lisäksi sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja, johtajaylilääkäri, kehittämyylihoitaja ja hankekoordinaattori.

2 SELVITYSTYÖN TAUSTA

Selvityksen tarkoituksena oli kartoittaa valtakunnallisesti laatujärjestelmien käytön tilanne eri sairaanhoitopiireissä ja selvittää mitä laatujärjestelmiä Satakunnan sairaanhoitopiirin eri toimialueilla ja vastuualueilla on käytössä. Selvitettiin myös se mitä toimenpiteitä laadunhallinnan puitteissa eri toimialueilla on tehty. Lisäksi kerättiin myös vastaajien näkemyksiä laatujärjestelmien ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämisen suhteen eri toimialueilla.

2.1 Laadunhallintaselvityksen kirjoittaminen SAMK:n opinnäytetyöksi

Selvitystyön alkamisvaiheessa sovittiin SatSHP:n hallintoylihoitajan kanssa, että selvitystyöhön liittyen sen rinnalla voidaan toteuttaa SAMK:n hoitotyön koulutusohjelmaan liittyvä projektimainen opinnäytetyö. Opinnäytteen tekijä säilyttää tutkimusluvan. Työskentelyn vaiheita muodostui neljä. Ensimmäisessä vaiheessa kerättiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä toteutetun laatuprojektin tulokset laaturaportista vuosilta 1994–2001. Toisessa vaiheessa kartoitettiin syksyllä 2009 Suomen sairaanhoitopiirien laadunhallinnan nykytila. Kolmannessa vaiheessa tehtiin syksyllä 2009 kartoitus Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunhallinnan nykytilasta. Neljännessä vaiheessa syksyllä 2010 selvitettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin toimi- ja vastuualueiden sekä yksiköiden johtotehtävissä olevien henkilöiden ajatukset ja toiveet eli tahtotila laadunhallinnallisten kehittämistoimien suhteen. Viidennen vaiheen pohdinta sisältää laadunhallintajärjestelmän käyttöönoton projektisuunnitelman, joka on muodostettu selvitystyön tuloksia hyödyntäen.

2.2 Laatuprojekti Satakunnan sairaanhoitopiirissä vuosina 1994–2001

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on toteutettu laatuprojekti vuosina 1994–2001 ja sitä koskeva laaturaportti julkaistiin 30.10.2001. Raportin mukaan Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunvarmennustyö aloitettiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä vuonna 1994 ja kuntayhtymän liittohallitus vahvisti vuoden 1995 painopistealueeksi mm. palvelujen laadun parantamisen. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhal-

linnan järjestämisestä ja sisällöstä saatiin vuoden 1995 lopulla STAKES:n julkaisuna ”Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Keinoina tavoitteen saavuttamiseksi kirjattiin laaduntarkkailun ja laadunvarmennuksen kehittäminen, potilaspalvelun kehittäminen, hoidon kustannusten seuranta, komplikaatiorekistereiden perustaminen sekä sairauksien ilmaantuvuuden ja hoidon vaikuttavuuden seuranta sairaala-, alue- ja valtakunnallisella tasolla. Sairaanhoidopiiristä osallistuttiin Terveys ja laatu – hankkeeseen (TELA), joka oli osa Kunta ja laatu – hanketta sekä osallistuttiin myös Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen sairaanhoidopiirien sekä Heinolan Reumasäätiön sairaalan yhteiseen laatuverkostoon. Johtamisjärjestelmien kehittämishanke yhdistettiin laatuhankeeseen. Laatupäälliköiden (10) kouluttautumisalueiksi nostettiin laatu järjestelmät sekä prosessikuvaukset ja palveluketjukuvaukset. Laatuhankeeseen johtoryhmä toimi 1995 – 1997 välisen ajan. Kaksi laatupäällikköä osallistui Lahdessa järjestettyyn Master of Quality – koulutukseen ja organisoivat syksyllä 1996 esimieskoulutuksen johon osallistui 110 sairaanhoidopiirin esimiestä. Syksyllä 1997 perustettiin ”potilaspalauteryhmä”, joka selvitti ja toteutti potilaspalvelukyselyitä. Yhteistyö laatupäälliköiden ja HC-ICE:n (etälääketieteen kehittämis- ja koulutusyksikkö) välillä alkoi v. 1998 ja se jatkui mm. Satakunnan Makropilotin projekteissa. Perustetun ”Proryhmän” (Pro = prosessi) tehtävänä oli koordinoita ja dokumentoida tiedot eri kehittämishankkeista. Vuonna 1998 aloitettiin ”laatukursseilla”, henkilöstöä koulutettiin syvällisemmin laatuasioihin ja sairaanhoidopiiriin hankittiin laatukirjasto. Talousarvioissa ja –suunnitelmissa on mahdollisimman konkreettiset sekä mitattavat laatu tavoitteet. Stakes:n mallin mukaiset potilaspalvelututkimukset tehtiin vuosina 1998 ja 2001. Alueellisia laatupäiviä pidettiin yhteensä 4 kpl vuosina 1997 – 2001 ja osallistujia oli 130 – 170 / päivä. Kohderyhmänä oli sairaanhoidopiirin terveystieteiden ja sosiaalitoimen henkilöstö oman henkilöstön lisäksi. Satalinnan sairaalassa toteutettiin itsearviointia ITE -menetelmällä v. 2000. Vuoden 2001 talousarvion laatimisohjeisiin tuli maininta, että uusien tulosalueiden tulee sisällyttää riittävät määrärahat laatuhankeiden toteuttamiseen. Shp:n hallitus päätti keväällä 2001, että sairaanhoidopiirissä tuloksellisuuden arviointi perustuu tasapainotetun mittariston viitekehukseen (Balanced Score Card). Mallia päätettiin käyttää jatkossa talousarvion toiminta- ja laatumittareiden asettamisessa.

Laatupäälliköiden mukaan toiminnan ongelmia olivat mm. yhteisen sitoutumisen, systemaattisuuden, aikaresurssin, koulutuksen, ohjauksen ja taidon puutteet. Onnistumisena koettiin laatu työn tutuksi tekeminen, laatuajattelun ja osaamisen sisäistäminen, laatu-

toimintajärjestelmän tekeminen ja yhteishankkeet erikoissairaanhoidon sekä perustason terveydenhoidon ja sosiaalitoimen kesken.

Raportissa todetaan, että tulevaisuudessa laadullinen kehittämistoiminta tulisi olemaan sairaanhoitopiirissä jatkossa luonnollinen osa jokaisen työtä. Erityisen vastuun tästä tulisivat kantamaan kaikki esimiehet. (SatSHP laaturaportti 2001)

3 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMISTÄ

ISO 9001 standardin mukaan laatu on käsite, jota käytetään hyvin monessa merkityksessä. Laadunhallinta (quality management) määritellään organisaation koordinoituksi johtamis- ja ohjaustoiminnoiksi laatuun liittyvissä asioissa, eli laadunhallinta on yksinkertaistetusti työn ja tekemisen hallintaa. Vaikka sen katsotaan olevan osa yleistä johtamistoimintaa, se koskettaa koko työyhteisöä ja kaikkia sen jäseniä. Johdon toimenpiteet eivät yksinään toteuta sitä, että organisaatio pystyisi tuottamaan asiakaskuntansa vaatimusten, tarpeiden ja odotusten mukaisia palveluja. Laatu syntyy tai on syntymättä viime kädessä arkipäivän työssä. (Suomen Standardisoimisliitto 2009)

Laatu on noussut keskeiseksi kilpailutekijäksi koko kansantaloutta ajatellen. Asiakaslähtöisyys ja palvelun laatu ovat kustannustehokkuuden ohella keskeisiä julkisen palvelutuotannon lähtökohtia. Kansalaiset asiakkaina vaativat yksilöllisiä tarpeitaan yhä paremmin vastaavia julkisia palveluja sekä julkisen hallinnon toiminnan entistä suurempaa avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. (Parjanne 2001, 5.)

Laadunvarmistus on keskeinen osa laadunhallintaa. Se on toimintojen sarja, joilla pyritään turvaamaan tuotteiden tai palvelujen tasalaatuisuus ja asetettujen tavoitteidenmukaisuus sekä saavuttamaan luottamus siihen, että tuote täyttää laatuvaatimukset. Keskeisintä on toiminnan päämäärien määrittäminen ja niiden saavuttamisen seuraaminen erilaisten mittareiden ja indikaattoreiden avulla. Laadunvarmistus sisältää sekä palvelujen laadun mittaamisen ja arvioimisen sekä toiminnan korjaamisen ja kehittämisen arviointitulosten perusteella. (Manninen 2002, 26–27.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen uudistamistyö aloitettiin 1998 Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Suomen kuntaliiton yhteisenä hankkeena. Julkaistujen tavoite- ja toimeenpano-ohjelmien mukaan pidettiin tärkeänä laadunhallinnan kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Outinen 2001, 8.)

Kankaanpään opistossa vuosina 2009 – 2010 käymäni laatupäällikkökoulutuksen sisällystä kävi ilmi, että sosiaali- ja terveystalveissa voidaan käyttää laadunvarmistuksen toimenpiteinä mm. laatuohjelmia, laadunarviointimalleja, toimintakäsikirjoja, laadunhallintajärjestelmiä tai standardien soveltamista. Laadunhallintajärjestelmien ohjaavat periaatteet ovat hyvin pitkälti samansisältöiset, joten väärää valintaa järjestelmän valinnassa ei voi tehdä. Laadunhallinnan toteuttamisessa tärkeintä ei ole lopputulos vaan toimintaprosessin sisältö.

3.1 EFQM Excellence ja CAF -malli

EFQM – mallin on kehittänyt EFQM -järjestö (European Foundation for Quality Management). Suomessa Laatu keskus toimii EFQM:n kansallisena partneriorganisaationa. Laatur palkinnon perusajatuksena on ohjata yrityksiä ja muita organisaatioita toimimaan systemaattiseen arviointiin ja parantamiseen. Organisaatiot voivat soveltaa mallia eri kypsyystasoilla. Laatur palkintomalli on ensisijaisesti itsearviointin työväline. (Rissanen 2003, 28–29.)

EFQM -mallissa organisaation toimintaa ja tuloksia tarkastellaan kokonaisuutena. EFQM – mallin arviointialueet liittyvät mm. "toiminta" – arviointialueille missä tarkastellaan, miten organisaatio toimii ja "tulokset" – arviointialueille missä puolestaan arvioidaan, mitä organisaatio on saavuttanut. EFQM -malli painottaa organisaation toiminnassa johtajuutta, henkilöstöä, toimintaperiaatteita ja strategiaa, prosesseja sekä kumppanuutta ja resursseja. (Rissanen 2003, 124.)

EFQM – mallista on kehitetty EFQM – Excellence Model, jonka avulla organisaatio voi arvioida, kuinka pitkälle se on edennyt matkalla kohti erinomaisuutta; ymmärtää keskeiset vahvuudet ja mahdolliset puutteet määriteltyyn tavoitetilaan (visio) ja olemassaolon

tarkoitukseen (missio) nähden. Malli muodostaa yhteisen sanaston ja ajattelutavan, mikä helpottaa tehokasta ideoiden viestintää sekä organisaatiossa että sen ulkopuolella. Se yhdistää käynnissä olevat ja suunnitellut kehitysohjelmat ja projektit, poistaa niiden päällekkäisyydet ja tunnistaa aukkokohtat. Malli luo perusrakenteen johtamisjärjestelmälle. EFQM Excellence -malli tarjoaa kokonaisvaltaisen näköalan organisaatioon. Mallin avulla lukuisat johtamistyökalut ja tekniikat voidaan sovittaa yhteen toisiaan täydentäväksi kokonaisuudeksi. Kokonaisvaltaisuuden vuoksi mallia voidaan käyttää kattavana jatkuvan erinomaisuuden kehittämisen viitekehyksenä muiden johtamistyökalujen kanssa organisaation tarpeiden ja tehtävien mukaisesti. (Laatukeskus, EFQM Excellence Model, 2010.)

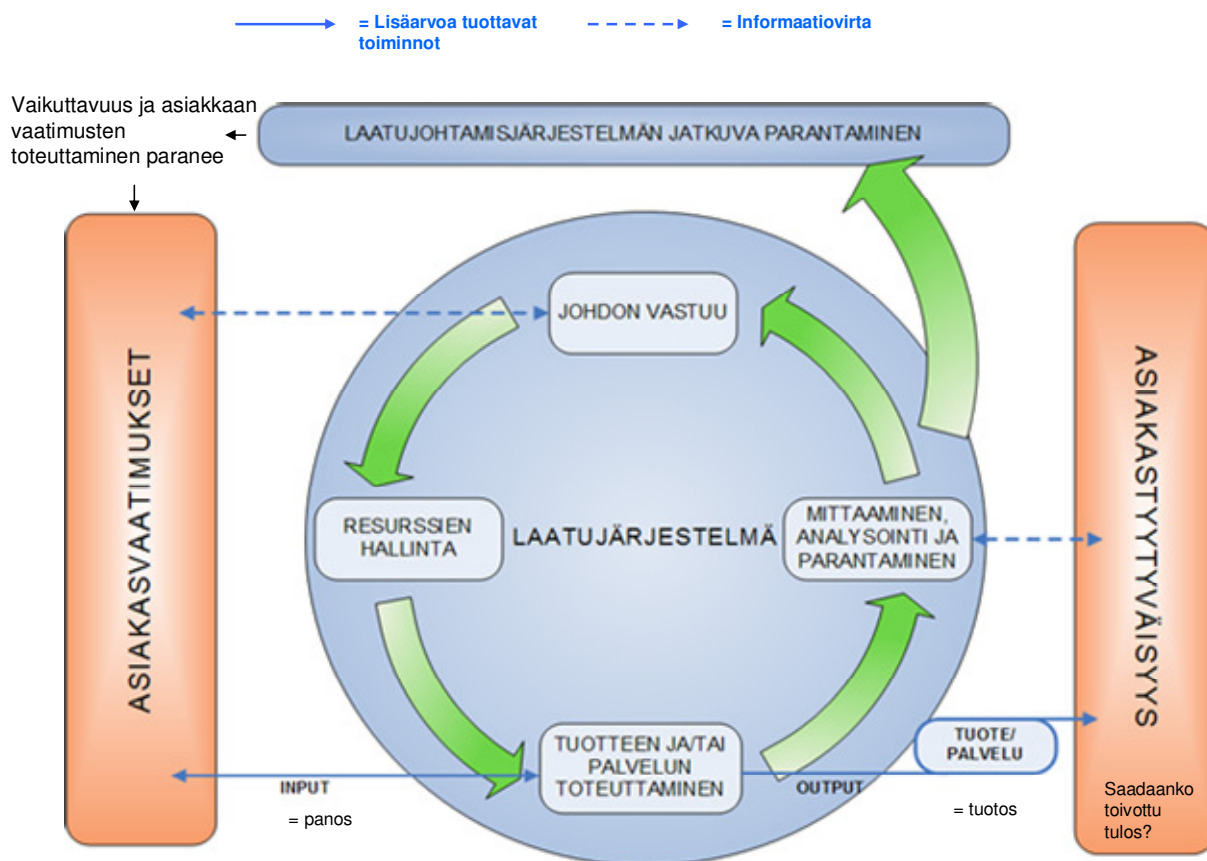
CAF (Common Assessment Framework) on EU-jäsenmaiden yhteistyönä kehitetty julkisen sektorin organisaatioiden laadunarviointimalli. Se sisältää vaikutteita Euroopan laatupalkintomallista (EFQM) ja apuna on käytetty myös Saksan hallintokorkeakoulun luomasta Speyer -mallista saatuja kokemuksia. CAF -mallin perusajatuksena on kokonaisvaltainen laadunarviointi, jossa tarkastellaan paitsi eri tulosalueita, myös organisaation toimintatapoja, joilla mahdollistetaan hyvien tulosten syntyminen. CAF on yleisen tason työkalu, jota voidaan muokata vastaamaan paremmin organisaation omia tarpeita.. (Jyväskylän yliopisto, laatusanastoa 2010)

3.2 ISO 9000 – standardien mukainen laadunhallintajärjestelmä ja SHQS

ISO:n (International Organisation for Standardisation) mukaan ”Laatu on niistä ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset”. (Suomen standardisoimisliitto)

ISO standardien mukainen laaturjestelmä painottaa johtamistapojen, resurssien hallinnan ja organisaation toimintatapojen ja käytäntöjen dokumentointia, arviointia ja parantamista. (Rissanen 2003, 41.)

ISO – standardin mukaisessa järjestelmässä ulkoinen arviointi tarvitaan sertifiointia varten ja sertifikaatin ylläpitämiseksi arviointi toistetaan säännöllisesti.



Kuva 1. Prosesseihin perustuva laadunhallintajärjestelmän malli (Lähde: SFS-EN ISO 9001:2008 standardi)

Laadunhallinnan periaatteet johtamisen tukena ISO standardissa ovat

1. Asiakaskeskeisyys
2. Johtajuus
3. Työntekijöiden sitoutuminen
4. Prosessiajattelu
5. Järjestelmäkeskeinen johtamistapa
6. Jatkuva toiminnan parantaminen
7. Tosiasioihin perustuva päätöksenteko
8. Molemminpuolista hyötyä tuottavat suhteet toimijoihin

Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuohjelma SHQS (Social and Health Quality Service) pohjautuu kansainväliseen ISQua:n (International Society for Quality in Health Care)

periaatteisiin sekä sertifiointitoimintaa eli auditointia ja laaduntunnustusten myöntämistä koskeviin kansainvälisiin vaatimuksiin. SHQS on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon suomalaisessa organisaatiossa. SHQS laadunhallintaprosessissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation palvelujärjestelmän rakenne, palveluprosessit ja vaikuttavuus tarkastetaan systemaattisesti käyttämällä SHQS -arviointikriteeristöä. Samalla käynnistetään laadunhallintaan ja laatuojelman rakentamiseen tähtäävä kehittämistyö. SHQS -laatuohjelmassa käytettävä arviointikriteeristö on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden arviointitarvetta. Siinä on huomioitu suomalainen lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset sekä hyvä hoitokäytäntö. Kehitystyössä on ollut mukana lukuisia suomalaisia sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. Arviointikriteeristö sisältää ISO9001:2008-standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kielelle (Qualitor 2010).

Kings' Fund – kehitysohjelma on kevytversio ISO 9000 – järjestelmästä. Ohjelmaa soveltaen voidaan saada laaduntunnustus, joka perustuu kansainvälisesti akkreditoituun auditointi- ja arviointijärjestelmään (Rissanen 2003, 126).

4 LAADUNHALLINNASTA SUOMEN SAIRAANHOITOPIIREISSÄ

Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS), Tampereen yliopistollisen sairaalan ja eräiden muiden suomalaisten terveydenhuollon organisaatioiden kokemukset osoittavat, että yritysmaailman käyttöön kehitetyt laadunhallintajärjestelmät soveltuvat myös suomalaisiin sairaaloihin (Rissanen 2003, 127).

Valtiovarainministeriön alaisen KuntaIT:n ja QPR:n yhteistyönä kuntien ja kaupunkien tekemiä prosessimalleja julkaistaan valtakunnallisessa prosessipankissa muiden katseltaviksi. Erikoissairaanhoidolle on avattu oma haaransa, jossa sairaanhoitopiirit voivat julkaista toisilleen prosessejaan ja hoitoketjujaan. Ne ovat kuvattu potilaan prosesseina. (KuntaIT)

KYSissä on sisäisten auditointien järjestäminen aiheuttanut jonkin verran lisäkustannuksia. Tämän on katsottu kompensoituvan arviointien tason ja tehokkuuden parantumisena. Laatujärjestelmän ylläpito ulkoisine ja sisäisine auditointeineen on arvioitu vievän n. 0,1 % sairaalan koko talousarviosta vuodessa. KYSissä johtajat ja henkilöstö ovat omaksuneet jatkuvan parantamisen luonnolliseksi toimintamallikseen (Rissanen, 2003, 128).

Kankaanpään opiston laatu päällikkökoulutuksessa saamani tiedon mukaan organisaatioiden laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoprosesseista ei löytynyt teoreettista mallia siitä miten laatu järjestelmää organisaatiossa tulisi viedä prosessina eteenpäin.

Hallintoylilääkäri Martti Kansanen julkaisemattoman esityksen ”Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu järjestelmä” mukaan tällä hetkellä KYSissä yksi koko sairaalaa koskeva toimintajärjestelmän käsikirja ja lisäksi kaikissa tulosyksiköissä omansa (30 kpl). KYSissä ollaan siirtymässä yhden käsikirjan järjestelmään vuoden 2011 organisaatiouudistuksen yhteydessä. Organisaatio muuttuu paremmin hoitoprosesseja (hoitolinja/-ketju) palvelevaksi ja toimintajärjestelmää aletaan kuvata enemmän prosessikuvausten kautta. Nykyään laadunhallinnan alalla toimivat yritykset myyvät räätälöityjä laatu projekteja.

5 LAADUNHALLINTA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ LAATUKYSELYN MUKAAN

Ensimmäinen laatu kysely toteutettiin 4.-18.11.09 välisenä aikana avoimina kysymyksinä toimialueille suunnattua kyselylomaketta (Liite 2) käyttäen. Lomake toimitettiin sähköpostitse toimialueille johdon assistenttien kautta. Lomakkeet pyydettiin palauttamaan sähköpostitse tai paperiversiona.

Vastaukset saatiin seuraavilta toimialueilta ja niiden vastuualueilta (Liite 3):

- Ensihoidon ja päivystyksen vastuualue
- Huoltokeskus
 - Ruokapalvelukeskus
 - Tekninen keskus
- Konservatiivisen hoidon toimialue

- Fysiatria ja kuntoutus
- Keuhkosairaudet
- Lastentaudit lastenneurologian osalta
- Neurologia
- Sisätaudit/ dialyysi
- Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö
- Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia
- Syöpätaudit
- Geriatria
- Sädehoito
- Apuvälinetoiminnan taseyksikkö
- Operatiivisen hoidon toimialue
 - Hammas-, suu- ja leukasairaudet
 - Korva- nenä ja kurkkutaudit
 - Välinehuolto
- Psykiatrisen hoidon toimialue

Vastauksia ei saatu

- Konservatiivisen hoidon toimialue
 - Ihotaudit
 - Lastentaudit (ei lastenneurologia)
- Operatiivisen hoidon toimialue
 - Kirurgia
 - Leikkaus ja anestesia
 - Naistentaudit ja synnytykset
 - Silmätaudit

5.1 Vastausten yhteenveto

Lomakkeista osa palautettiin sähköpostitse ja osa paperiversiona. Lomakkeiden vastauksista kerättiin yhteisiä piirteitä luokittelemalla samankaltaisuudet ja sen perusteella saatiin muodostettua tiivis yhteenveto. Erikoissairaanhoidon toimialueilla ei pääasiassa ollut käytössä laatujärjestelmiä. Laatujärjestelmät olivat käytössä sisätautien sy-

däntoimenpideyksikössä, syöpätaudeilla (tekninen laadunhallinta) ja välinehuollossa. Laadunhallintaan liittyviä toimenpiteitä oli tehty eniten ensihoidon ja päivystyksen, konservatiivisen hoidon ja joillakin operatiivisen hoidon toimialueilla. Hoito- ja toimintaprosesseja tai hoito-ohjelmia oli kuvattu sairaanhoitopiirissä yhteensä n. 20 kpl. Asiakaspalautetta kerättiin ja hyödynnettiin vaihtelevasti sekä systemaattisesti sitä hyödynnetään mm. ensihoidon ja päivystyksen toimialueella, osittain konservatiivisella toimialueella ja operatiivisella toimialueella korvataudeilla. Vastauksista ilmeni, että toimialueilla ei ollut yksikköjä ohjeistettu asiakas-/ potilaspalautteiden hyödyntämisessä. Yleisesti toivottiin yhtenäisiä valtakunnallisia ohjeistuksia, laadunhallinnan kehittämistä, sisäisiä ohjeistuksia, laatutyöskentelyyn resursointia, laadunseurantaa, laatukriteereitä ja osoitettiin kiinnostusta laadunhallintaa kohtaan. Osoitettiin halua olla ajan hengessä mukana.

Sosiaalipalvelujen toimialueella on laadunhallintaan liittyviä toimenpiteitä tehty n. 10 – vuoden ajan. Erityisosaamiskeskuksen ISO 9001 -laatujärjestelmä on sertifioitu vuonna 2005. Asumisessa ja kuntoutuksessa laadunhallintajärjestelmässä laatukäsikirja on valmis ja ulkoinen esiauditointi suoritetaan syksyllä 2010. Työ- ja päivätoiminnoissa on laatukäsikirja valmis mutta esiauditointiin ei ryhdytty, koska yksiköt siirtyvät kuntayhtymän ulkopuoliseksi toiminnaksi 1.1.2011. Ydinprosesseja on kuvattu tukiprosessien lisäksi n. 20 joista on olemassa prosessikartta. Prosessikokonaisuuden hahmottamiseksi on kuvattu myös prosessipuu. Toimialueen päätoiminen laatupäällikkö aloitti työskentelynsä 1.7.2009 ja on tehnyt 20 % työajastaan erikoissairaanhoidon laadunhallintaan liittyvää selvitystyötä 1.9.2009 alkaen.

Liikelaitos SataDiag:ssa kliinisen kemian ja kliinisen neurofysiologian yksiköissä on käytössä standardiin perustuvat laatujärjestelmät. Kliinisen fysiologian yksikössä, isotooppilääketieteessä ja kuvantamistoiminnassa on käytössä toimintakäsikirja, joka ei perustu selvästi mihinkään standardiin. Kuvantamistoiminnassa on käytössä BSC (Balanced Scorecard eli tasapainotettu tuloskortti). Kliinisen mikrobiologian yksikössä käytetään standardia mutta laatukäsikirjaa ei ole.

Huoltokeskuksen Ruokapalvelukeskuksessa ei ole laatujärjestelmää. Teknisen- ja kiinteistöhuollon tulosityksikölle on v. 2002 hyväksytty toimintajärjestelmä, joka perustuu

Euroopan laatupalkintomallin EFQM mukaiseen laatujärjestelmään ja ISO-9000:2001 standardiin. Vastauksen mukaan toimintajärjestelmä tulisi kuitenkin päivittää.

Vastauksissa saatiin ehdotuksia toimialueen edustajista, joita voidaan tarvittaessa haastatella laadunhallintajärjestelmiin liittyvissä asioissa.

5.2 Laadunhallintajärjestelmien mahdollisuudet ja karikot

Keväällä 2010 Jouko Alinen kysyi kordinaatiotyöryhmän aloitteesta laadunhallintajärjestelmiin perehtyneiltä ja järjestelmän mukaisessa toimintaympäristössä työskenteleviltä henkilöiltä järjestelmien mahdollisuuksia sekä karikoita eli haittoja ja negatiivisia kokemuksia. Kysely ja vastaukset toimitettiin sähköpostitse. Vastaajina olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan johtava viranhaltija, SataDiagin kemisti ja SatSHP:n sosiaalipalvelujen johtaja sekä vs. johtava sosiaalityöntekijä erityisosaamiskeskuksesta. Vastauksen yhteenveto:

Mahdollisuudet

- On yhteisesti hyväksytty toiminnan ja kehittämisen työväline
- Tarpeettomia toimintoja ja käytäntöjä muutetaan tai poistetaan; prosessiajattelu kehittyy
- Samojen asioiden "jankkaaminen" vähenee → auttaa mm. esimiestyössä
- ”Pakottaa” läpikäymään toiminnan perustan kuten arvot, substanssin (perustehävät), visiot ja päämäärät
- Osana esimiestyötä luo selkeät ja samanlaiset raamit toiminnalle, eri vastuualueille ja -yksiköille
- Toiminnan kuvaaminen → läpinäkyvyys → vastuut ja toimenkuvat → yhteistoiminnallisuus → käytäntöihin sitoutuminen → ennakoiva, suunnitelmallinen ja järjestelmällinen toiminta → seurantajärjestelmät ja mittarit → vaikuttavuuden arviointi → jatkuvan parantamisen ideologia → potilas- /asiakastyytyväisyys
- Tekee työpaikasta työntekijöitä houkuttelevan
- Annetaan kuva siitä, että työpaikka on jatkuvasti kehittyvä ja eteenpäin pyrkivä

Karikot

- Edellyttää sitoutumista pitkäjänteiseen prosessin läpiviemiseen

- Edellyttää prosessin alkuvaiheessa lisäresursointia
- Laadunhallintajärjestelmä keskittyy vain joidenkin vastuulle
- Johdon ja henkilöstön sitoutumisen aste
- Ei poista kaikkia ongelmia
- Laaturjärjestelmä ei aina taivu elävän elämän monimuotoisuuteen
- ”Kun tekee muutoksen johonkin kohtaan, on mietittävä mihin kaikkeen muuhun se vaikuttaa laaturjärjestelmän kokonaisuudessa”

Laadunhallintajärjestelmän luomisen aikaisia karikoita

- Työn resursoinnin ongelmat ja henkilöstön muutosvastarinta erit. alkuvaiheessa
- Vastuut olivat epäselviä ja johdon osittainen sitoutumattomuus
- Laaturyö koettiin toiminnasta irrallisena osana
- Laaturjärjestelmän luominen keskittyi harvoille ihmisille oman työnsä ohessa

6 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTOA TUKEVAT AIEMMAT TOIMENPITEET SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Sairaanhoitopiirissä on ohjeistuksia, sääntöjä, määrityksiä, projektituloksia ja toimintoja jotka voidaan hyödyntää laadunhallintajärjestelmän vaatimusten täyttämiseksi. Shp:n toiminta- ja taloussuunnitelman rakennetta vertaamalla ISO 9001:2008 standardin rakenteeseen saadaan analysoitua sitä, mitkä olemassa olevat rakenteet tukevat esimerkiksi ISO – laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoa.

6.1 Shp:n toiminta- ja taloussuunnitelman vertaaminen ISO 9001:2008 standardiin

Yhteisiä vertailtavia aihealueita löytyi kartoituksen mukaan kahdeksan eli valmiiksi kuvattuja laadunhallinnallisiakin rakenteita sairaanhoitopiirissä on jo olemassa.

Toiminta- ja taloussuunnitelma 2010–2012	ISO 2001:2008 standardi
1.1.4 Sairaanhoidopiirin toiminnan ja talouden keskeiset riskit	0.1 Organisaation laadunhallintajärjestelmän suunnitteluun ja toteutukseen vaikuttaa mm. organisaation toimintaympäristö ja tämän ympäristön muutokset sekä siihen liittyvät riskit
1.1.9.1 Henkilöstöpolitiikka intranet/ muu ohjeistus: henkilöstöstrategia	7.5.2 Organisaation tulee varmistaa henkilöstön pätevyys sekä henkilöstön pätevyyden toteamista koskevat vaatimukset.
1.1.10 Toiminnan vaikuttavuus ja tuottavuus	6.2.2 Organisaation tulee arvioida mm. henkilöstön koulutukseen liittyvien toimintojen vaikuttavuus
1.2 Strateginen suunnitelma	Standardissa edellytetään toiminnan systemaattista suunnittelua ja vision luomista
1.3 Arvot ja toiminta-ajatus sekä päämäärät	5.3 Laatuolitoitiikka: laatuolitoitiikka soveltuu organisaation toiminta-ajatuksen ja muodostaa perustan laatuavoitteiden asettamiselle ja katselmoinnille. Laatuksikirjassa laatuolitoitiikkaan sisällytetään toiminta-ajatus, arvot, eettiset periaatteet ja toiminnan visiot
1.7 Organisaatiokaavio	Standardissa edellytetään, että määritetään organisaatorakenne, vastuut ja valtuudet
2. Talousarvio	Talousarvioprosessi on organisaation yksi tukiprosessi. Myös tukiprosessit tulee kuvata ydinprosessien lisäksi.
2.2 Sitovat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet liittyvät palveluiden laatuun ja asiakastytyväisyyteen, prosessien sujuvuuteen, henkilöstön aikaansaannoskykyyn, palveluiden uudistumiseen ja talouteen. 2.4 Toimialueiden toiminnalliset tavoitteet	7.1 Standardissa edellytetään määrittelemään tuotteen toteuttamisen ja palveluprosessin sekä asiakastytyväisyyden (8.2.1) mittaaminen. Standardissa edellytetään toiminnallisten vaatimusten (7.3.2) ja laatuavoitteiden (5.1) laatimista, katselmointia sekä toteutumisen mittaamista.

Taulukko 1. SatSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelman vertailu ISO 9001:2008 standardin mukaiseen laadunhallintajärjestelmään.

6.2 Laadunhallintatyöhön liittyviä aiempia ja nykyisiä toimenpiteitä sairaanhoitopiirissä

Sairaanhoitopiirin olemassa olevat rakenteet kuten voimassa olevat säännöt, ohjeet, hoito- ja palveluprosessit, palvelukuvaukset, hoitomallit, järjestelmät ja asiakaspalautteiden sekä ns. laatupoikkeamien keräämiskäytännöt ovat myös olemassa olevia laadunhallinnan rakenteita.

6.2.1 PotYdin – hanke

PotYdin -hankkeessa toiminnan kehittämisenä pyritään yhtenäistämään ja virtaviivaistamaan työkäytäntöjä sekä lisäämään toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta. Yhtenäisillä työtavoilla pyritään takaamaan jokaisessa yksikössä tehokkaan ja laadukkaan toiminnan vaatimukset. Lisäksi perehdytys siirryttäessä yksiköstä toiseen käy nopeammin. Yhtenäinen tietosisältö takaa tietyn minimisisällön. PotYdin -hankkeen työpaketit ovat lääkitystietojen käsittely, rakenteinen kirjaaminen, riskitietojen kirjaaminen ja määräysten käsittely. Hankkeessa on kuvattu potilashoitoketjujen prosessien perustiedot ja tiedonhallinta toimialueittain. (PotYdin – raportti 2009)

6.2.2 Hoito- ja palveluprosessit, palvelukuvaukset, hoitomallit ja järjestelmät

Erilaisia kuvauksia ja prosesseja on tehty mm ensihoidon- ja päivystyksen, konservatiivisen- ja operatiivisen hoidon sekä psykiatrian toimialueilla. Tukiprosesseista on kuvattu välinehuollon prosessit.

Sairaanhoitopiirissä on meneillään potilasturvallisuutta edistäviä hankkeita joiden painopistealueena ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Osastonhoitajien käsikirja (intranet Hiisinetissä) on tarkoitettu työvälineeksi päivittäiseen työhön ja siihen kerätty informaatio sisältää samoja elementtejä kuin toimintakäsikirjat.

Uhka- ja vaaratilanteiden tapahtumaraportointijärjestelmä sekä kehityskeskustelukäytännöt tukevat resurssien hallinnassa henkilöstön työturvallisuus ja työhyvinvointitoimintaa. HAIPRO -terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu,

joka tukee laadunhallinnan näkökulmasta palveluiden tuottamista ja hoidon toteutusta. ILPO – lääkepoikkeamien ilmoitus- ja yhteenvedojärjestelmä tukee potilasturvallisuutta ja hoidon toteutusta.

Sairaanhoitopiirin keskeiset sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan kehittämisaalueet kaudella 2011 – 2013 tulevat olemaan mm. potilasturvallisuuden ja hoidon laadun varmistamisen kehittäminen. Potilasturvallisuuden parantamisessa painopistealueina ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Potilasvahinkojen seurannan historia on oleellista huomioida laadunhallintajärjestelmän käyttöönotossa.

Satakunnan sairaanhoitopiiri						
Vuosi	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Potilasvahinkoilmoitukset	184	173	180	176	124	121
Korvatut vahinkopäätökset	58	48	53	55	39	30

Taulukko 2. Potilasvahingot vuosina 2005 – 2010

7 LAADUNHALLINTAJÄRJESTELMÄÄN LIITTYVIÄ RATKAISUJA

Laadunhallintajärjestelmän rakentamisessa on huomioitava tekniset ratkaisut niin, että järjestelmän käyttäjän on mahdollisimman kätevä löytää etsimänsä tieto ja järjestelmät mahdollistavat ajanmukaisen prosessien mallintamisen, asiakirjojen ja tallenteiden ope-roinnin ja arkistoinnin. Toiminnan mittaamiseen ja analysointiin asiakaskyselyissä käytetään mm. sosiaalipalvelujen toimialueella SatSHP:n käytössä olevaa Webropol – kyselyohjelmaa. Ohjelma kätevoittää kyselyihin vastaamista, raporttien tekemistä ja tulosten analysointia.

7.1 QPR ProcessGuide

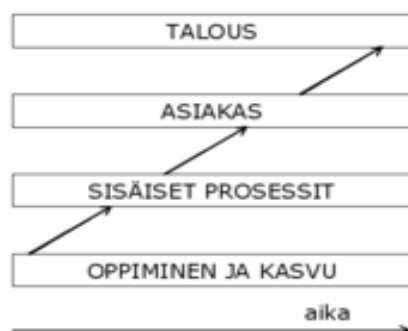
QPR ProcessGuide on kokonaisvaltainen ohjelmisto prosessien kuvaamiseen ja johtamiseen, joka on erityisesti suunniteltu prosessien hierarkkiseen mallintamiseen, ei pelkään vuokaavioiden piirtämiseen: QPR ProcessGuidessa mallien prosessielementit, ku-

ten prosessiaskelmat ja virrat, ovat todellisia mallinnusobjekteja vapaasti määriteltävine metatietoineen. QPR järjestää kahdesti vuodessa kokoontuvan terveydenhuollon käyttäjätapaamisen missä tavoitteena on luoda yhtenäiset terveydenhuollon prosessien mallinnusmenetelmät. KunnatIT – www sivuilla prosessipankissa on ammattilaisille nähtävissä eri tahojen prosessikuvauksia. Metatiedon lisäksi prosessikuvauksissa käytettävistä elementeistä voi olla suorat linkit haluttuihin dokumentteihin, esimerkiksi työhohjeisiin. (QPR 2011)

7.2 Balanced Scorecard

Organisaatiossa tehdään strategisia valintoja joko perinteisten (talous, asiakkaat, prosessit, oppiminen) tai organisaation itsensä valitsemien näkökulmien välillä. Selkeiden strategiakarttojen avulla voidaan organisaatiolle tärkeät painopistealueet syy-seuraussuhteineen kommunikoida helposti ja tehokkaasti. Strategia konkretisoidaan tavoitteiden mukaisiksi toimintasuunnitelmiksi ja näiden toteutumisen seurantaan kuvaaviksi mittareiksi organisaation eri tasoille. Järjestelmä tuottaa läpinäkyvää tietoa organisaation toiminnasta ja mahdollistaa tavoitteiden toteutumisen helpon seurannan sekä tarvittaessa nopeat ohjaus- ja korjaustoimenpiteet. Mittaamisessa tarvittava tieto kootaan eri järjestelmistä.

Kun tietojen seuranta ja raportointi tapahtuu yhtenäisesti, voidaan käyttää esim. Balanced Scorecardia ja näin tuloskortin sekä toimintajärjestelmän käyttö tukevat toisiaan. BSC on strategisen johtamisen työväline, joka yhdistää vision ja strategian toimintaan sekä prosessien toteutukseen (Rissanen 2003, 126)



Kuva 2. BSC:n syy-seurauskuvaus (Lähde: Wikipedia/ Balanced Scorecard)

Laadunhallintajärjestelmä on strategian toteuttamisen apuväline eli siten johtamisjärjestelmä, joka auttaa tavoiteltavien asioiden ja palvelujen vaikuttavuuden turvaamisessa.

7.3 Dokumenttien hallinta

Laadunhallintajärjestelmän toteuttamisessa oleellista on se miten toteutetaan asiakirjojen, lomakkeiden, tallenteiden ja dokumenttien tarkastus, hyväksyntä, versiohallinta, käyttäjähallinta ja arkistointi. Tunnetusti yleisiä ongelmia syntyy, kun versiohallinta ja löydettävyys ontuvat ja saatetaan käyttää vanhentuneita lomakkeita, ohjeita sekä sääntöjä. Myös em. asiakirjojen yhteiskäyttöön ei kiinnitetä huomiota ja käytetään aikaa samantyyppisen asian uudelleen kehittämiseen samassa organisaatiossa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä yhteisenä asiakirjaratkaisuna ja henkilöstöinfona toimii www – pohjainen Hiisinet.

KYSin tyyppisessä sairaalassa on käytössä 4000 ohjetta tai tutkimus- ja hoitoprotokollaa. Ainakin 2/3 niistä soveltuu useamman kuin yhden yksikön käyttöön (Kansanen ym. 2003).

Dokumenttien hallinnassa on mahdollista käyttää mm. seuraavia ratkaisuja:

IMS – ratkaisu

IMS™ ratkaisu mahdollistaa koko organisaation dokumentaation hallinnan. Asiakirjat löytyvät yhdestä paikasta ja ovat aina ajan tasalla. Version hallinta ja löydettävyys helpottuu ja vanhentuneiden asiakirjojen käyttö estyy. Muistiot, tarkastusraportit ja muut toiminnan tuloksena syntyneet dokumentit säilytetään tallenteina. Asiakirjat voidaan hallinnoida myös jossakin muussa dokumenttien hallintajärjestelmässä ja katsella IMS™:ssä. (IMS 2011)

SharePoint

SharePoint pystyy kokoamaan eri tietolähteissä olevan tiedon käyttäjien kannalta yhtenäiseen näkymään, jonka kautta työntekijät pysyvät paremmin ajan tasalla organisaation toiminnasta. Tiedon jakaminen, yhteiskäyttö ja kommunikointi ovat SharePoint -ympäristössä luonnollinen osa työskentelyä. Dokumenttien hallinnassa mahdollistuu käyttöoikeuksien määrittely, dokumenttien ryhmittelyt ja versiohallinta.

Dynasty ja DocMGR

Dynasty ja DocMGR ovat tarkoitettu asiakirjojen tuottamiseen, versiointiin, lajitteluun ja hakuun tarkoitettuja järjestelmiä.

Dokumenttien- ja tiedonhallintajärjestelmän käyttöönotto organisaatiossa voi tapahtua vaiheittain esim. niin, että aluksi laadunhallintajärjestelmä rakennetaan tiedonhallintajärjestelmän sisään ja myöhemmin laajennetaan em. järjestelmän käyttöönottoa laajemmin.

8 LAADUNHALLINNAN TAHTOTILA SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Tahtotilaan liittyen tehtiin syksyllä 2010 uusi kysely niille vastuu- ja toimialueille mistä ei vastausta v. 2009 saatu. Lomake lähetettiin sähköpostitse suoraan toimialuejohtajille, ylihoitajille ja vastuuyksiköiden johtajille. Toimi- ja vastuualueille suunnatun kysymyksen kvalitatiiviset vastaukset oli luokiteltavissa niin, että niistä saatiin selville positiivinen, negatiivinen tai neutraali tahtotila asiaan liittyen. Lähetetty kysymys oli: ”Mitkä ovat ajatuksenne ja toiveenne laatujärjestelmien ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämisestä vastuualueellanne tulevaisuutta ajatellen?” Kysely lähetettiin 31 taholle ja vastaajia oli 27 (87 %).

8.1 Tahtotilaan liittyvät vastaukset toimi- ja vastuualueittain

Joitakin vastauksia on referoitu

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue

Tahtotila on vahva. Potilasturvallisuus ja laadunhallinta tulisi yhdistää.
Toimialue tarvitsisi päätoimisen laatupäällikön.

Konservatiivisen hoidon toimialue

Fysiatria ja kuntoutus

Suunnittelijan palkkaaminen varmistamaan terapiapalvelun sisällön laatua, shp:n yhteinen hoitotyön laadunhallintajärjestelmä

Ihotaudit Vastaavia järjestelmiä mitä on muissakin sairaanhoitopiireissä

Keuhkosairaudet

Laadunhallintaa pitäisi kehittää – koulutusta toivotaan

Lastentaudit -

Lastentaudit/ lastenneurologia

Arvioita ja vertailua kansallisella tasolla työstämme olisi hyvä saada.

Neurologia Sisäisen ohjeistuksen laatiminen hiljalleen laatu järjestelmän mukaisesti.

Sisätaudit/ geriatria -

Sisätaudit/ dialyysi

Olemme kiinnostuneita aiheesta

Sisätaudit/ Sisplk/ endoskopiayksikkö

- Endoskopiayksikkö palvelee kahdessa paikassa Raumalla ja Satks:ssa. Hygieeninen laadunvalvonta endoskooppien osalta tapahtuu endoskooppien pesukoneiden laaduntarkkailulla ja säännöllisillä huolloilla, lisäksi hygieniayksikkö käy puolivuositain katsastamassa endoskopiatiilat. Pesukoneissa on riskitähystysten jälkeen(tuberkuloosi ym.) omat pidemmät pesuohjelmansa puhtaustason säilyttämiseksi.
- Endoskopiaturkimuksiin pääsee päivystyksellisesti joustavasti, mutta puolikiireellisiin tutkimuksiin on painetta, koska tähystäjien määrä on väestömäärään nähden liian niukka tällä hetkellä ja aiheuttaa painetta työntekijäpäässä.
- Endoskooppien huoltokatsastukset tehdään osin säännöllisesti ja rikkoutuneet skoopit saadaan nopeasti huoltoon ja tarvittaessa varaskoopit tilalle.

- Tulevaisuutta ajatellen valtakunnallinen tähystysrekisteri (IBD -rekisteri) olisi tarpeen tiettyjen suolistosairauksien säännöllisen seurantarpeen kannalta, jotta tähystykset toteutuisivat suositelluissa ajankohdissa ja lisäksi saataisiin kattavaa tietoa mm suolistosairauksiin liittyvistä maligniteettiriskeistä.
- Kirjaamiseen hoitajat ovat panostaneet, josta tarpeen mukaan saadaan selvitettyä tähystimillä tehtyjä komplikaatioita esim. hankalissa infektiotapauksissa.

Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö

Valtakunnallinen sydänpotilaiden rekisteri olisi tarpeen, jotta keskuksia voitaisiin vertailla.

Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia

Toivotaan sairauskertomusjärjestelmää, jossa tautikohtainen näkymäasettelu nostettavissa esille. Näkymään voisi nostaa tarvittavat laatumittarit ja käytössä oleva hoito

Syöpätaudit Säteihoidon laatuhyöskentely vaatii erillistä resursointia. Auditointi viimeistään v. 2011.

Apuvälinekeskus

Yhtenäisen valtakunnallisen ohjeistuksen saaminen

Operatiivisen hoidon toimialue

Hammas-, suu – ja leukasairaudet

Jonkinasteinen jatkuva laadunseuranta ja tätä kautta edelleen kehittäminen sekä hoidon, potilaan että työntekijän näkökulmasta

Kirurgia Jos lähdetään sertifiointilinjalle, tarvitaan paljon työtä ja aikaa. Jos kerätään vain olemassa oleva tieto laadunhallintaa varten, tarvitaan myös työtä

ja resursointia. Tällä hetkellä ei ole tällaista kokonaissuunnitelmaa, mutta se saattaisi olla aiheellista.

Leikkaus ja anestesia

- Leikkaus- ja anestesiatoiminta voisi olla hyvinkin kattavasti laadunhallintajärjestelmän mukaista varsinkin elektiivinen toiminta. Päivystystoimintaa on vaikeampi hallita. Asioiden kuvaaminen ja toimintatapojen noudattaminen laatukäsikirjan mukaisesti olisi aivan mahdollista. Nytkin toimimme hyvin kaavamaisesti aina preoperatiiviselta käynniltä postoperatiiviseen vaiheeseen.
- Päiväkirurgiaan olisi helpointa liittää laadunhallintajärjestelmä ja ryhtyä tavoittelemaan laatupalkintoakin.
- Helpointa olisi ottaa laatujärjestelmä käyttöön, jos meillä olisi kauan kaivattu ohjausjärjestelmä ja sähköinen perioperatiivinen kertomus. Koska niitäkään ei olla saatu, on toteutus vaikeampaa.
- Suurin laadullinen uudistus leikkaustoiminnassa on ns. Check-listan käyttöönotto.
- Tällä hetkellä meillä ei ole juurikaan aikaa tehdä työtä, jota laatujärjestelmän pystytys vaatii. Jos joku ulkopuolinen taho ottaisi sen projektikseen, olisimme vaan tyytyväisiä.
- Meillä on varsinaisen leikkaustoiminnan lisäksi monta toimintaa tukevaa prosessia, mitkä myös pitäisi kuvata, esim. tavaranhallinta ja investoinnit.
- Laatu mittaamme nykyisin toimenpiteiden ja anestesioiden määrillä, potilaiden ns. läpimenoajoilla, saliajan riittävyydellä, heräämön kuormitusluvuilla, peruutusten määrällä, kivunhoidon mittareilla, haavainfektioiden määrällä, toiminnasta tehtyjen valitusten tai kanteluiden määrällä, jonojen pituudella ja tietysti budjetin toteutumisella. Seuraamme lääkemenkulutusta, erilaisia anestesiämääriä, henkilökunnan sairastamista, hätätoimenpiteiden määrää, päivystystöiden määrää, koulutusten toteutumista ym.

Korva- nenä- ja kurkkutaudit -

Naistentaudit ja synnytykset

Toivotaan helppohoitoista, mutta riittävän kattavaa ja herkkää laadunhallintajärjestelmää

Silmätaudit (referaatti)

Yhteenvetona silmäosasto toteaa, että laadun ja tehokkuuden valvonta on välttämätöntä. Laadunvalvonta ja tehokkuuden valvonta voidaan yhdistää. Valvonnassa käytettävien mittarien pitää olla mahdollisimman yksinkertaisia ja selkeitä. Kaiken kaikkiaan valvonta pitää voida toteuttaa hyvin pienillä voimavaroilla.

Välinehuolto

Yhtenäiset auditoitavat laatuksiteerit koko shp:n välinehuollon vastuualueella.

Psykiatrisen hoidon toimialue, toimialueen johtoryhmän lausunto (referaatti)

- Psykiatrisen hoidon toimialueella hoidon laatua pidetään tärkeänä asiana. Toimialueen johtoryhmä katsoo kuitenkin virallisen, strukturoidun laatu-järjestelmän sisäajan vaativan huomattavia henkilöstöresursseja ja aiheuttavan myös ylimääräisiä kustannuksia. Psykiatrian osalta lienee realistista, että vuosittaisia toimintasuunnitelmia tehtäessä huomioidaan erikseen laatutyö, jota kautta, askel askeleelta, rakennetaan laadun parantamista ja kehittämistä.
- Seuraamme tilannetta ja olemme tarvittaessa valmiit resurssiemme mukaan osoittamaan tietyn osan muutaman työntekijän työajasta laatutyöhön.

Nuorisopsykiatria

Talon ylin johto on taho, joka valitsee ja ottaa kantaa laatu-järjestelmään. Sen jälkeen yksiköt toteuttavat sitä, mikä on valittu ja sovittu.

Sosiaalipalvelujen toimialue

Asumisen ja kuntoutuksen laadunhallintajärjestelmän sertifiointi ISO 9001:2008 laadunhallintajärjestelmän mukaisesti v. 2011. Näin koko toi-

mialueella on sertifioitu toimintajärjestelmä ja sen mukaisesti jatkossa toimitaan.

Huoltokeskus/ materiaalikeskus -

Huoltokeskus/ ruokapalvelukeskus -

Huoltokeskus/ siivouskeskus (referaatti)

- Siivouskeskuksen laatujärjestelmien ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämiseksi tulisi kehittää toimintaa arvioivia mittareita ja palautejärjestelmiä, joiden avulla toimintaa voidaan tarkastella, arvioida ja kehittää edelleen. Laadunhallintajärjestelmän tarkoituksena olisi parantaa asiakastytyväisyyttä.
- Johdonmukainen ja säännöllinen laadun arviointi antaisi työntekijöille mahdollisuuden osallistua työn kehittämiseen ja varmistaa toiminnan tarkoituksenmukaisuuden. Laadunhallintajärjestelmän tulisi antaa siivouskeskukselle työvälineitä siivoustyön laadun arvioimiseen ja siinä tulisi ottaa huomioon asiakkaiden sekä työntekijöiden näkökulmia.
- Siivouskeskuksen tulisi pystyä tuottamaan palveluita, jotka täyttävät asiakkaiden vaatimukset. Myös toiminnan tehokkuutta tulisi pysyä arvioimaan. Laatukäsikirja selkeyttäisi yhtenäisiä työtapoja siivouskeskuksen sisällä. Toimintaa on useassa eri toimipisteessä ja työtavat vaihtelevat eri kohteissa.

Huoltokeskus, tekninen keskus

Teknisen- ja kiinteistöhuollon tulosityksikölle on v. 2002 hyväksytty toimintajärjestelmä, joka perustuu Euroopan laatupalkintomallin EFQM mukaiseen laatujärjestelmään ja ISO-9000–2001 standardiin, työterveys- ja työturvallisuusjärjestelmiin, työehtosopimukseen sekä sairaanhoitopiirin ohjeisiin ja säännöksiin. Organisaation osalta järjestelmä pitäisi päivittää tämän hetkiseen tilanteeseen.

Logistiikkakeskus -

Liikelaitos SataDiag (referaatti)

Tiivistelmä vastauksesta: kuvantamisen laadunhallintajärjestelmien kehittäminen. 2012 - 2014 akkreditoinnin pätevyysaluetta laajennetaan kattamaan suuri osa laboratorion 16 toimipisteistä. Vuonna 2012 laboratorion tietojärjestelmien auditointi. Laatujärjestelmät ja ohjeistukset saisivat olla kaikkien nähtävillä sairaalan sisäisessä verkossa. Sisäisessä asiakaspalautejärjestelmässä on kehittämistarpeita. Kuvantamisen laadunhallintajärjestelmien kehittäminen. Kliinisen kemian laboratoriossa otetaan käyttöön v. 2011 EN ISO/IEC 17025 rinnalle EN ISO 15189

8.2. Vastausten yhteenveto

Vastausten yhteenveto	Positiivinen tahtotila (+), neutraali (+/-), negatiivinen tahtotila (-)	
Toimialue/ vastuualue	Esitetyt laadunhallinnalliset tarpeet ja toiveet	
Ensihoidon ja päivystyksen toimialue	Laadunhallinnan kehittämisen tahtotila on vahva. Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan yhdistäminen	+
Konservatiivisen hoidon toimialue		
Fysiatrია ja kuntoutus	Yhteinen hoitotyön laadunhallintajärjestelmä	+
Ihotaudit	Vastaavia järjestelmiä mitä muissakin sh -piireissä	+
Keuhkosairaudet	Laadunhallinnan koulutusta	+
Lastentaudit	-	
Lastentaudit/ Lastenneurologia	Arvioita ja vertailua kansallisella tasolla	+
Neurologia	Sisäisen ohjeistuksen laatiminen	+
Sisätaudit/ geriatria	-	
Sisätaudit/ dialyysi	Kiinnostusta on	+
Sisätaudit/ endoskopiayksikkö	Valtakunnallinen tähyystysrekisteri, IBD	+
Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö	Valtakunnallinen sydänpotilaiden rekisteri	+
Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia	Kehitettävä sairauskertomusjärjestelmää: tautikohtainen näkymäasettelu nostettavissa esille; laatumittarit	+
Syöpätaudit	Sädehoidon auditointi v. 2011	+
Apuvälinekeskus	Yhtenäisen valtakunnallisen ohjeistuksen saaminen	+
Operatiivisen hoidon toimialue		
Hammas-, suu - ja leukasairaudet	Jonkinasteinen jatkuva laadunseuranta	+
Kirurgia	Laadunhallinnan kokonaissuunnitelma saattaisi olla aiheellista	+/-
Leikkaus ja anestesia	Jos joku ulkopuolinen taho ottaisi laadunhallinnan projektikseen, olisimme tyytyväisiä	+
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	-	
Naistentaudit ja synnytykset	Toivomuksena helppohoitoinen kattavaa ja herkkälaadunhallintajärjestelmä	+
Silmätaudit	Laadun ja tehokkuuden valvonta on välttämätöntä ja ne voidaan yhdistää	+

Välinehuolto	Luodaan yhtenäiset auditoitavat laatukriteerit	+
Psykiatrisen hoidon toimialue	Aiheuttaa kustannuksia ja edellyttää henkilöstöresursseja. Askel askeleelta rakennetaan laadun parantamista ja kehittämistä	+
Nuorisopsykiatria	Johto tekee laadunhallinnan valinnan ja muut toimivat sen mukaan	+/-
Sosiaalipalvelujen toimialue	ISO 9001:2008 laadunhallintajärjestelmän sertifiointitavoite v. 2011 koko toimialueella.	+
Siivouskeskus	Laatukäsikirja selkeyttäisi yhtenäisiä työtapoja siivouskeskuksen sisällä	+
Huoltokeskus		
Huoltokeskus/ materiaalikeskus	-	
Huoltokeskus/ ruokapalvelukeskus	-	
Huoltokeskus/ siivouskeskus	Tulisi kehittää toimintaa arvioivia mittareita ja palautejärjestelmiä. Laatukäsikirja selkeyttäisi yhtenäisiä työtapoja siivouskeskuksen sisällä.	+
Huoltokeskus/ tekninen keskus	V. 2002 on hyväksytty toimintajärjestelmä (EFQM ja ISO 9000) Järjestelmiä pitäisi päivittää.	+
Liikelaitos SataDiag	Kuvantamisen laadunhallintajärjestelmien kehittäminen. 2012 - 2014 akkreditoinnin pätevyysaluetta laajennetaan kattamaan suuri osa laboratorion 16 toimipisteistä. 2012 laboratorion tietojärjestelmien auditointi	+
Kliinisen kemian laboratorio ja RAS:n laboratorio	Otetaan käyttöön v. 2011 EN ISO/IEC 17025 rinnalle EN ISO 15189	+
Kliinisen mikrobiologian laboratorio	Laatujärjestelmä otetaan vähitellen käyttöön	+
VASTAUKSIA YHTEENSÄ		27

Taulukko 3. Vastausten strukturointi koskien laadunhallinnan tahtotilaa Satakunnan sairaanhoitopiiriin toimi-/ vastuualueilla syksyinä 2009 ja 2010

Laadunhallinnan kehittämisen tahtotila on positiivinen 23:llä vastaajalla (85 %). Kolme vastaajaa, kirurgian vastuualue ja psykiatrisen hoidon toimialueen johtoryhmä ja nuorisopsykiatria antavat melko neutraalin vastauksen.

Yhteenvetona voidaan todeta ajatusten ja toiveiden olevan laatujärjestelmien ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämisessä positiivinen. Tästä päätellen Satakunnan sairaanhoitopiirissä on hyvät edellytykset laadunhallintajärjestelmätyöskentelyn aloittamiselle.

9 POHDINTA

Kaikkien edellä saatujen tulosten perusteella on hyvät lähtökohdat tehdä suunnitelma laadunhallintatyön käynnistämisestä, joka on mahdollista toteuttaa projektoituna laadunhallintajärjestelmän käyttöönottona. Suunnitelma laadunhallintatyön käynnistämisestä Satakunnan sairaanhoitopiirissä on tehty hyödyntäen Suomen sairaanhoitopiirien ja Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunhallintakartoitusten tuloksia. Kartoituksen tekijän kokemukset n. 10 vuoden ajalta sosiaalipalvelujen toimialueen laadunhallintajärjestelmän rakentamiseen ja käyttöön liittyen on hyödynnetty. Laadunhallinta-alan kirjallisuutta on hyödynnetty järjestelmien rakennetta, ominaisuuksia ja käyttöönottoa kuvattaessa.

9.1 Suunnitelman perusteluja ja lähtökohtia

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006) tavoitteena on terveyden edistämisen toimintakentän jäsentäminen ja kuntien laadunhallintatyön tukeminen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehityksessä yksi painopistealue tulee olemaan laatusuositusten ja laadunhallintajärjestelmien kehittäminen, jota edellyttää tulevat terveydenhuoltolain muutokset. Tulevassa terveydenhuoltolaissa tullaan korostamaan tilaaja - tuottaja – mallin käyttöön ottamista, joka synnyttää kilpailua julkisen ja yksityisen palveluntuottajien kesken. Tämän seurauksena markkinamekanismien avulla tehokkuus lisääntyy. Tämän toteutuminen taas edellyttää mm. palvelujen tuotteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa, hankintaosaamista ja laadunvalvontaa. Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa, joka edellyttää sitä, että turvallinen hoito on vaikuttavaa ja se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa KASTE 2008–2011 kehittämisohjelman yhtenä kolmesta päätavoitteesta on palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen sekä alueellisten erojen vähentyminen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden parantaminen on koko ohjelmakauden keskeisin tavoite. Kehittämisohjelmassa vertaiskehittämisen välineinä ovat mm. palvelujen laadun kehittäminen, vaikuttavuuden mittaaminen ja pohjan luominen laatusuositusten uusimiselle. Kehittämisohjelman mukaan tarvitaan uuden sukupolven laatusuosituksia, jotka perustuvat tasapainoista palvelurakennetta, toimivia prosesseja, toiminnan tuloksia ja vaikuttavuutta osoit-

tavaan tietoon. Vertailukehittämisen kautta on mahdollista nostaa esiin hyviä käytäntöjä, jotka voidaan myös ymmärtää laatusuosituksina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Tulevassa terveydenhuoltolaissa nykytiedon mukaan tullaan painottamaan potilasturvallisuutta ja laatua vaikka laki ei tule velvoittamaan laadunhallintajärjestelmien käyttöönottoa. Terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava suunnitelmat laadun hallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen ovat kaikki osa laadukasta sairauden hoitoa. Painotuksena on erikoissairaanhoidon työnjaosta sopiminen ja toiminnan yhteensovittaminen. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Sairaanhoitopiirit vastaavat perusterveydenhuollon, laboratoriotoiminnan ja röntgenin sekä kuntoutuksen kehittämisen ohjauksesta ja laadunvalvonnasta. Tulevina vuosina muun muassa laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät ratkaisut, terveydenhuollon yhteistyö, ensihoidon kehittäminen ja terveyden edistäminen tuovat keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseen (Risikko 2010).

Tulevassa terveydenhuoltolaissa ei tulla velvoittamaan laadunhallintajärjestelmien käyttöönottoa.

9.2 Tavoitteet

Päätavoitteena on luoda tuleva terveydenhuoltolain painotusten ja laatusuositusten mukainen laadunhallintajärjestelmä koko Satakunnan sairaanhoitopiirin toimintoihin.

Tavoitteena on luoda potilas- ja asiakaslähtöinen toimintajärjestelmä joka tukee

- sairaanhoitopiirin strategian toteuttamista
- laadunhallinnallista kokonaisuutta
- johtamista
- potilas-/ asiakasturvallisuutta
- potilas-/ asiakaslähtöisten ja tasalaatuisten palveluiden tuottamista

Tavoitteena on myös luoda laadunhallintajärjestelmä missä laatu syntyy arkipäivän työssä.

Järjestelmälliseen laadunhallintaan siirtyminen on organisaation johdon strateginen päätös. Strategiseen päätökseen sisältyy myös sen määrittely, kuinka pitkälle menevään järjestelmään halutaan siirtyä ja millä aikataululla se toteutetaan.

9.3 Toiminnan organisointi

Laadunhallintajärjestelmän käyttöönotto tapahtuu innovaatioprosessina, joka tulee suunnitella mahdollisimman hyvin etukäteen. Tulee muistaa, että jokainen organisaatio rakentaa järjestelmät omien tarpeittensa mukaisesti. Laadunhallinnan viitekehys ottaa kantaa, mihin organisaatiossa tulee kiinnittää huomiota ja mikä järjestelmä milläkin toimintojen alueella on tarkoituksenmukaisinta valita. Laadunhallintajärjestelmillä on paljon myös yhteisiä piirteitä. Laadunhallintajärjestelmää innovoitaessa järjestelmille yhteisiä asioita ovat mm. prosessit, mittarit, johdon ja organisaation tuki, henkilöstön sitoutumisen välttämättömyys, järjestelmän käyttöönoton aikaansaamat muutokset ja laatukulttuuri eli toimintatapojen innovoiminen (Laadunkehittäjän työkalupakki, 109–110).

9.4 Aiempien toimenpiteiden hyödynnettävyys laadunhallintajärjestelmän käyttöönotossa

Potilasturvallisuutta lisäävät toimenpiteet liittyvät mm. laadunhallintajärjestelmän eettisiin periaatteisiin ja hoidon toteutukseen. Yhtenäisiä työtapoja saavutetaan toimintaohjeisiin ja sääntöihin sitoutumisella, joka on oleellinen osa laadunhallintajärjestelmän mukaisessa toiminnassa. Henkilöstön perehdytys on oleellinen osa resurssien hallintaa. Laatukriteerien mukaan organisaation tulee varmistaa, että henkilöstö on tietoinen työtehtäviensä merkityksestä ja tärkeydestä sekä siitä, miten he vaikuttavat laatutavoitteiden saavuttamiseen. Tiedonhallinnassa ja -analysoinnissa tietojärjestelmäselosteet sekä toimintaohjeet ja säännöt potilas-/asiakastietojen hallinnassa ovat osa laadunhallintajärjestelmää.

Laiteturvallisuus liittyy resurssien hallintaan. ISO – standardin mukaan organisaation tulee määrittellä suoritettavat seurannat ja mittaukset sekä tarvittavat seuranta- ja mittauslaitteistot. Lääkehoidon käytännöt ja vastuut kuvataan hoitoprosesseissa. Lääkehoidon

turvallisuuteen liittyvät suunnitelmat, säännöt ja ohjeet kootaan käsikirjan osioon hoidon toteutus.

Olemassa olevat henkilöstöhallintaan, työterveyshuoltoon, työhyvinvointiin, työsuojeluun, työnohjaukseen ja toimitiloihin liittyvät rakenteet ja määräykset voidaan hyödyntää laadunhallintajärjestelmää käytettäessä. Aiemmin tehdyt hoito-, toiminta- ja ydinprosessit sekä hoito-ohjelmat voidaan hyödyntää edellyttäen mallinnustapojen yhtenäistämistä. Hoito- ja toimintaprosesseja tai hoito-ohjelmia on kuvattu yhteensä n. 20 kpl sekä potilashoitoketjujen prosessien perustiedot ja tiedonhallinta PotYdin – hankkeessa toimialueittain. Aiemmassa organisaation laatutyössä mukana olleiden henkilöiden osaamista tulee hyödyntää ja laatutyöskentelyosaamista on päivitettävä.

Sosiaalipalvelujen toimialueella on laadunhallinnassa valittu ISO -9001 standardin mukaiset vaatimukset ja prosessien mallintamisessa on käytetty ProcessGuide – sovellusta. Kyseisiä laatukäsikirjojen rakennetta ja sisältöä voidaan hyödyntää uusia laatukäsikirjoja muodostettaessa.

Sosiaalipalvelujen toimialueella on sisäisiä auditointia koulutettu 44 joista 22 on suorittanut sisäisen täydennyskoulutuksen v. 2009. He pystyvät toimimaan pääauditointijoina ja auditointiryhmän jäsenenä. Täydennyskoulutuksen kouluttajana toimi sosiaalipalvelujen laatupäällikkö.

9.5 Laadunhallinnallisen asiantuntemuksen käyttö

Laatukäsikirjojen tekovaiheessa tarvitaan yleensä organisaation ulkopuolista laadunhallinnallista asiantuntemusta. Sairaanhoidopiiriin sisäistä asiantuntemusta löytyy erikoissairaanhoidon työntekijöiltä, jotka ovat työskennelleet aiemmissa laatuprojekteissa. Sosiaalipalvelujen toimialueella asiantuntemusta on mm. laatupäälliköllä, toimialueen johdolla, auditointijoinilla, erityisosaamiskeskuksen työntekijöillä sekä asumisen ja kuntoutuksen esimiehillä.

Laatukäsikirjojen tekovaiheessa sosiaalipalvelujen toimialueella hyväksi työtavaksi on havaittu työryhmäkohtaisten laatupäivien järjestäminen, jonka ulkopuolinen asiantuntija on vetänyt. Laatupäiviä on ollut käsikirjan tekovaiheessa n. 1 kk välein ja työryhmään

on osallistunut vastuualueen yksiköiden esimiehet sekä laatuvaastavat. Toimintakykyisen ryhmän koko on ollut 10–20 henkilöä.

Laadunhallinnan asiantuntijoita ovat esim.

- Finnish Consulting Group, FCG (Satshp:n sosiaalipalvelujen käyttämä yritys)
- Inspecta Suomi
- Kankaanpään Opisto (järjestää laatu-koulutusta)

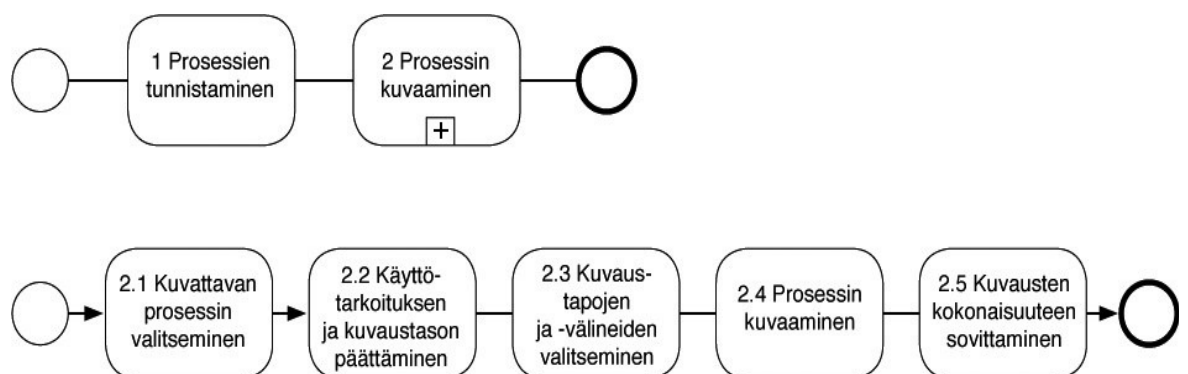
Laadunhallintajärjestelmien sertifiointeja suorittaa mm. Inspecta Suomi, Bureau Veritas Finland, Det Norske Veritas Oy Ab ja Nordic Healthcare Auditing Oy (Satshp:n sosiaalipalvelujen käyttämä yritys). Näiden sertifiointielimien pätevyyden toteaa Finas, Finnish Accreditation Service, joka on Suomen kansallinen akkreditointielin.

9.6 Toteutussuunnitelma

Laadunhallintajärjestelmän valinta voi olla joustavaa niin, että ISO 9000 – standardin/SHQS:n mukainen järjestelmä sopii joihinkin toimintoihin ja toisaalle voi sopia EFQM-malli. ISO 9001:2008 standardin mukaisen järjestelmän valinnalla saavutettaisiin kyläkin synergiaetuja, koska järjestelmä on käytössä sosiaalipalvelujen toimialueella. Prosessien kuvaamisessa sosiaalipalvelujen toimialueella on käytössä shp:n yhteisessä käytössä oleva ProcessGuide – ohjelma, jonka käyttö olisi loogista myös koko shp:n alueella. Laadunhallintajärjestelmään sitoutuminen tapahtuu aluksi koulutuksen avulla laadunhallinnan termistöön, sisältöön ja periaatteisiin tutustumalla.

Organisaation johto sitoutuu työskentelyyn mm. johdon vastuun ja laatu-politiikan määrittelyllä sekä olemassa olevien määrätyksien kuten toiminta-ajatuksen, arvojen ja eettisten periaatteiden sisällyttämisellä käsikirjaan. Johdon strateginen päätös tarvitaan myöntämällä henkilöstön laatu-koulutukseen riittävät resurssit. Resursseja tarvitaan myös henkilöstön kehittämistyöhön ja henkilöstön kytkemiseen laatu-työhön alusta alkaen niin, että henkilöstö tuntee, käyttää ja kehittää järjestelmää toiminnan tueksi. Perustetaan laatu-työryhmiä, joihin kuuluvat toimialuejohdon lisäksi vastuualueiden esimiehiä ja erikseen nimetyt vastuualueiden laatuvaastavat. Johtoryhmän edustajat osallistuvat ryhmän työskentelyyn säännöllisesti toimialuejohtajan kutsusta erikseen sovittavina tapaamiskertoina.

Työn sisällön ja järjestelmän yhteensovittaminen tapahtuu prosessinomaisesti niin, että työskentelyssä lähdetään liikkeelle tunnistamalla toiminnan ydinprosessit ja kuvaamalla kriittiset ydinprosessit vuokaavion avulla. Ydinprosessit ovat potilasta/asiakasta palvelevia ja hänelle arvoa tuottavia prosesseja. Ydinprosessien kuvaamisen tavoitteena on edistää potilaiden kokemaa hyvinvointia ja turvallista hoitoa erikoissairaanhoidossa sekä kehittää toiminnan tehokkuutta sairaanhoitopiiriin asettamia arvoja ja eettisiä toimintaperiaatteita kunnioittaen. Kriittisillä ydinprosesseilla tarkoitetaan niitä prosesseja, jotka ovat ratkaisevia ja välttämättömiä toteuttaa organisaation perustehtävän toteuttamiseksi. Tavoitteena on myös alentaa kokonaiskustannuksia ja vähentää mahdollista päällekkäistä toimintaa. Palveluprosessissa kuvataan miten palvelu ja tekeminen toteutuvat. Jokaiselle prosessille määritellään prosessinomistaja ja prosessin perustiedot (mm. prosessin tarkoitus, potilaat, sidosryhmät, keskeiset resurssit, menestystekijät ja mittarit). Laaditaan myös organisaation merkittävimmät tukiprosessit esim. talousarvion laadinta, taloushallinto, ruokahuolto ja siivouspalvelut. Tämän jälkeen on mahdollista muodostaa sairaanhoitopiiriin prosessikartta ja prosessipuu.



Kuva 3. Prosessien kuvaamisen eteneminen. Alemmassa prosessikaaviossa on avattu prosessien kuvaamiseen sisältyvät vaiheet, joihin ylemmässä kaaviossa viitataan plusmerkillä.

(JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2002.)

Prosessien kuvaamisessa voidaan hyödyntää sairaanhoitopiirien yhteistä prosessien mallinnustapaa. Erikoissairaanhoidon prosesseja on ammattilaisille nähtävissä KuntaIT:n [www](http://www.kunta-it.fi) – sivuilla prosessipankissa. Prosessien kuvaamisen johdosta voidaan muodostaa palvelukuvaukset, jotka sisältävät palvelun tarkoituksen, tavoitteet, hyödyt, kohderyhmän, sisällön ja hinnoitteluun liittyvät asiat. Palvelukuvaukset yhdistämällä voidaan muodostaa toimialakohtaiset palvelukartat. Palvelukuvaukset mahdollistavat tuotteis-

tamisen, jonka avulla palveluntuotantoa kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita. Tuotteistaminen on organisaation, työyksikön tuottamien ja asiakkaiden saamien palvelujen määrittelyä, täsmentämistä, spesifioimista ja profiloimista. Tuotteistamisvaiheen jälkeen edetään määrittelemällä resurssien hallinta, palveluiden tuottaminen sekä mittaus- ja analysointimenetelmät sekä laadun parantaminen.

Laatuneuvoston/ laatukoordinaatioryhmän perustaminen voisi edistää laadunhallinnan orientaatiota sairaanhoitopiirissä ja yhteistyötahojen rajapinnoilla. Ryhmässä käsiteltäisiin laatuteemaan liittyviä väitöskirjoja, julkaisuja tai tutkielmia. Laatuneuvosto voisi myös päättää esim. kerran vuodessa organisaatiossa jaettavasta laatupalkinnosta yksikköön missä on tehty laatua lisääviä toimenpiteitä. Puheenjohtajana voisi toimia johtajaylilääkäri/ hallintoylihoitaja ja jäsenenä olisi toimialueiden ja perusterveydenhuollon edustajia, kaksi potilasjärjestöjen edustajaa ja Samk:n edustaja sekä laatupäällikkö. Alustajana kokouksissa voi olla shp:n henkilökuntaa tai ryhmän ulkopuolinen edustaja. Laatuneuvosto voi myös päättää kerran vuodessa organisaatiossa jaettavasta laatupalkinnosta yksikköön missä on tehty laatua lisääviä toimenpiteitä. Laatuneuvosto jatkaa työskentelyään pysyvästi järjestelmä sertifiointin jälkeenkin.

9.7 Laadunhallintajärjestelmän rakentamisen vaiheet ja aikataulu

Shp:n johto valitsee

- laadunhallinnan viitekehyksen eli soveltuvimman laadunhallintajärjestelmän
- prosessien mallinnustavan
- käytettävän teknisen työkalun prosessien kuvaamisessa
- dokumenttien hallinnan ja tiedonhallinnan tekniset ratkaisut

Johto määrittelee seuraavat rakenteet laatukäsikirjaan

1. Johdon vastuu	työvaiheen kesto
<ul style="list-style-type: none"> • johdon sitoutuminen • toiminta-ajatus ja perustehtävä • noudatettavat arvot • eettiset periaatteet 	1-2 kk

- toiminnan visiot
- laatupolitiikka
- laatutavoitteet

2. Hallinto

1-2 kk

- organisaatorakenne
- johdon edustaja laadunhallintatyössä
- vastuut, valtuudet ja viestintä
- asiakirjojen ja laatutallenteiden valvonta
- johdon katselmukset: toiminnan arviointi ja suunnittelu

Esitetään perustettavaksi **laatutyöryhmiä**. Laatutyöryhmien kokoonpano voisi perustua Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin mallin mukaisesti hoitolinjoihin. Hoitolinjalähtöisellä terveystalouden tuottamisen mallilla tarkoitetaan potilaan /potilasryhmän hoidon ydintoimintojen järjestämistä organisatoriseksi ja hallinnolliseksi kokonaisuudeksi, johon liitetään tarvittavat tukipalvelut. Laatutyöryhmät voivat olla esim. tules-, sydän-, vatsapotilaan sekä medisiinisen, operatiivisen ja neurologisen potilaan hoitolinjoihin perustuvia.

3. Palveluiden tuottaminen (aloitetaan samaan aikaan johdon työskentelyn kanssa)

- kriittisten ydin- ja tukiprosessien tunnistaminen ja kuvaaminen
 - prosessikuvaukset ja prosessien omistajat 7-10 kk
- palvelukuvaukset sekä palvelukartat
- tuotteistaminen
- hoidon toteutus
 - käytettävät välineet
- potilaiden vaatimusten/ tarpeiden tunnistaminen
- sisäisten auditointien koulutus
 - Sisäisiä auditointeja koulutetaan (20–30) vapaaehtoisista eri ammattiryhmien asiantuntijoista
- sisäisten auditointien aloittaminen

4. Resurssien hallinta

7-10 kk

- resurssien varaus
- henkilöstö
- työterveyshuolto, työhyvinvointi, työnohjaus, työsuojelu
- infrastruktuuri ja työympäristö
- tiedonhallinta

5. Mittaaminen, analyysit ja parantaminen (kehittäminen)

7-10 kk

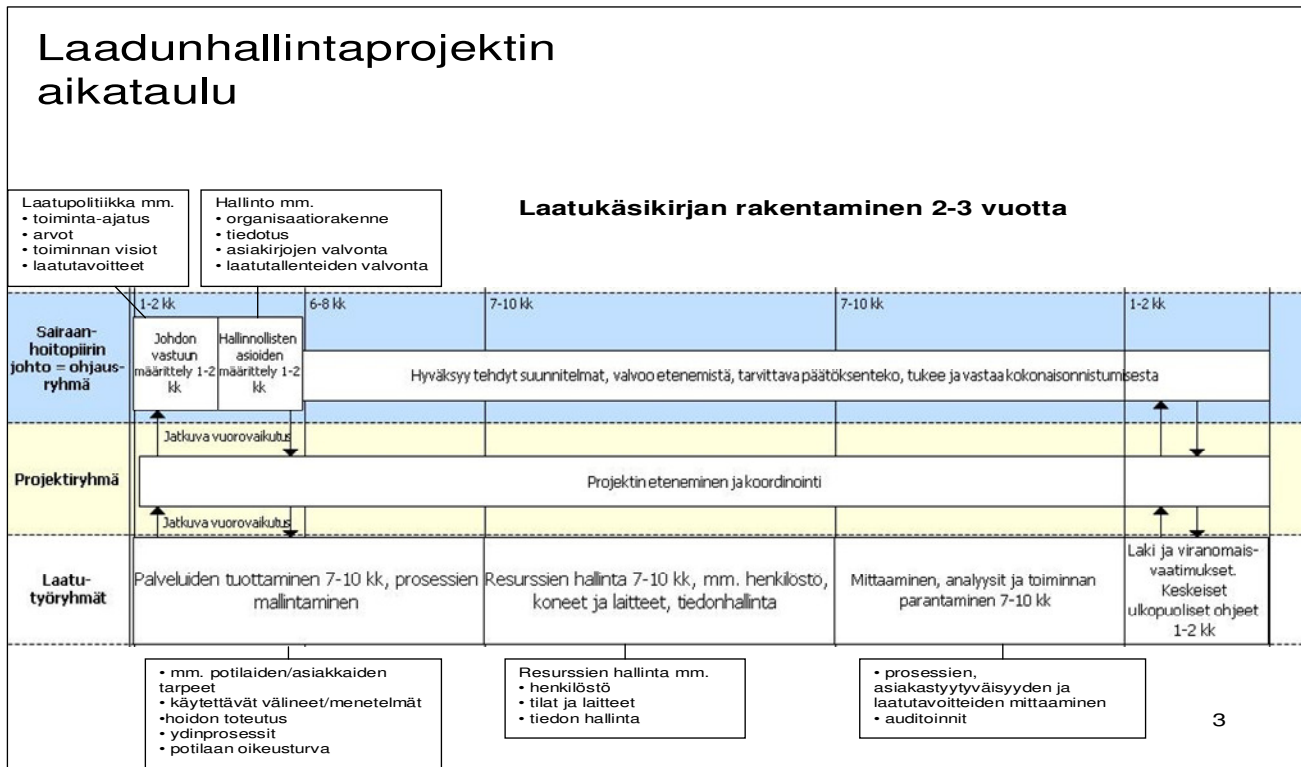
- tuotteen ja prosessin mittaaminen
- potilas-/asiakastyytyväisyys
- henkilöstötilanteen seuranta
- menestystekijöiden mittaaminen
- sisäiset auditoinnit
- poikkeamien ja häiriöiden valvonta
- toiminnan parantaminen
 - Organisaation tulee jatkuvasti parantaa laadunhallintajärjestelmänsä vaikuttavuutta käyttämällä hyväksi laatupolitiikkaa, laatutavoitteita, auditointien tuloksia, tietojen analysointia, korjaavia ja ehkäiseviä toimenpiteitä sekä johdon katselmuksia (SFS-EN ISO 9001 standardi)

6. Ulkoinen esiauditointi

7. Laki ja viranomaisvaatimukset sekä keskeiset ulkopuoliset ohjeet 1-2 kk

8. Ulkoinen auditointi ja sertifiointi

Kesto yhteensä 24–36 kk (2-3 vuotta).



Kuva 4. Projektikalenteri ja tehtävät. Kalenteri on viitteellinen.

Laatuneuvosto/ laatukoordinaatioryhmän aloittaa työskentelyn perustehtävän mukaisesti erikseen määriteltynä ajankohtana

9.8 Laadunhallinnan asiantuntijuus

Projektiin esitetään resursoitavaksi työntekijä, joka toimii laatu päällikkönä ja jonka tehtäviin kuuluu mm.

- Laatu päivien valmistelu, sisällöstä vastaaminen, päivien vetäminen ja jälkityöt
- Laadunhallintajärjestelmän käyttöön sitouttaminen ja tiedottaminen
- Sisäisen auditointisuunnitelman suunnittelu, auditointien toteuttamisesta vastaaminen ja auditoinneissa mukana oleminen
- SataDiagin ja sosiaalipalvelujen toimialueen sekä erikoissairaanhoidon toimintajärjestelmien koordinaatio ja yhteensovittaminen
- Toimialueiden laatu vastaavien työn ohjaaminen ja yhteistyö
- Ulkopuolisen laatu asiantuntijan käytön esityksen shp:n johdolle ja käytön koordinaatio

9.9 Ohjaussuunnitelma, tiedottaminen ja arviointi

Esitetään perustettavaksi ohjausryhmä jona toimii kuntayhtymän johdon ns. keskusteluryhmä, joka hyväksyy tehdyt suunnitelmat, valvoo etenemistä, tekee tai hankkii tarvittavat päätökset, tukee tarvittaessa ja vastaa kokonaisuunnistumisesta. Ohjausryhmään kuuluu

1. Sairaanhoidopiirin johtaja
2. Johtajaylilääkäri
3. Hallintoylihoitaja
4. Ensihoidon ja päivystyksen toimialueen johtaja
5. Konservatiivisen hoidon toimialueen johtaja
6. Operatiivisen hoidon toimialueen johtaja
7. Psykiatrisen hoidon toimialueen johtaja
8. Sosiaalipalvelujen toimialueen johtaja
9. Huollon toimialueen johtaja
10. Liikelaitos SataDiagin johtaja

Esitetään perustettavaksi projektiryhmä, joka kokoontuu neljännesvuosittain ja sen tehtävänä on pitää huolta projektin etenemisestä ja koordinoinnista sekä tarvittaessa ryhmä suunnittelee laaturyhmien toimintaa.

Projektiryhmään kuuluu

1. Johtajaylilääkäri
2. Hallintoylihoitaja
3. Kehittämisylihoitaja
4. Laatupäällikkö
5. Ensihoidon ja päivystyksen toimialueen edustajia
6. Konservatiivisen hoidon toimialueen edustajia
7. Operatiivisen hoidon toimialueen edustajia
8. Psykiatrisen hoidon toimialueen edustajia
9. Sosiaalipalvelujen toimialueen edustajia
10. Huoltokeskuksen edustajia
11. Liikelaitos SataDiagin edustaja

Projektin etenemisestä laatupäällikkö raportoi kuntayhtymän johtoryhmälle, johtajistolle, ohjaus- ja projektiryhmälle sekä kuntayhtymän hallitukselle.

Hankkeen edistymisestä ja tuloksista tiedotetaan säännöllisesti kuntayhtymän vastuuhenkilöitä, toimialueiden johtoryhmien jäseniä, henkilökuntaa ja muuta organisaatioita Kesti – lehdessä sekä tarvittaessa infotilaisuuksin, raportein tai sähköpostitse.

Projektin arviointi tapahtuu laadunhallintajärjestelmän käyttöönoton myötä niin, että puolivuositaisissa johdon katselmuksissa arvioidaan toiminnan lisäksi järjestelmän käyttöönoton aste ja valmius mahdolliseen ulkoiseen auditointiin tai laatupalkintovalmiuteen.

9.10 Lopuksi

Laadunhallintaselvityksen tekeminen on ollut hyvin motivoivaa, koska selvitystyöhön osallistuneet henkilöt ovat osoittaneet kiinnostusta laadunhallintaa kohtaan. Kiinnostavaa on ollut selvittää sitä missä määrin laadunhallintajärjestelmä on käytännön toimintaja johtamisjärjestelmä. Opinnäytetyön tekemisen aikana tarjoutui myös mahdollisuus käydä tutustumassa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa missä sertifioitu järjestelmä on ollut käytössä kymmenen vuoden ajan. Satakunnassa on hyvät edellytykset laadunhallintatyöskentelyn käynnistämiseen, kunhan päätös laadunhallintatyön suunnitelmasta saadaan valmiiksi. Marraskuussa 2010 saatiin tietoa siitä mitä tuleva terveydenhuoltolain muutos tulee edellyttämään laadunhallintasuunnitelman sisällöstä terveydenhuollon organisaatioilta. Satakunnan sairaanhoitopiirissä on tekeillä marraskuun 2010 ja tammi-kuun 2011 välisenä aikana uusi selvitys mitä tulevan terveydenhuoltolain mukaisten painotusten mukaisia laadunhallinnan rakenteita, järjestelmiä ja projekteja organisaatiossa on olemassa. Tässä opinnäytetyössä on kuvattu kerroksellisesti kerätyn tiedon ja projektinomaisesti etenevän prosessin vaiheet, joiden tulosten perusteella mahdollistuu tosiasioihin perustuva päätöksenteko laadunhallinnan ”suunnan” valitsemisessa.

”Laadun tie on kivinen ja mutkainen, mutta tulokset palkitsevat aikanaan”.

LIITTEET

Liite 1. Satakunnan sairaanhoitopiirin laatukyselylomake

Liite 2. Satakunnan sairaanhoitopiirin laatukyselyn vastaukset

LÄHTEET

Holma, T. 1999. Asiakaslähtöiset palveluprosessit -laadun perusta. Kirjassa: Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä.

IMS 2011. Saatavilla 17.1.2011 <http://www.ims.fi/ratkaisu/dokumenttien-hallinta>

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2002. JHS 152 Prosessien kuvaaminen.

Jyväskylän Yliopisto. Laatusanastoa 2011. Saatavilla 12.1.2011:

<https://www.jyu.fi/hallinto/laatu/ohjaus/laatusanastoa>

Lasso. Suomen Kuntaliiton laatuprojekti. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Kajaanin AMK. Saatavilla 11.12.2010:

<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiToimTuotteistaminen.aspx>

Kansanen M, Kouri P, Komulainen J, Hyppönen N, Ovaska T, Kiviaho K, Väättäimäinen R, Huittinen L. 2003. Sonetti/ verkkoinfohankkeen ensimmäisen vaiheen loppuraportti. Itä-Suomen sonettiohjelma, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopio.

KuntaIT. Saatavilla 14.1.2011:

http://prosessipankki.qpr.com/scripts/qpr.dll?QPRPORTAL&*prmv&SES=t.9i5Wv3o7FiMI4z&FMT=p&LAN=fi%u002c1&DTM=

Laatukeskus, EFQM Excellence Model, 2010.

Lecklin O, Laine R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. Talentum - Helsinki

Manninen, A. 2002. Kehitysvammaisten henkilöiden kuntoutuspalvelujen laadun arviointi. Asiakaspalvelumittarin kehittäminen ja testaus Vaalijalan kuntoutuskeskuksessa. Kuopion yliopisto.

Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – Mikä kannattaa laatutyötä?

Parjanne, R., Turunen, J. 2001. Euroopan laatupalkintomalli julkisella sektorilla. Suomen Kuntaliitto & Valtionvarainministeriö

PotYdin – raportti, 2009, julkaisematon, Satakunnan sairaanhoitopiiri

QPR 2011. Saatavilla 17.1.2011 <http://www.qpr.fi/tuotteet/qpr-processguide.html>

Qualitor 2010. Saatavilla 30.11.2010: <http://www.labquality.fi/qualitor/palvelut/shqs-laatuohjelma/>

Risikko Paula, 2010, Ministeri Risikon esitys terveydenhuoltolaista 10.6.2010. Saatavilla 15.12.2010:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11730.pdf

Rissanen, V., Kansanen, M. 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto

Laaturaportti, Satakunnan sairaanhoitopiirin julkaisematon laaturaportti vuosilta 1994–2001

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö

Stakes. Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 8/2001.

SUOMEN STANDARDISOIMISLIITTO SFS. 2008. SFS-EN ISO 9001 Standardi

Wikipedia: Saatavilla 5.6.2010: http://fi.wikipedia.org/wiki/Balanced_Scorecard

4.11.2009

Liite 1

Laatukysely Satakunnan sairaanhoitopiirin toimialueille

1. Vastaajan toimialue
2. Vastaajan nimi/vastaajien nimet:
3. Mitä laatujärjestelmiä toimialueellanne on käytössä?
4. Mitä laadunhallintaan liittyviä toimenpiteitä toimialueellanne on tehty?
5. Onko toimialueeltanne osallistuttu laatujärjestelmiin liittyviin koulutuksiin?
Ei Kyllä Jos on, niin mihin koulutuksiin?
6. Onko toimialueellanne kuvattu hoito- /toimintaprosesseja sairaanhoitotoiminnan ja hoitotyön osalta? Ei Kyllä Mitä prosesseja on kuvattu ja mihin tarkoitukseen?
7. Minkälaisia ajatuksia ja toiveita toimialueellanne on laatujärjestelmien ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämisen suhteen ajatellen tulevaisuutta?
8. Jos asiakaspalautetta käytetään toimialueellanne systemaattisesti toiminnan kehittämiseen, niin miten palautteen hyödyntäminen tapahtuu?
9. Toimialueen edustaja/ edustajat, joita ehdotamme haastateltavaksi laadunhallintaan liittyen:
10. Vapaa sana:

Lomakkeen voi palauttaa paperiversiona sisäisessä postissa ositteeseen Jouko Alinen, Sosiaalipalvelujen toimialue, Mukulamäentie 1, Vanha-Ulvila, tai palautus sähköpostitse: jouko.alinen@satshp.fi **18.11.2009 mennessä.**

Kiitos vastauksistanne!

Satakunnan sairaanhoitopiirin toimialueille tehdyn laatukselyn vastaukset syksyllä 2009

1. Mitä laatu järjestelmiä toimialueellanne on käytössä?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue Ei ole

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus	Ei ole
Fysiatrია ja kuntoutus	Ei ole
Geriatrია	Ei ole
Sisätaudit/ dialyysi	Ei mitään
Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö	Säteilyturva – auditointi 5v. välein. Säteilytoiminnan tarkistus 2,5v. välein. Toimenpiderekisteri, jossa myös komplikaatioiden seuranta
Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia	Ei ole
Keuhkosairaudet	Ei mitään
Lastenneurologia	Ei mitään
Neurologia	Ei ole
Syöpätaudit	Sädehoidon tekninen laadunhallintajärjestelmä

Huoltokeskus

Ruokapalvelukeskus

Ruokapalvelukeskuksessa ei ole mitään virallista laatu järjestelmää tai laatu palkinto järjestelmää käytössä.

Tekninen keskus

Teknisen- ja kiinteistöhuollon tulostyöyksikölle on v. 2002 hyväksytty toimintajärjestelmä, joka perustuu Euroopan laatu palkintomallin EFQM mukaiseen laatu järjestelmään ja ISO9000:2001 standardiin, työterveys- ja työturvallisuusjärjestelmiin, työehtosopimukseen sekä sairaanhoitopiirin ohjeisiin ja säännöksiin.

Operatiivisen hoidon toimialue

Hammas-, suu- ja leukasairaudet	Asiakaspalaute
Korvataudit	Ei ole
Välinehuolto	ISO 9002

Psykiatrisen hoidon toimialue

Ei ole

2. Mitä laadunhallintaan liittyviä toimenpiteitä toimialueellanne on tehty?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue

- Potilas- ja sidosryhmäpalauteiden säännöllinen käsittely, opiksi ottaminen

- Potilasturvallisuushanke (Haipro)- likipiti ja vaaratilanteet - esim. lääkitys, tiedonkulkupoikkeamat ja niiden läpikäynti ja opiksi ottaminen
- Potilaspalvelututkimus v. 2007
- Säännöllinen benchmarking seuranta (toiminta, resurssit yms) tutkimus kevästä 2009 alkaen 6 eri shp kesken
- Läpimenoaikojen ja hoitaja-lääkärikontaktien säännöllinen seuranta
- Eri kiireellisyysryhmien (A-E) potilasmäärien ja hoitopaikkojen seuranta
- Kipsipassi
- Kehityskeskustelut
- Ohjeistot, mm. lääkeohjeistot
- Lääkehoitosuunnitelma
- Perehdytysohjelma-hoitajat, lääkäreiden osalta vielä kesken
- Simulaatiokoulutus- mm. traumatiimi, akuuttiryhmä
- Koulutusrekisteri
- Ensihoitopalvelun toimintaohje
- Ensihoitohenkilöstö osallistuu määräajoin (1-3v) valtakunnalliseen teoria"kokeeseen", jonka perusteella toimenpideluvat
- Ensihoitokertomusten määräaikaiset "tarkastukset"
- Kirjaamisen kehittäminen
- Potilasohjausohjeisto (kesken)
- Perusterveydenhuollon päivystyksen kanssa tehtävät yhteishnakeet, mm. triage (hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi) ohjeisto
- Kehityskeskustelut

Huoltokeskus

Ruokapalvelukeskus

Laadunhallinta perustuu keskeisesti sairaalaruokasuositukseen ja sen perusteella tehtyyn ruokavaliokäsikirjaan.

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus

Apuvälinetoiminnan toimintakäsikirja ja saatavuusperusteet laadittu yhteistyössä TYKS:n kanssa.

Fysiatria ja kuntoutus

Päiväkuntoutuksessa on laadittu veteraanikuntoutuksen ja selkäkoulun palvelukuvaukset. Fysioterapiaan on laadittu yhteiset kirjalliset hyvään fysioterapiakäytäntöön perustuvia työ- ja potilasohjeita (laatukäsikirjaan 1992 perustuen), ITE arvio on toteutettu muutaman kerran.

Geriatría -

Sisätaudit/ dialyysi

Ei mitään

Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö

Säteilyturva-auditointi (kliininen auditointi perustuu STM asetukseen 432/2000). Auditoinnissa arvioidaan säteilykäytännöllisäksi henkilökunnan vastuu ja alueet, hoitokäytännöt ja tiedonkulku, toimenpiteitä koskevien tietojen laatu ja tallennus (oma rekisteri), henkilökunnan koulutus, laadunvarmistustoimintojen määrittely, itsearviointi ja tulokset. Auditoinnista on annettu väliraportti.

Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia

Diabeteksen hoidosta hoitopolut tehty v. 2000 ja on päivitetty nyt.

Keuhkosairaudet

Ei mitään varsinaisesti

Lastenneurologia

Opiskelijoiden tekemiä tutkimuksia

Neurologia

Sisäistä ohjeistusta

Syöpätaudit

Sädehoidon laatukäsikirjan työstäminen (ei valmis), solunsalpaajahoidon kirjallinen ohjeistus (ei valmis), poikkeamailmoitusmenettelyt (ILPO, sädehoidon poikkeamailmoitusmenettely)

Operatiivisen hoidon toimialue

(Hammas-, suu- ja leukasairaudet)

Oikomishoidossa hoidon seuranta kipsimallein + valokuvin (alku- + lopukuvat). Työntekijöiden osalta riskihallintakaavakkeita / kyselyjä

Korvataudit

Kuulokesovitusprosessi on kuvattu ja kirjattu. Muistakin toimintatavoista annettu ohjeita, jotka kirjattu ja koottu mappiin mutta ei systemaattisesti

Välinehuolto

Laatukäsikirjat v. 1998 -2000, prosessikuvaukset, T-DOC välinehuollon tietojärjestelmä

Psykiatrisen hoidon toimialue

Yksi psykiatri on ollut laatukoulutuksessa n. 10 v. sitten.

Lastenpsykiatrialla on kuvattu hoitoprosesseja 7 kpl v. 2009–2010 välisenä aikana.

SataDiag

KL KEMIA: on laatujärjestelmä(1997 alkaen), joka käyttää EN ISO/IEC 17025 standardia. 2009 ollaan ottamassa rinnalle EN ISO 15189, mutta se ei vielä käytössä.

KL MIKROBIOLOGIA käyttää standardia SFS-EN ISO/IEC 17025 ohjeita ym. tehdessään. Varsinaista laatukäsikirjaa ei ole.

KUVANTAMISTOIMINTA: ISO -standardia ei käytetä eikä viranomaisen vaadi siihen perustuvaa laatujärjestelmää vaan säteilynkäytön osalta riittää, että on toimintakäsikirja, joka on. Viranomainen ohjeistaa tarkasti lainsäädäntöön ja EU-säännöksiin perustuen laadunvarmistusohjeet säteilyn käyttäjille, että muita laadunhallintastandardeja/järjestelmiä ei rinnalla tarvita.. Käytössä BSC.

PATOLOGIA: ei ole varsinaista laadunhallintajärjestelmää. Laatu tarkkaillaan sekä sisäisesti että osallistumalla Labqualityn laaduntarkkailukieroksiin.

KL FYSIOLOGIA JA ISOTOOPPILÄÄKETIEDE: on käytössä laatukäsikirja (kulkee nimellä toimintakäsikirja), mutta se ei perustu selvästi mihinkään standardiin, on oma malli, joka palvelee omaa toimintaa parhaiten. Säteilylainsäädäntö edellyttää vain että toiminta on selvästi dokumentoitu ja että noudatetaan lainsäädäntöä. Mihinkään standardiin ei velvoiteta sitoutumaan.

KL NEUROFYSIOLOGIA: Aloitettu yli 10 vuotta sitten laatukäsikirjan ISO-standardien mukaan. Käytetty hyväksi TYKSin KNF:n malleja. Suomessa on KNF:aan sovittu yhteiset laatustandardit, joita noudatetaan.

3. Onko toimialueeltanne osallistuttu laatujärjestelmiin liittyviin koulutuksiin?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue Potilasturvallisuus Haipro

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus	Ei
Fysiatrია ja kuntoutus	ITE – käyttäjäpäivät ja fysioterapian laatupäivät
Geriatrია	Ei
Sisätaudit/dialyysi	Ei
Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö	Vuosittaiset säteilyturvakoulutukset ja muut kliiniseen toimintaan liittyvät viikoittaiset koulutukset
Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia	Kyllä
Keuhkosairaudet	Ei
Lastenneurologia	Ei
Neurologia	yksi neurologi aikoinaan, MQ muun muassa
Syöpätaudit	Ei

Operatiivisen hoidon toimialue

Hammas-, suu- ja leukasairaudet	Ei
Korvataudit	Ei
Välinehuolto	Ei

Psykiatria

yhden psykiatrin aiempi laatu työ

SataDiag

Kyllä

4. Onko toimialueellanne kuvattu hoito- /toimintaprosesseja sairaanhoitotoiminnan ja hoitotyön osalta?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue

- Sepelvaltimotautikohtaus
- Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito
- Aivovammapotilaan alueellinen hoito-ohjeisto (alkanut syksy 2009)
- Muita prosessikuvauksia suunnitteilla, rakennushankkeen vuoksi aloitus viivästynyt

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus

vrt. aiemmin toimintakäsikirja

Fysiatria ja kuntoutus

Päiväkuntoutuksen palvelukuvaukset (kts. yllä) ja AVH – potilaan alueellinen hoitomalli yhdessä neurologian kanssa.

Geriatría Työn alla muistipotilaan hoitoketju

Sisätaudit/dialyysi

kotihemodialyysin, peritoneaalidialyysin dialyysin ja sisätautiosaston yhteistyöhön liittyviä prosesseja on kuvattu oma-aloitteisesti ja satunnaisesti. ILPO – raportointi on käytössä.

Sisätaudit/ sydäntoimenpideyksikkö

Sepelvaltimokohtauspotilaan hoitoprosessi, päivitetään vuosittain

Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia

Valtakunnalliseen Diabetesliiton laatukselyyn osallistuttu viimeksi v.2007.

Keuhkosairaudet

Keuhkohtaumapotilaan hoitoketjun kuvaus

Lastenneurologia

Kehitysviiveisen lapsen tutkimusjakso last.neurologialla: hoidon porrastus, työn läpinäkyvyys, perehdytys, päällekkäisyyksien purku, toiminnan sujuvuutta kehitetty, kun sitä ollaan yhdessä luotu, ollaan juuri päivittämässä ja tarkoituksena on jatkaa tekemistä toisen potilasryhmän potilaista.

Neurologia Aivohalvauksen hoitoketju on kuvattu ja ohjeisto laadittu, päivitetty viime vuonna

Syöpätaudit Rintasyövän alueellinen hoito-ohjelma (seuranta- ja onkologinen hoito-osuus, yhteistyössä kirurgian yksikön kanssa) Säteihoidon toimintaprosessi (ei valmis)

Operatiivisen hoidon toimialue

Hammas-, suu- ja leukasairaudet

Hammashoitokäynti: työfysiatria –> työntekoasennot

Korvataudit Kuulokesovitusprosessi

Välinehuolto Välinehuollon toimintaprosessit on kaikki kuvattu laadukkaasti toiminnan takaamiseksi

Psykiatrisen hoidon toimialue

- Anoreksia
- Skitsofrenia

5. Minkälaisia ajatuksia ja toiveita toimialueellanne on laatu- ja laadunhallintatoimenpiteiden kehittämisen suhteen ajatellen tulevaisuutta?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue –

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus

Yhtenäisen valtakunnallisen ohjeistuksen saaminen

Fysiatria ja kuntoutus

Suunnittelijan palkkaaminen varmistamaan terapiapalvelun sisällön laatua, shp:n yhteinen hoitotyön laadunhallintajärjestelmä

Geriatría –

Sisätaudit/dialyysi

Olemme kiinnostuneita aiheesta

Sisätaudit/ sydäntoimenpiteyksikkö

Valtakunnallinen sydänpotilaiden rekisteri olisi tarpeen, jotta keskuksia voitaisiin vertailla.

Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia

Toivotaan sairauskertomusjärjestelmää, jossa tautikohtainen näkymäasettelu nostettavissa esille. Näkymään voisi nostaa tarvittavat laatumittarit ja käytössä oleva hoito

Keuhkosairaudet

Laadunhallintaa pitäisi kehittää – koulutusta toivotaan

Lastenneurologia

Arvioita ja vertailua kansallisella tasolla työstämme olisi hyvä saada.

Neurologia

Sisäisen ohjeistuksen laatiminen hiljalleen laatujärjestelmän mukaisesti

Syöpätaudit

Sädehoidon laatuöskentely vaatii erillistä resurssointia. Auditointi viimeistään v. 2011.

Operatiivisen hoidon toimialue

Hammas-, suu – ja leukasairaudet

Jonkinasteinen jatkuva laadunseuranta ja tätä kautta edelleen kehittäminen sekä hoidon, potilaan että työntekijän näkökulmasta

Välinehuolto

Yhtenäiset auditoitavat laatuksiteerit koko shp:n välinehuollon vastuualueella.

Psykiatrisen hoidon toimialue

Halu olla ajan hengessä mukana

6. Jos asiakaspalautetta käytetään toimialueellanne systemaattisesti toiminnan kehittämiseen, niin miten palautteen hyödyntäminen tapahtuu?

Ensihoidon ja päivystyksen toimialue

Palautteet käsitellään johtoryhmässä, tarvittaessa pienemmissä ryhmissä ja toimitoita kehitetään palautteen pohjalta, esim. kivun hoito, potilaspalvelu

Huoltokeskus

Ruokapalvelukeskus

Pyrimme koko ajan parantamaan toimintaamme palautteiden pohjalta.

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus

Potilaspalaute käsitellään osastokokouksissa ja shp:n potilaspalvelututkimuksen tuloksia hyödynnetään vuosittaisen toimintasuunnitelman laadinnassa.

Fysiatria ja kuntoutus

Jatkuva potilaspalaute käsitellään osastokokouksissa, päivä kuntoutuksessa jatkuva systemaattinen palaute käsitellään säännöllisesti ja shp:n potilaspalvelututkimuksen tuloksia hyödynnetään vuosittaisessa toimintasuunnitelman laadinnassa.

Geriatría

Vastaukset käydään läpi ja puututaan epäkohtiin

Sisätaudit/dialyysi

Emme käytä.

Sisätaudit/ diabetes ja endokrinologia

On ollut joskus aiemmin hoitopalautekyselyitä mutta ei moneen vuoteen

Keuhkosairaudet

Asiakaspalaute käsitellään johtoryhmässä ja pohdinnan perusteella ryhdytään toimenpiteisiin ko. asian parantamiseksi jatkossa

Lastenneurologia

Vanhemmilta saamme yleensä vain hyvää palautetta

Neurologia

Kerätään ja käydään läpi osastotunnilla kuukausittain. Palautetta kertyy melko vähän.

Syöpätaudit

Potilaspalautteiden käsittely: käsitellään työpaikkakokouksissa. Potilaspalvelututkimusten tulosten hyödyntäminen: parannustoimenpiteitä tehdään toimintasuunnitelmatasolle mahdollisuuksien mukaan.

Operatiivisen hoidon toimialue**Hammas-, suu – ja leukasairaudet**

Ei ole systemaattisesti käytössä. Asiakaspalautteet käsitellään sekä yksikön esimiesten että työntekijöiden kanssa palaverissa.

Korvataudit Asiakaspalautteet käsitellään johtoryhmän kokouksissa ja toimenpiteisiin ryhdytään tarvittaessa

Välinehuolto Toimenpiteisiin ryhdytään tarvittaessa.

Psykiatrisen hoidon toimialue

Kerätään asiakaspalautetta yksiköittäin. Asiasta ei olla ohjeistettu toimialueita. Kiinnostusta asiaan on. Esim. vanhuspuolella on palautelaatikkoon kerättyä palautetta.

SataDiag

Kl kemiolla sisäinen asiakaspalautteiden käsittelyjärjestelmä. Palautteita tehdään itse itselle ja niitä saadaan myös asiakkailta/potilailta. Palautteet käsitellään laatuvaluueryhmässä/raporteilla ja mm. pyynnöstä asiakkaiden tekemiin aina vastataan henkilökohtaisesti. Myös ko. osastolle lähetetään tieto heitä koskevista palautteista. Lisäksi kl kemian ulkopuolelta palautteita tulee ILPO:n kautta. Muissa yksiköissä ILPO.

7. Vapaa sana

Konservatiivisen hoidon toimialue

Apuvälinekeskus sekä fysiatria ja kuntoutus: Kiitos!

Huoltokeskus

Tekninen keskus

Organisaation osalta järjestelmä pitäisi päivittää tämän hetkiseen tilanteeseen.

Ruokapalvelukeskus

Vuonna 2007 olemme olleet mukana 14:sta SHP:n selvityksessä ja tällöin laatua on käsitelty asiakaskyselyn merkeissä. Tuloksena saimme km. korkeimmat pisteet kuin yleensä sairaanhoitopiireissä.