

Terveydenhuollon laatuopas

Uudistettu painos
Helsinki 2019

 Kuntaliitto
Kommunförbundet



2. uudistettu painos
ISBN 978-952-293-650-9 (pdf)
© Suomen Kuntaliitto
Helsinki 2019

Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
PL 200, 00101 Helsinki
Puh. 09 7711
www.kuntaliitto.fi



Sisältö

Lukijalle	4
Johdanto	5
Asiakaslähtöisyys	7
Mittariehdotukset	8
Hoidon saatavuus	9
Mittariehdotukset.....	10
Hoidon turvallisuus	11
Mittariehdotukset.....	12
Vaikuttavuus	13
Mittariehdotukset.....	14
Lopuksi	15
Liite. Asiakastyytyväisyyskysymykset	16
Viitteet	18

Lukijalle

Tämä opas on laadittu terveydenhuollon laadun asiantuntijoiden työryhmässä, johon osallistui edustajia Sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM), Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta (Valvira), Pohjois-Suomen aluehallintovirastosta sekä erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta. Lisäksi valmistelussa kuultiin lukuisia muitakin laatutyön asiantuntijoita erityisesti perusterveydenhuollon organisaatioista.

Opas pohjautuu osittain Kuntaliiton aikaisemmin julkaisemaan Terveydenhuollon laatuoppaaseen. Oppaasta voi antaa palautetta hallintoylilääkäri Päivi Koivurannalle (paivi.koivuranta(at)kuntaliitto.fi).

Opastyöryhmä

Kaisa Haatainen, potilasturvallisuuspäällikkö, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Hannele Havanka, aluehallintoylilääkäri, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto
Tarja Holi, johtaja, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
Tuija Ikonen, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö
Pirjo Immonen-Räihä, apulaisyylilääkäri, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmä,
1.7.2018 alkaen geriatrian erikoislääkäri, Kymenlaakson sosiaali- ja terveystyöryhmä
Pia Maria Jonsson, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Minerva Krohn, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (virka-aikana 16.10.2018 alkaen)
Leena Lang, laatu- ja turvallisuuspäällikkö, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Petteri Lankinen, vs. arviointiyylilääkäri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Tuija Lehtikunnas, sairaalaylihoitaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Lasse Lehtonen, hallintoylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Sari Palojoki, potilasturvallisuuspäällikkö, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Anna-Kaisa Parkkila, arviointiyylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Risto Roine, professori (emer.), Itä-Suomen yliopisto
Tuula Saarikoski, potilasturvallisuuskordinaattori, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Salla Sainio, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Päivi Koivuranta, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto, puheenjohtaja

Johdanto

Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1) säädettiin julkisten terveyspalvelujen laadusta: terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin ja olla laadukasta ja turvallista. Terveydenhuollon toimintayksiköt veloitettiin laatimaan suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Vastuu toiminnan laadusta, laadun kehittämisen edellytyksistä ja henkilöstön tukemisesta laadun parantamisessa on toimintayksikön johdolla.

Terveydenhuoltolaki toi julkisen terveydenhuollon palveluiden käyttäjille mahdollisuuden valita kiireetömän hoidon hoitopaikka. Valinnanvapaus koski aluksi oman kunnan terveysasemia ja oman erityisvastuualueen sairaanhoitopiirejä. Myös tilapäisen oleskelupaikkakunnan terveyspalvelujen käyttö tuli mahdolliseksi. Vuodesta 2014 alkaen valinnanvapaus laajeni koko maan kattavaksi, säädetyin edellytyksin. Jotta kansalaiset pystyisivät valitsemaan itselleen parhaiten sopivan palvelutuottajan, heillä tulisi olla käytössään tietoa sekä palvelun saatavuudesta että laadusta, mutta tiedon tarjoaminen valinnanvapauden tueksi on jäänyt hajanaiseksi ja puutteelliseksi.

Hoidon laatu on monitahoinen ilmiö, jonka mittaaminen on haastavaa. Laadun osatekijöinä voidaan pitää hoidon lääketieteellistä asianmukaisuutta, asiakaslähtöisyyttä, saatavuutta, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta (2). Tässä oppaassa ehdotetaan OECD:n laatukehiksen mukaisesti (3) mittareita asiakaslähtöisyyden, saatavuuden, hoidon turvallisuuden ja vaikuttavuuden seurantaan ja arviointia varten.

Nykyisin THL seuraa palveluiden saatavuutta ja Valvira valvoo laissa määriteltyjen enimmäisodotusaikojen toteutumista. Potilasturvallisuuden seurantaan varten useimmissa sairaaloissa ja monissa terveyskeskuksissa on selkeä järjestelmä. Käytössä on myös asiakastyytyväisyyskyselyjä ja kliinisen hoidon laadun seurantatapoja sekä laaturekistereitä. Yhteismitallisen ja vertailukelpoisen tiedon saaminen on edelleen vaikeaa, vaikka laatutiedolla on suuri merkitys toiminnan kehittämisen ja valvonnan sekä kansalaisten valinnanvapauden toteutumisen kannalta.

STM:n johtama Kustannusvaikuttavuus-työryhmä (KUVA-työryhmä) on valmistellut indikaattoreita, joiden avulla ministeriöt ja THL seuraavat ja arvioivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, mukaan lukien hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (4). Vaikka mittaristo on suunniteltu palvelujen järjestäjien ohjaukseen, osa mittareista sopii myös palveluntuottajille. Tähän oppaaseen onkin sisällytetty yksittäisten palveluntuottajien toiminnan seurantaan soveltuvia KUVA-indikaattoreita.

Laadun seuranta on – osaksi ehkä toiminnan luonteesta johtuen – kehittynyt erikoissairaanhoidossa pidemmälle kuin perusterveydenhuollossa. Tämän oppaan tarkoitus on tukea erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja vuodeosastotoiminnan laadun kehittämistä. Neuvolatoiminta ja opiskelu- ja kouluterveydenhuolto ovat tarkkaan ohjeistettua toimintaa ja niitä varten tarvitaan osin omia mittareitaan.

Laadun seurannan mittaristo ei ole staattinen, vaan se elää ajassa ja kehittyy hoidon sisällön ja mittausmenetelmien uudistumisen myötä. Jatkossa mm. kansalliset laaturekisterit todennäköisesti määrittelevät eri tautiryhmien seurantaan soveltuvia yleisluontoisia ja tautispesifisiä mittareita ja näiden raportointikäytäntöjä (5). Tällä hetkellä sairaanhoitopiirien kliiniset laaturekisterit palvelevat pääasiassa erikoissairaanhoitoa.

Tämä opas on tarkoitettu terveydenhuollon palveluntuottajille laatutyön tukemiseksi. Tavoitteena on suositella sellaisia laatumittareita, joiden avulla

- palveluntuottajat voivat kehittää omaa toimintaansa ja toteuttaa omavalvontasuunnitelmaansa
- palveluntuottajat voivat seurata palveluidensa laatua, antaa siitä tietoja sekä vertaiskehittämisen avulla oppia muilta organisaatioilta hyviä käytäntöjä
- asiakkaat voivat valita itselleen sopivan palveluntuottajan.

Työryhmä on tietoinen siitä, että osaa mittareista ei voida ketterästi tuottaa nykyisten tietojärjestelmien avulla. Toivomme kuitenkin, että tietojärjestelmien kehittämisessä otettaisiin vakavasti huomioon myös laatu-tiedon keräämisen, analysoinnin ja raportoinnin lisääntyvä tarve.

Asiakaslähtöisyys

Asiakas- ja potilaslähtöisillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin vastaavia palveluja, jotka ovat vaikuttavia ja turvallisia ja jotka lisäävät terveyttä ja hyvinvointia. Asiakaslähtöisyyden tulee toteutua sekä palveluja kehitettäessä että yksittäiselle asiakkaalle annettavassa hoidossa tai palvelussa. Hoidon kliinistä tehokkuutta, vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta kuvaavien mittareiden lisäksi hoidon laatuun liittyy oleellisesti myös potilaan hoitokokemus (6). Se kuvaa potilaan saamaa kohtelua: arvostusta, myötätuntoa ja kunnioitusta.

Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästään, hoidostaan ja hyvinvoinnistaan. Hoito ja palvelu edellyttävät hänen osallisuuttaan ja suostumustaan. Asiakaslähtöisen kulttuurin tulee näkyä myös ammattilaisten yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa. Ammattihenkilön tehtävänä on tukea asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Hoito- ja palvelusuunnitelman, jollaista potilaslaki (7) ja terveydenhuoltolaki (1) edellyttävät, laatiminen yhteistyössä potilaan kanssa tukee hoitoon sitoutumista ja helpottaa hoidon toteutumisen seuraamista. THL on valmistellut tätä tarkoitusta varten terveys- ja hoitosuunnitelmamallin, johon kirjataan hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet (8). Suunnitelmaan olisi tarvittaessa hyvä kirjata myös mahdolliset hoidon rajaukset. Potilas saa suunnitelmasta oman kopionsa tai voi tarkastella suunnitelmaa Omakannassa tai alueellisessa sähköisessä palvelussa.

Asiakaslähtöisen toimintatavan vahvistumiseen liittyy myös se, että asiakas/kansalainen on yhä enemmän osallisena sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelussa, järjestämisessä, tuottamisessa, kehittämisessä ja arvioinnissa. Tapoja lisätä asiakkaiden aktiivisuutta ja tuottaa siten yhä parempia palveluja on monia: esimerkiksi asiakasraadit, kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen ja hyödyntäminen sekä kehittäjäkahvilat. Myös hoitokokemusta mittaavat potilaskyselyt, ns. PREM-mittarit (Patient-Reported Experience Measures) tuovat asiakkaiden ja potilaiden äänen kuuluviin ja mahdollistavat palvelujen laadun parantamisen, erityisesti silloin kun huomio kiinnitetään tyytymättömien osuuteen ja tyytymättömyyden syiden tarkkaan analysointiin (6).

Asiakkaiden osallistumisella voidaan vahvistaa ehkäisevää ja osallistavaa työtä sekä kehittää yhteisöllisiä ja eri sektorirajat ylittäviä palvelujen tuottamismalleja. Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa palveluihin myös potilasjärjestöjen kautta. Olennaista asiakaslähtöisen kulttuurin saavuttamisessa on johdon kiinnostus sen kehittämiseen. Tarvitaan pitkäjänteistä työtä ja sitoutumista sekä koulutusta koko henkilökunnalle. Tiedetään myös, että henkilöstön tyytyväisyys ja asiakkaiden/potilaiden tyytyväisyys ovat kytköksissä toisiinsa.

Asiakaspalautteen kerääminen ja tulosten hyödyntäminen on keskeinen tapa kehittää ja seurata palvelujen laatua (9). Palveluntuottajien on tärkeää kerätä asiakaspalautetta mahdollisimman yhtenäisesti koko maassa: samalla mittarilla ja samalla sovitulla tavalla. Tämä mahdollistaa vertailukelpoisen asiakaspalautetiedon saamisen kaikkien tahojen – myös asiakkaiden – käyttöön.

THL:ssä aloitettiin STM:n toimeksiannosta vuonna 2018 asiakaspalautetiedon kansallisen keruun yhtenäistämisen suunnittelutyö. Kansallisen mallin tavoitteena on jatkossa tuottaa vertailukelpoista tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä palveluihin. Tietoa käytetään arvioitaessa palvelujen järjestäjien toimintaa

ja se kuvaa palveluiden toimivuutta asiakkaiden näkökulmasta. Asiakkaille ja kansalaisille tulokset voidaan raportoida esimerkiksi Suomi.fi-palvelussa.

Suunnittelutyössä on tarkasteltu mm. vaihtoehtoja kansallisiksi asiakaspalautemittareiksi, kansallisen asiakaspalautetiedon keruun tapoja, frekvenssiä ja prosessia sekä eri toimijoiden rooleja kansallisen asiakaspalautetiedon keruussa. Mukana on toimijoita eri organisaatioista, jotta valmistelussa huomioidaan kansallisen ohjauksen näkökulman lisäksi myös palvelun järjestäjän, tuottajan ja palvelun käyttäjän näkökulmat. Vuoden 2019 alkupuolella työ on edennyt teknisten määrittelyjen tuottamiseen. Lopullinen toteutusaikataulu on tämän suosituksen kirjoittamisvaiheessa vielä avoinna.

Mittariehdotukset

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito

- henkilökunnan koulutus asiakaslähtöiseen toimintaan / asiakasosallisuuden vahvistamiseen (kyllä/ei, osallistumis-%)
- palveluntuottajille tulevan spontaanin palautteen määrä suhteutettuna toiminnan volyyymiin ja palautteen käsittely työyhteisössä omavalvontasuunnitelman mukaisesti
 - suora palaute
 - potilaiden tekemät muistutukset ja valvontaviranomaisten siirtämät muistutuksena käsiteltävät kantelut organisaation johdolle
 - kantelut valvoville viranomaisille
- henkilöstön tyytyväisyyskysely vuosittain
- asiakaspalautekyselyt
 - perusterveydenhuolto: THL:n kehittämät asiakaspalautekyselyt eri toiminnoille vähintään joka toinen vuosi
 - erikoissairaanhoito: yo-sairaaloiden kehittämä Kansallisen asiakaslähtöisyyden kehittämisverkoston suosittelema kysymyssarja kaikille asiakkaille tai kohdennettuina otoksina (liite)

Perusterveydenhuolto

- toiselle palveluntuottajalle siirtyneiden asiakkaiden määrä / vuosi
- hoidon jatkuvuus terveysasemien potilailla
 - tarkastellaan niiden potilaiden joukkoa, joilla on vähintään kolme kiireetöntä käyntiä saman ammattiryhmän edustajalla (lääkärillä tai hoitajalla) viimeisten kahden vuoden aikana.
 - käyntimäärä samalla lääkäriä suhteutettuna kaikkiin lääkärikäynteihin
 - käyntimäärä samalla hoitajalla suhteutettuna kaikkiin hoitajakäynteihin
- hoito- ja palvelusuunnitelma: paljon palveluja käyttäviä potilaita varten (esim. 6 käyntiä/vuosi) on käytössä lomake, esim. THL:n terveys- ja hoitosuunnitelma (8), joka täytetään yhdessä potilaan ja/tai hänen omaisensa kanssa ja tulostetaan hänelle tai tallennetaan esim. Kantaan myös potilaan nähtäväksi (kyllä/ei)

Hoidon saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee tarjota apua, tukea ja ratkaisuja väestön tarpeiden mukaisesti. Lakien mukaiset palvelut tulee saada kohtuullisessa ajassa ja yhdenvertaisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta. Palveluiden tulee myös olla tosiasiallisesti väestön saavutettavissa välimatkojen ja aukioloaikojen näkökulmasta, silloin kun palvelu edellyttää fyysistä läsnäoloa.

Potilaan tulee saada hoito sairauteensa lääketieteelliseltä kannalta oikeaan aikaan. Hoidon kiireellisyys arvioidaan hänen ottaessaan yhteyttä terveydenhuoltoon, hoitokontaktissa tai mahdollisen jatkohoitolähteen laadinnan yhteydessä. Muiden kuin päivystyshoitoa edellyttävien tilojen kiireellisyys arvioidaan yksilöllisesti ja tukena voidaan käyttää mm. STM:n julkaisemia kiireettömän hoidon perusteita (10) ja Käypä hoito -suosituksia (11). Hoidon ajoituksessa on otettava huomioon myös sairauden aiheuttama työkyvyttömyys sekä mahdollisesti heikentynyt toimintakyky ja sen mukanaan tuoma avun tarve.

Päivystyksessä käytetään hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa triage-luokitusta, jonka tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilaat ohjataan hoitoon luokittelun mukaisesti. Kiireellisyys voi muuttua ensiarvion jälkeen. Potilaille on kaikissa tilanteissa annettava riittävästi tietoa heitä koskevista ratkaisuista. Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollossa tulee olla tarjolla kiirevastaanottoja arki-iltaisain ja viikonloppuisin päiväsaikaan, jotta voidaan vähentää yhteispäivystyksen kuormitusta ja tarjota palveluja lähempänä väestöä.

Asiakkaan terveysongelman ratkaisemisessa on tärkeää, että hän saa nopeasti yhteyden terveydenhuollon toimintayksikköön ja että ongelmaa ryhdytään ratkomaan sen edellyttämällä kiireellisyydellä. Silloin kun lääkärin vastaanotto on tarpeen, odotusaika ei saa olla kohtuuton. Potilas tulisi ohjata ensiyhteydenoton jälkeen suoraan oikeaan palveluun ja ammattihenkilölle, jolla on hänen tarpeisiinsa nähden oikea osaaminen. Tämä on tärkeää myös henkilökunnan tarkoituksenmukaisen työnjaon ja resurssien käytön kannalta.

Saatavuutta on perinteisesti mitattu tarkastelemalla puhelinpalvelun viivettä sekä pääsyä lääkärin vastaanotolle. Tähän oppaaseen sisältyvät myös valvontaviranomaisten käyttämät hoitotakuun seuranta-mittarit (tarkastetaan perusterveydenhuollon osalta maalisi- ja lokakuussa ja erikoissairaanhoidon osalta huhtikuun, elokuun ja joulukuun lopussa), jotka perustuvat voimassa oleviin säädöksiin, vaikka niitä ei voi pitää hyvän laadun osoittimina. Toiminnan muuttuessa asiakaslähtoisemmäksi ja digitalisaatiota hyödyntäväksi, nämä mittarit ovat yksinään riittämättömät, koska ne mittaavat vain osaa toiminnasta. Kun tarjolla on useita yhteydenottoväyliä (paikalla asiointi, puhelinpalvelu, takaisinsoitto, sähköinen yhteydenotto), pitäisi pystyä mittaamaan yhteydenoton ja palvelun toteutumisen välistä viivettä potilas-kohtaisesti, vaikka asiakas käyttäisi useita yhteydenottokanavia.

Toiminnan kehittämisen kannalta olisi hyödyllistä seurata odottavien potilaiden määrää. Suhteuttamalla määrä kapasiteettiin voidaan arvioida, monenko päivän työt ovat jonossa.

Mittariehdotukset

Perusterveydenhuolto, kiireetön hoito

- avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle yli 3 kuukautta odottaneiden %-osuus*
- kuntoutusta (fysio- ja ravitsemusterapia, apuvälinepalvelu) yli 3 kuukautta odottaneiden %-osuus*
- hammaslääkärin vastaanotolle yli 6 kuukautta odottaneiden %-osuus*
- välitön yhteydenaanti virka-aikana: läpipäässeet puhelut, %-osuus*
- lääkärin vastaanotolle yli 7 päivää odottaneiden %-osuus
- kolmas vapaa aika (T3) lääkärille, hoitajalle ja muille työntekijöille erikseen (kolmansien varattavissa olevien vapaiden aikojen mediaani toimintayksiköittäin)
- sähköisten itsearviointipalvelujen saatavuus (kyllä/ei)
- käyntiä korvaavat sähköiset asiointit (ml. puhelut) %-osuus kaikista perusterveydenhuollon käynneistä
- palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa asiakastytyväisyyskyselyn mukaan, %-osuus

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys (12):

- triageaika: hätätilapotilaat 1 minuutissa, muut 10 minuutissa, %-osuus
- odotusaika lääkärin vastaanotolle < 1 tunti ja < 2 tuntia, %-osuus
- läpimenoaika potilasryhmittäin 4 tuntia, %-osuus

Erikoissairaanhoidon kiireetön hoito

- hoidon tarpeen arviointi: niiden läheteiden määrä ja %-osuus erikoisaloittain, joita ei käsitellä 3 viikon määräajan kuluessa*
- lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut: yli 3 kuukautta odottaneiden potilaiden %-osuus*
- muut erikoisalajat: yli 6 kuukautta odottaneiden potilaiden %-osuus*
- 31.12. erikoissairaanhoidon odottavien odotusajan mediaani

* Terveydenhuoltolain säädösten valvonnan mittarit

Hoidon turvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon siten, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen sisältyvät hoidon turvallisuus, lääkeshoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. Henkilökunnan osaaminen ja sen varmistaminen ja kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää.

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki edellytti laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman laatimista kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Sairaanhoidopiireissä ja perusterveydenhuollossa käynnistyi potilasturvallisuustyö, johon on kuulunut myös hoidon turvallisuutta edistävän yhteistyöminnan kehittäminen terveydenhuollon eri toimijoiden kesken.

Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, jossa vaaratapahtumien avoin ja syyllistämätön käsitteleminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä. Vapaaehtoisen vaaratapahtumien raportoinnin tulee olla käytössä organisaatioiden sisällä ja eri toimijoiden välillä.

Hoidon turvallisuutta tulee seurata kansallisesti sovitulla yhdenmukaisilla mittareilla ja hoidon turvallisuuden mittaamista tulee kehittää. Kansalliset rakenneuudistukset edellyttävät tietotuotannon uudistamista. Jatkuvasti kehittyvää palveluntuottajien tietotuotantoa tarvitaan myös palvelujen laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvässä seurantaraportoinnissa.

OECD:n terveydenhuollon laadun indikaattorit (HCQI) ovat terveydenhuollon laatua koskevia määrittäjiä, joiden muodostamisessa hyödynnetään mm. saatavilla olevia terveydenhuollon hallinnollisia tietoja ja ICD-10- ja toimenpidekoodeja (3). OECD käyttää näitä indikaattoreita eri maiden väliseen vertailuun. Osa sairaanhoidopiireistä käyttää OECD-indikaattoreita laadunarvioinnin tukena. Indikaattoritietotuotannon laajentamista helpottaa tietotuotannon välineiden kehittyminen tulevina vuosina.

OECD-indikaattoreita ovat esimerkiksi

- synnytykset: 3.–4. asteen repeämät
- toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia
- toimenpiteen jälkeinen sepsis
- antibioottien vuosikulutus avohoidossa (DDD/1000 asukasta/vrk).

AHRQ:n (Agency for Health Care Research and Quality) kehittämät potilasturvallisuusindikaattorit (PSI) antavat tietoa leikkausten / toimenpiteiden ja synnytysten jälkeisistä komplikaatioista (13). Niiden avulla voidaan tunnistaa lisäselvityksiä vaativia haittavaikutuksia, haittatapahtumien esiintyvyyttä ja sairaalakomplikaatioita. Osa AHRQ:n indikaattoreista on ollut OECD:n indikaattoreiden pohjana.

Mittariehdotukset

Osaaminen

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido

- palveluntuottajalla on kirjallinen kuvaus ammattipätevyksien tarkistamiseksi ja rekisteröimiseksi työhöntulovaiheessa (kyllä/ei).
- palveluntuottajalla on kirjallinen ammattiryhmäkohtainen perehdytysohjelma, jonka toteutuminen rekisteröidään ja sitä seurataan (kyllä/ei).
- terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen mukaiseen vuotuiseseen koulutukseen osallistuneiden %-osuus ammattiryhmittäin
- potilaan hoitoon osallistuvat suorittavat
 - turvallisen hoidon perusteita koskevan koulutuksen (kyllä/ei, %-osuus)
 - potilastietojärjestelmien käyttökoulutuksen (kyllä/ei, %-osuus)
 - terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käyttökoulutuksen (kyllä/ei, %-osuus)
 - tietoturvakoulutuksen (kyllä/ei, %-osuus)
 - potilaan peruselintoimintojen tarkkailun (14) ja arvioinnin (15) koulutuksen sekä vaativien potilastilanteiden koulutuksen, esim. elvytyskoulutuksen (kyllä/ei, %-osuus)
- lääkehoidon lupakäytäntöjä koskeva menettely on kuvattu ja sen toteutumista seurataan (kyllä/ei, %-osuus)

Vaaratapahtumat

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido

- palveluntuottajalla on kirjallinen prosessikuvaus vaaratapahtumien ilmoitusmenettelystä omassa organisaatiossaan (kyllä/ei).
- prosessi sisältää järjestelmälliset käytännöt
 - vaaratapahtumien ilmoittamiseksi (kyllä/ei)
 - ilmoitusten viiveettömäksi käsittelemiseksi (kyllä/ei)
 - kehittämistoimenpiteiden toteuttamiseksi (kyllä/ei)
- johto seuraa ilmoittamisaktiivisuutta ja ilmoitusten perusteella tehtävien hoidon turvallisuutta parantavien toimien määrää ja laatua (kyllä/ei).
- palveluntuottajalla on kirjallinen toimintaprosessi vakavien vaaratapahtumien (kuolemaan tai pysyvään haittaan johtanut tapahtuma) käsittelemiseksi ja korjaaviksi/ ennaltaehkäiseviksi toimiksi vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi (kyllä/ei).
- johto seuraa jatkuvasti vakavien vaaratapahtumien ilmaantumista ja käsittelee ne (kyllä/ei).
- eri organisaatioiden välillä tapahtuneiden vaaratapahtumien ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi on vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä (ns. rajapinnan ylittävä vaaratapahtumien ilmoittaminen) (kyllä/ei).

Potilasturvallisuus

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido

- henkilöstön influenssarokotekattavuus (%-osuus rokotteen ottaneista työssä olevista työntekijöistä)
- potilasvahinkoilmoitukset ja korvatut potilasvahingot (lukumäärä tietyllä ajanjaksolla suhteutettuna toimintalukuihin)
- yksikkö-/osastokohtainen lääkehoitosuunnitelma (%-osuus)
- käsihuuhteen kulutus (suhteutettuna käyntimääriin ja hoitajaksoihin)
- hoitoon liittyvät infektiot (vuodeosastot, suhteutettuna hoitajaksoihin)
- painehaavariskin arvioinnin toteutus (16)

-
- kaatumisvaaran arvioinnin peittävyys yli 70-vuotiailla (vuodeosastot ja kotihoito, 17)
 - hoidon haittavaikutusten kirjaaminen (Y- ja T-koodit)

Perusterveydenhuolto

- lääkeshoidon tarkistus/arviointi vähintään vuosittain monilääkityillä yli 75-vuotiailla (%-osuus)
- osuus (%) potilaista, joille on epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon (J06.9) määrätty antibiootti

Erikoissairaanhoito

- hoidon komplikaatiot eri erikoisaloilla: OECD-mittarit (3)
- sovitut AHRQ:n indikaattorit

Vaikuttavuus

Terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää, että palvelujen vaikuttavuutta seurataan. Hoidon tuottama terveyshyöty on riippuvainen käytetyistä menetelmistä, henkilökunnan osaamisesta ja myös potilaan osallistumisesta ja sitoutumisesta.

Uusia menetelmiä käyttöön otettaessa tieto terveyshyödyistä perustuu useimmiten satunnaistettuihin tutkimuksiin, jotka kertovat lähinnä menetelmän optimivaikuttavuudesta, eli sen tehosta (efficacy) parhaissa mahdollisissa olosuhteissa. Tietoa tarvitaan kuitenkin myös menetelmän vaikuttavuudesta tavanomaisissa sairaanhoidon olosuhteissa (effectiveness), nk. arkivaikuttavuudesta. Myös tieto potilaan itse kokemasta terveydentilansa muutoksesta on merkityksellistä. Potilaan oman arvion parantumisestaan tulisi olla terveydenhuollon laadun keskeinen kriteeri. Tätä voidaan mitata PROM-mittareilla (Patient Reported Outcome Measures).

Palvelujen järjestäjän kannalta tärkeää on seurata merkittävien kansantautien tai vakavien ja kalliita hoitoja vaativien sairausryhmien hoidon tuottamaa terveyshyötyä ja asettaa sille tavoitteita. Palveluntuottajien tulisi seurata omien potilasryhmiensä hoidon tuloksia ja niiden kehittymistä ja vertailla niitä muiden tuottajien tuloksiin. Potilaan näkökulmasta merkittävintä on, kuinka hänen sairautensa hoito toteutetaan.

Erikoissairaanhoidossa useiden potilasryhmien hoidon vaikuttavuutta on tutkittu laajasti ja vaikuttavuudelle on olemassa yleisesti käytettyjä mittareita. Terveyshyötyä voidaan mitata lopputulosmittareilla kuten kuolleisuus, toimintakyvyn tai työkyvyn palautuminen. Seurantaan voidaan käyttää myös uusintahoitojen tarpeesta kertovaa rekisteritietoa. Sairaanhoitopiirien kliinisissä laaturekistereissä ja THL:n kansallisessa laaturekisterihankkeessa pyritään valitsemaan sekä geneerisiä että potilas- ja tautiryhmäkohtaisia tulos- ja elämänlaatumittareita vaikuttavuustiedon keräämistä ja vertailua varten.

Perusterveydenhuollossa vaikuttavuutta on tutkittu vähän eikä yleisesti hyväksytyjä mittareita ole käytettävissä samassa määrin kuin erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuolto on usein luonteeltaan ennalta ehkäisevää ja toiminnan vaikuttavuus voi näkyä vasta vuosikymmenten kuluttua, joten seurannassa on käytettävä välillisiä mittareita (hoitotaso, hoitosuositusten noudattaminen), jotka kuvaavat prosessien laatua. Toisaalta perusterveydenhuollossa tutkitaan ja hoidetaan lieviä sairauksia ja oireita,

jotka voivat parantua myös itsestään. Oireiden tutkiminen on kuitenkin välttämätöntä vakavien sairauksien poissulkemiseksi. Tässä hoidon jatkuvuus on tärkeää ja tehostaa resurssien käyttöä.

Mittariehdotukset

Perusterveydenhuolto

- lääkärin vastaanoton käyntisyiden kirjaamisaste (ICD10 tai ICPC2, %)
- yli 10 lääkärikäyntiä/vuodessa, asiakkaiden %-osuus
- terveystindikaattorit
seuraavat terveystindikaattorit / riskitekijät kirjataan systemaattisesti kaikilla kiireettömällä käynneillä tai vähintään vuosittain ja aletaan seurata niiden kehitystä ja asettaa niille tavoitteita
 - kaikki aikuispotilaat
 - BMI
 - tupakointi
 - alkoholin käytön riskitesti (Audit-pisteet)
 - verenpaine
 - potilaat, joilla on sydän- ja verisuonisairauksien tai diabeteksen riski tai todettu tauti
 - HDL-kolesteroli
 - HbA1C
 - oireiden perusteella
 - MMSE-pisteet (muistitesti)
 - BDI-pisteet (masennustesti)
 - suun terveydenhuolto
 - 18 vuotta täytäneiden CPI - indeksien keskiarvo
 - 12-vuotiaiden DMF -indeksien keskiarvo
- hoidon vaikuttavuuden arviointi (prosessimittarit)
 - verenpainetauti: niiden verenpainetautipotilaiden osuus, joilla verenpaine on alle 140/90 mmHg.
 - niiden 2-tyyppin diabetesriskissä (koholla oleva glukoosin paastoarvo tai heikentynyt glukoosinsieto) olevien osuus, joille annettu Käypä hoito -suosituksen mukaista elintapaneuvontaa
 - diabetes: niiden 2-tyyppin diabetespotilaiden osuus, joilla HbA1c on alle 63mmol/l ja alle 53mmol/l
 - masennus: niiden masennuspotilaiden osuus, joilla BDI tuos on 6kk kuluttua diagnoosista alle 10 (muut oireipistekyselyt: PHQ-9 < 5, MADRAS <10, Hamilton < 8)
- vuodeosastohoitojaksot palveluntuottajan hoitamilla pitkäaikaissairailta yli15-vuotiailla (OECD)
 - diabetes
 - sydämen vajaatoiminta
 - astma
 - COPD
- hoitosuunnitelma
 - hoitosuunnitelma laadittu asianmukaiselle lomakkeelle niille, jotka tarvitsevat paljon palveluita, hoidon seurantaa ja/tai tukea hoidon toteuttamisessa, suunnitelmien lukumäärä suhteutettuna hoidettujen em. potilaiden määrään
 - case manager on mahdollista nimetä paljon palveluita tarvitseville potilaille (kyllä/ei)

-
- suunnittelematon palveluiden käyttö
 - päivystyskäynnit /vuosi
 - kotihoidon potilaiden sairaalahoitajaksot /vuosi
 - 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus
 - yli 75-vuotiaiden toimintakykymittarin käytön peittävyys
 - tarkoituksena on, että THL kehittää arkisuoriutumisen arviointia varten nopeakäyttöisen mittarin, joka voitaisiin tehdä vuosittain kaikille 75 vuotta täyttäneille asiakkaille
 - siihen asti palveluntuottajat voivat käyttää ja seurata nykyisiä mittareitaan

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys

- päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneen potilaiden %-osuus kaikista päivystyskäynneistä
- niiden potilaiden osuus, joilla yli 5 päivystyskäyntiä/vuosi

Erikoissairaanhoito

- laaturekisterityössä sairaanhoitopiirien ja/tai erikoisalayhdistysten olisi yhteisesti sovittava, millä mittareilla eri sairauksien hoidon vaikuttavuutta seurataan.
 - rekisteritiedot: kuolleisuus, uusintahoitajaksot, uusintaleikkaukset
 - tautikohtaiset vaikuttavuuden mittarit (kliinifysiologiset suureet, laboratoriotulokset)
 - saavutettu toimintakyky
 - sairausspesifiset terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit
 - geneeriset terveyteen liittyvät elämänlaadun mittarit (15D tai EQ-5D)
 - hoidon kustannusvaikuttavuus (mm. €/QALY)

Lopuksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteista ja rakenneuudistuksista riippumatta palvelujen laadun järjestelmällinen seuranta ja jatkuva laadun parantaminen muodostavat välttämättömän osan palvelujärjestelmän toimintaa. Ne tuleekin integroida entistä paremmin osaksi arkipäivän hoitoa.

Hoitokäytäntöjen kehittyessä ja laatutiedon ja -mittarien uudistuessa myös tämä opas tulee jatkossa uudistumaan. Päivitystarvetta voi syntyä myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksista, silloin kun ne vaikuttavat toimijoiden väliseen työn- ja vastuunjakoon. Paitsi laatumittarien valintaa ja niiden määrittelyä tulevaisuuden laatuoppaissa voidaan käsitellä myös niitä tapoja, joilla tietoja kootaan yhteen, analysoidaan ja raportoidaan eri kohderyhmien käyttöön.

Hallintorakenteista riippumatta palveluntuottajille jää kuitenkin aina suurin vastuu oman toimintansa laadusta ja omavalvonnasta ja asiakkaille ja potilaille tarve tietää tarjottavien palvelujen laadusta.

Liite. Asiakastyytyväisyyskysymykset

Taulukko 1: Kansallisen asiakaslähtöisyysverkosto – SOTE:n käyttämät vertailuväittämät ja niiden perusteet

15.11.2018

Taustaa, perusteluja	Väittäjä ja sen kieliversiot
<p>Potilas/ asiakastyytyväisyys</p> <p>Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) 17.8.1992/785</p> <p>Eloranta ym. 2009, Nakano ym. 2008, Lee & Yom 2007, Kvist 2006, Ahmad M & Alasad J 2004, Suhonen ym. 2004, Jenkinson 2002, Hiidenhovi 2001, Leino-Kilpi ym.1994</p> <p>> asiakkaan peruskokemuksen saadusta palvelukokonaisuudesta</p>	<p>Saamani hoito/palvelu oli hyvää</p> <p>Den vård/betjäning jag fick var god.</p> <p>The care/service I received was good.</p>
<p>Kohtelu</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) 17.8.1992/785</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p> <p>Kamo ym. 2011, Rahmqvist & Bara 2010, Eloranta ym. 2009, Liu & Wang 2007, Kvist 2006, Leinonen 2003, Hiidenhovi 2001, Leino-Kilpi ym. 1994</p> <p>> millä asenteella asiakas koki häntä kohdellun</p>	<p>Henkilökunta kohteli minua hyvin</p> <p>Personalen bemötte mig väl.</p> <p>The staff treated me well.</p>
<p>Turvallisuus</p> <p>Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.</p> <p>THL 2011, WHO 2011, Pekonen 2010, STM 2009, EY komissio 2008, Leino-Kilpi ym. 1994</p> <p>> - hoidon turvallisuutta potilaan on kokonaisuudessaan vaikea tietää/havaita, vain omaa kokemusta siitä</p> <p>- kokemus muodostuu monista seikoista</p> <p>- potilaan kokema turvallisuuden tunne on omiaan edistämään parantumista, sinällään tärkeä hoidon laatuun liittyvä</p>	<p>Koin oloni turvalliseksi hoidon/ tutkimuksen/ palvelun aikana</p> <p>Jag kände mig trygg under vården/undersökningen/betjäningen.</p> <p>I felt safe during the care/examination/service</p>

<p>Itsemääräämisoikeus</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) 17.8.1992/785</p> <p>Henkilötietolaki § 26</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014</p> <p>Lynn ym. 2007, Ruotsalainen 2006, Ervin 2006, Johansson 2006, Kjekken ym. 2006, Hiidenhovi 2001</p> <p>> - osallistaminen, kuulluksi tuleminen yhä tärkeämpää potilaille (ja heidän läheisilleen)</p>	<p>Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani</p> <p>Beslut beträffande min vård fattades tillsammans med mig.</p> <p>Decisions regarding my care were made together with me.</p>
<p>Tiedonsaanti</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki) 17.8.1992/785</p> <p>Henkilötietolaki 22.4.1999/523 § 26</p> <p>Kamo ym. 2011, Rahmqvist & Bara 2010, Pekonen 2010, McNab C. 2009, Eloranta ym. 2008, Lynn ym. 2007, Rahmqvist & Bara 2007, Johansson 2006, Perreault ym. 2006, Kuosmanen ym. 2006, Leino-Kilpi ym. 2005</p> <p>> potilaan kohtaaminen ja osallistuminen omaan hoitoon mahdollistuu vain jos potilas saa ymmärrettävää tietoa omasta sairaudestaan ja hoidosta</p>	<p>Saamani tieto hoidosta/ tutkimuksesta/ palvelusta oli ymmärrettävää</p> <p>Informationen som jag fick om vården/undersökningen/betjäningen var förståelig.</p> <p>The information I received on care/examinations/the service was understandable.</p>
<p>Antaa yleiskuvan asiakkaan palvelukokemuksesta</p> <p>> väittämä jo suurimmalla osalla shp jo omissa palautekyselyissä mukana, muoto vaihtelee</p>	<p>Voin suositella hoitopaikkaa läheisilleni</p> <p>Jag kan rekommendera vårdplatsen till mina nära anhöriga.</p> <p>I would recommend the institution to my relatives.</p>

Viitteet

1. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health: Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety. European Commission 2014. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/006_safety_quality_of_care_en.pdf
3. Data for Measuring Health Care Quality and Outcomes <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
4. Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän työryhmämuistio. Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4066-6>
5. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>
6. Reponen Elina, Roine Risto P.: Tyytyväinen potilas = laadukas terveydenhuolto? <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/nakokolmat/tyytyvainen-potilas-laadukas-terveydenhuolto/>
7. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
8. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576
9. Asiakaspalaute.<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute>
10. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>
11. Käypä hoito-suositukset. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset>
12. Ilkka Lasse, toim.: Ensihoitopalvelun kansallinen tietovaranto ja tiedolla johtaminen. Työpäperi 31/2016, THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131300/URN_ISBN_978-952-302-744-2.pdf?sequence=1
13. Patient safety indicators https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/PSI_Brochure.pdf
14. Elvytys. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>
15. Karjalainen Mika, Norrgård Marcus, Peltomaa Minna, Pirneskoski Jussi, Rantala Heidi, Tirkkonen Joonas: Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8>
16. Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. <https://shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2015.pdf>
17. Pajala Satu: Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16, THL <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf>