



Omavalvontaohjelman seurantaraportti, osavuosisikatsaus

1.7.2024- 30.9.2024

Asiakkuudet ja laatu, professiojohtajat

LAATU, VALVONTA JA ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS	4
1 ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS	5
1.1 Pohjois-Savon hyvinvointialue sote	5
1.2 Ikääntyneiden palvelut	8
1.3 Perhe- ja vammaispalvelut.....	9
1.4 Yleiset palvelut.....	9
2. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YKSIKKÖKOHTAINEN VALVONTA	10
2.1 Sosiaalihuollon valvonta	10
2.2 Terveystenhuollon valvonta	12
3. MUISTUTUSTEN JA KANTELUJEN KÄSITTELY, VALVOVIEN VIRANOMAISTEN SELVITYSPYYNNÖT.....	12
3.1 Muistutukset ja kantelut	12
3.2 Valvovien viranomaisten selvityspyyntö.....	14
3.3 Valvontaviranomaisten ratkaisut	15
4. OIKAISUVAATIMUSTEN KÄSITTELY	15
4.1 Asiakasmaksujen oikaisuvaatimukset.....	15
4.2 Sosiaalihuollon oikaisuvaatimukset	16
5. PALVELUIDEN LAATU	16
5.1 Hoidon lääketieteellinen asianmukaisuus	16
5.2 Asiakaslähtöisyys.....	18
5.3 Saatavuus, saavutettavuus ja jatkuvuus	19
5.4 Organisaation laatu	19
5.5 Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus	21
5.6 RAI-arvioinnit	22
6 SOSIAALI- JA POTILASASIAVASTAAVA TOIMINTA	23
KUOPION YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN POTILASASIAVASTAAVAT	23
PERUSTERVEYDENHUOLLON POTILASASIAVASTAAVAT	25
SOSIAALIASIAVASTAAVAT.....	26
7 HENKILÖSTÖ.....	26
7.1 Saatavuus ja riittävyys	27
7.2 Sairaspoissaolot.....	27

Palveluyksikkö

Päivämäärä

Henkilöstön ammatinharjoittaminen.....	28
8 OMAVALVONTAOHJELMA OHJELMAN SEURANTAAN LIITTYVÄT TOIMENPITEET	29
8.1 Asiakas- ja potilasturvallisuus	29
8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökohtainen valvonta	30
8.3 Muistutusten ja kanteluiden käsittely, valvovien viranomaisten selvityspyynnöt.....	30
8.4 Oikaisuvaatimusten käsittely.....	30
8.5 Palveluiden laadun arviointi	30
8.6 Asiakaspalautteet.....	30
8.7 Hoidon saatavuus ja jatkuvuus	30
8.8 Sosiaali- ja potilasasiavastaavatoiminta	30
8.9 Henkilöstö	30

Tämä raportti vastaa lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) nk. valvontalain 26 § velvoittaman omavalvontaohjelman seurannan toteutumiseen.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (26 § 4 mom.) ”*Omavalvontaohjelma sekä omavalvontaohjelman toteutumisen seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet on julkaistava neljän kuukauden välein julkisessa tietoverkossa tai muilla niiden julkisuutta edistävillä tavoilla.*”

Raportin sisältö, laajuus ja ulkoasu muuttuvat osana tiedolla johtamisen kehittymistä sekä omavalvonnan rakenteiden kehittämistä. Tavoitteena on automatisoida raporttien päivittäminen ja julkaisu. Raportti ja sen osana oleva diaesitys julkaistaan Pohjois-Savon hyvinvointialueen internet-sivuilla asiakaskokemusjaoston käsittelyn jälkeen, kolme kertaa vuodessa.

Raportti koostuu hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa ja sen liitteissä määritetyistä osa-alueista ja tavoitteista, joita seuraamalla voidaan varmistaa hyvinvointialueen palvelujen järjestämisen laatu ja lainmukaisuus.

Osa-alueita ovat

- Saatavuus
- Jatkuvuus
- Turvallisuus ja laatu
- Asiakaskokemus ja osallisuus
- Työelämän laatu (henkilöstö)
- Yhdenvertaisuus
- Vaikuttavuus

LAATU, VALVONTA JA ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatu koostuu useista osakokonaisuuksista. Laadukkaaseen ja hyvään palveluun ja hoitoon kuuluvat mm. saavutettavuus, yhdenvertaisuus, henkilöstön ammattitaito ja osaaminen, palvelujen sujuvuus ja tehokkuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus. Tavoite on, että potilas/asiakas saa tarpeidensa mukaiset sisällöllisesti laadukkaat, turvalliset ja asianmukaiset sosiaali- ja/tai terveystalvet oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Laadukkaaseen työhön liittyy aina keskeisesti myös toiminnan valvonta, ensisijaisena omavalvonta.

Pohjois-Savon hyvinvointialueella laadun ja vaikuttavuuden, valvonnan sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden asioista vastaa strategia- ja kehittäminen toimialalle sijoittuva asiantuntijayksikkö, 1.5.2024 alkaen asiakkuudet ja laatu-palvelualue. Palveluiden järjestämisen valvonnasta vastaavat lisäksi hallinnolliset toimielimet (aluehallitus ja asiakaskokemusjaosto), johtavat vastuuviranhaltijat (johtajaylilääkäri, sosiaalijohtaja sekä johtajaylihoitaja) sekä palvelutuotannossa vastuu on toimialajohtajilla, palvelualue- ja yksikköjohtajilla, esihenkilöillä, sekä jokaisella työntekijällä.

1 ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS



Kuva 1. Strategian kärjet

1.1 Pohjois-Savon hyvinvointialue sote

Yhdessä asiakkaiden ja potilaiden kanssa (strategian kärki 1)

Heinäkuun aikana asiakas- ja potilasturvallisuuspäällikkö kiersi erityispalvelujen ja perustason palvelujen 23 yksikössä tarkastelemissa asiakas- ja potilasturvallisuuden tilannetta ja kuulemassa henkilöstön ja esihenkilöiden ajatuksia mahdollisista kehitettävistä asioista tai yksiköissä nousevista ilmiöistä.

Henkilöstömäärä koettiin pääsääntöisesti riittäväksi supistusten aikana erityispalveluissa, mutta osaaminen ja työkuorma sitä vastoin koettiin haasteelliseksi kesäsijaisten ollessa vahvuudessa pienellä perehdytyksellä. Perustason jatkohoitopaikkojen puutos kuormitti organisaation eri alueita. Osaamisen vaje näyttäytyi myös ajoittain. Uutena asiana esiin nousi kielitaitohaasteet henkilöstön osalta, joka näyttäytyi potilasvaaratilanteina yksittäisissä yksiköissä. Korjaavia toimenpiteitä oli tehty ja yksiköiden esihenkilöt olivat puuttuneet tilanteeseen.

SPro-ilmoituksia on tehty heinä- syyskuun aikana 28 kpl. Yleisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon epäkohta (3) epäkohdan uhka (25) ja vaaratapahtumien teemoina nähtiin esim.

Asiakkaan palvelu ei toteudu lakisääteisellä tavalla (oikeus palveluun, ohjautuminen palveluun palvelun sisältö, lakisääteiset aikarajat) Lasten psykiatrian palvelujen haasteet osassa tapauksia, jossa hoitoon ei päästä määräajassa sekä psykiatrian ylipaikkatilanteen haasteet. Asiakas hoidossa väärässä paikassa, kun ei muuta ole tarjolla sekä kriisipaikkojen niukkuus.

Henkilöstön mitoitus /rakenne ei ole lakisääteisellä / asiakkaiden palvelutarvetta vastaavalla tasolla. Ei pystytä vastaamaan lakisääteisiin hoitotakuuvaatimuksiin (mm. yhteydensaanti)

Työntekijöiden tekemiä vaaratapahtumailmoituksia heinä-syyskuun aikana tehtiin yhteensä **4172 kpl** (Taulukko 1). Eniten vaaratapahtumailmoituksia tehtiin **lääke- ja nestehoitoon liittyen**. Näissä korostuvat anto- ja jakovirheet, potilaan tunnistamiseen liittyvät seikat. Hyvinvointialueen lääkitysvirheistä kootaan katsaus vuodelta 2024 ja tehdään 5- vuotissuunnitelma kehittämisestä ja parantamisesta.

Läheltä piti, tapahtuma jossa potilaalle tai asiakkaalle ei tapahdu vahinkoa ja virhe huomataan ajoissa, oli 786 kappaletta. Kehittämistoimiin oli johtanut 43 ilmoitusta. Tällä kvartaalilla onnistumisia (PosiPro) ilmoitettiin 115 kappaletta.

Asiakkaan/potilaan/omaisen tekemiä ilmoituksia oli 91 kpl ja pääsääntöisesti ne kohdentuivat palvelujen saatavuuteen, määräaikojen ylitykseen ja yleiseen tyytymättömyyteen mm yhteydenottojen osalta. Tällä kvartaalilla asiakkaan tekemiä häiriikköilmoituksia oli 35 kpl, joten asiakkaan palautelumäärä ei anna relevanttia kuvaa todellisuudesta, pitäytyen kuitenkin samalla tasolla aikaisempaan nähden.

Vaaratapahtumailmoitukset (HaiPro)	Kaikki ilmoitukset lkm		läheltä piti		Juurisyyanalyysit lkm	
	heinä- syyskuu		2023 lkm	2024 lkm	heinä-syyskuu	
	2023	2024			2023	2024
Työntekijän tekemät	3947	4172	729	786	3	5
- lääke- ja nestehoito	1408	1385	331	386	3	3
- tiedonkulku ja -hallinta	473	395	87	92	0	1
- laitteet ja niiden käyttö	122	93	38	26	0	0
- ilmoitus Fimealle	14	14	0	0	0	0
- eettinen osaaminen ja toiminta	39	40	4	3	0	0
kaatumiset ja putoamiset	804	886	41	37	0	1
painehaavat	3	4	0	0	0	0
Potilaan/omaisen tekemät	42	91	4	12	0	0
PosiPro Onnistumiset	78	115	0	0	0	0
Vaaratapahtumailmoitukset (HaiPro)	Seuraus potilaalle IV - V lkm		Riskiluokka IV - V lkm		Kehittämistoimenpiteisiin johtaneet ilmoitukset lkm	
	heinä- syyskuu		heinä-syyskuu		heinä-syyskuu	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Työntekijän tekemät	238	202	82	89	305	180
- lääke- ja nestehoito	10	7	40	37	108	43
- tiedonkulku ja -hallinta	14	2	22	19	45	22
- laitteet ja niiden käyttö	1	5	6	8	14	18
- eettinen osaaminen ja toiminta	1	0	1	0	2	1
kaatumiset ja putoamiset	89	68	11	22	62	39
painehaavat	3	4	2	3	3	4
Vakavat vaaratapahtumat	3	1	3	1	3	1

Taulukko 1. Vaaratapahtumailmoitukset P-S HVA

Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset (strategian kärki 2)

Laatuportti, järjestelmä valvonnan, vaaratapahtumien sekä laadun- ja riskienhallintaan käynnistyi elokuussa aktiivisesti ja vie runsaasti aikaa koko syksyn. Tiedotus henkilöstölle käynnistettiin ja käyttöönotto uudessa järjestelmässä alkaa vaiheittain ja ilmoittamisen ja riskienhallinnan kokonaisuudessa 1.1.2025.

YTA laajuisessa yhteistyössä tarkasteltiin sosiaalisen raportoinnin yhtenäistämistä sekä selvitettiin sikiöseulontaohjelmaan liittyvän ohjelmavirhe ja vaikutus potilasturvallisuuteen kartoittamalla ja viestimällä alueen ohjelmaa käyttäville toimijoille.

17.9 järjestettiin valtakunnallisen asiakas- ja potilasturvallisuuspäivän webinaari teemana diagnostiikka.

Turvallisuus ensin kaikissa organisaatioissa (strateginen kärki 3)

Vakavan vaaratapahtuman tutkinta heinä-syyskuun aikana aloitettiin yhdessä uudessa vakavassa vaaratapahtumassa, joka täytti myös never event kriteerit. Tapahtuma koski potilaan menehtymistä osastojakson aikana. Kehittämiskohteina tunnistettiin ohjeistukseen ja toimintatapoihin sekä ympäristöön liittyviä turvallisuuskokonaisuuksia. Tietoa kehittämiskohteista jaettiin palvelutuotannon puolelle osana oppimista.

”Never event” (Kuva 2) on vaaratapahtuma, joka ei saisi koskaan tapahtua, koska sen seuraukset ovat usein hyvin vakavat ja se olisi useimmiten ehkäistävissä.

- Asiakkaan/potilaan tunnistusvirhe
- ABO yhteensopimattoman veren tai elimen siirto
- Pään, kaulan, rintakehän tai muun kehon osan juuttuminen sängyn rakenteisiin
- Nenän tai suun kautta viedyn mahaletkun sijaintia hengitysteissä ei havaita ennen käyttöönottoa
- Happea tarvitseva asiakas tai potilas kytketään virheellisesti lääkkeelliseen ilmaan
- Laimentamattoman kaliumliuoksen annostelu laskimonsisäisesti
- Lääkityksen väärä annostelureitti
- Insuliinin huomattava yliannostus
- Metotreksaatin yliannostus muussa kuin syövän hoidossa
- Vierasesineen jääminen potilaaseen toimenpiteessä
- Väärä toimenpiteen kohde kirurgiassa (esim. väärä puoli)
- Väärä implantti tai proteesi
- Asiakkaaseen tai potilaaseen hoidon aikana kohdistunut fyysinen tai psyykinen väkivalta, josta on seurauksena vakava haitta
- (Osasto) hoidon aikana tapahtuneet itsemurhat
- Vakavat haitat/vaaratapahtumat, esim. vaaratapahtumailmoituksista tai GTT:llä esiin tulleet
- Korvatut potilasvahingot
- Kantelut, jotka ovat johtaneet hallinnolliseen ohjaukseen
- Muistutukset, jotka ovat johtaneet hallinnolliseen ohjaukseen

Kuva 2. Never event

Never event -tapahtumiksi HaiPro-järjestelmässä ilmoitettiin 27 tapahtumaa, joista tarkemmassa tarkastelussa 3 ilmoitusta täytti Never event -kriteerit. Kaksi tapausta liittyi potilaan tunnistamiseen jossa kirjaukset tehty väärälle potilaalle ja yksi em. vakavan vaaratapahtuman tutkintaan liittyvään menehtymiseen.

Parannamme olemassa olevaa (strateginen kärki 4)

Asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurikysely (SOPS) julkaistiin syyskuussa. Kyselyn analyysi valmistuu seuraavalle kvartaalille.

Laajempi laatuindikaattorikysely toteutettiin keväällä ja tulokset analysoitiin syksyllä asiakas- ja potilasturvallisuuden laatutyön hyödyntämiseksi. Avointen palautteiden sisällössä huomioitavia asioita kehittämisen osalta oli:

- Asiakaspalautteista halutaan kuulla laajemmin yksikkötasolla.
- Vastauskoosteessa ehdotetaan, että sosiaalipalveluihin voisi ottaa säännölliseen käyttöön omat mittarit. Lisäksi mainitaan tarve koulutukselle digipalveluiden hyödyntämisestä työssä, koska tieto tulee yhä enemmän sieltä.
- Työntekijät tarvitsevat lisää aikaa tiedon tuottamiseen ja hyödyntämiseen. Uusille työntekijöille suositellaan yhteisiä perehdytyksiä ajan säästämiseksi.
- Koulutuksen tulisi olla säännöllistä ja sen tulisi johtaa siihen, että tieto on kaikilla työntekijöillä rutinoitunutta, jotta he osaavat toimia nopeasti muuttuvissa tilanteissa.

Kattavan raportointitieto tulee Pulssi intraan infektioturvallisuuden osalta säännöllisesti. Saamme ajantasaista tietoa yksikkötasolla käsihuuhteen kulutusmääristä eDesi ohjelman ja eHuuhte raportointiportaalin kautta.

Infektioturvallisuuden osalta kehitetty HVA tasoisesti seuraavia asioita:

- Isompana kokonaisuutena on nykytilan arviointi infektioiden osalta koko HVA:n tasolla
- Määritelty ja ohjeistettu hoitoon liittyvät infektiot perus- ja asumispalveluihin. Seuranta alkaa 1/2025. Tähän kokonaisuuteen on tulossa useampi Teams-koulutus aiheesta em. alueiden työntekijöille. Raportointi infektioyksikölle peruspalveluista 2x vuodessa ja asumispalveluista 1x vuosi. Infektioyksikkö sisällyttää em. tiedot Infektioraporttiin.
- 1 x kuukaudessa infektiokoulutusta koko PSHVAN työntekijöille huomioidaan koko alue sekä video-opetuksen mahdollisuudet
- Hygieniayhdyshenkilöt jokaisessa Sote-yksikössä PSHVAN alueella väh. 1 kpl, oma Teams luotu em. ryhmälle, jossa tiedotetaan asioista sähköpostiviestien lisäksi.
- Infektioyksikön ohjeiden testaus ennen julkaisua tai päivittämistä kaikilla hvan sektoreilla ja muutokset tehdään palautteiden perusteella
- YTA-alueen infektio-ohjeiden yhdistäminen ja yhdenmukaistaminen suunnitteilla ja lisätään yhteistyötä.

1.2 Ikääntyneiden palvelut

Ikääntyvien palveluissa TOP3 vaaratapahtumailmoituksissa olivat suurimpana lääke- ja nestehoitoon liittyvät tapahtumat 721kpl (38,9%), kaatumiset ja putoamiset 534 (94,3%), johtuen ikääntyvistä asiakkaista ja potilaista, sekä tiedonkulkuun liittyvät ilmoitukset 92 kpl (5%). kokonaismäärä ilmoituksissa oli 1852 kpl.

Ikääntyvien palveluihin kartoitettiin vuoden 2023-2024 toiminnanohjausjärjestelmään (Hilikka) liittyvät vaaratapahtumat ja kotiin annettavien palvelujen puolelle tehtiin kevyempi vaaratapahtumaselvitys.

Ikääntyvien palveluissa asiakas- ja potilaspaikekkatilanteeseen liittyvät ilmoitukset korostuivat paikan odottajien osalta, henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat sekä kriisipaikkatilanteeseen vastaaminen ajoittain heinä-syyskuun ajalla oli haasteellista.

1.3 Perhe- ja vammaispalvelut

Perhe- ja vammaispalveluilla yhteensä ilmoituksia oli tehty tällä kvartaalilla 443 kpl. TOP3 ilmoituksissa oli lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat 149 kpl (33,6%), väkivalta 63 kpl (14,2%) ja kaatumiset ja putoamiset 73 kpl (80,2%). Tyypillisimmät väkivalta ilmoitusten raportointiin johtaneet tekijät ovat koskeneet; sanallista uhkailua ja eri asteista fyysistä väkivaltaa asiakkaan taholta, joka on kohdentunut toiseen asiakkaaseen tai ajoittain henkilöstöön.

Ilmoittamisen kokonaisuudessa teemoina nousi esiin asiakkaan oikeus palveluun, ohjautuminen palveluun tai oikean palvelun piiriin, palvelun sisältöön liittyvät asiat sekä lakisääteiset aikarajat. Henkilöstön saatavuus ja työkuorma näkyivät myös yksittäisissä ilmoituksissa.

1.4 Yleiset palvelut

Yleiset palvelut sisältävät niin peruspalvelujen, kun erityispalvelujen ilmoitukset. Järjestelmään tehtiin yhteensä 1774 ilmoitusta. TOP 3 ilmoituksissa oli lääke- ja nestehoitoon 510kpl (28,7%) liittyvät ilmoitukset suurimpana, toisena tulee kaatumiset ja putoamiset 280 kpl (79,9%) ja kolmantena tiedonkulun ja tiedonhallinnan ilmoitukset 257 kpl (14,5%) ja Tiedonkulun osalta hoitoon pääsy ja määräaikojen ylittyminen ovat olleet pääsääntöisesti ilmoitusten syytä.

Lainesairaalan osalta turvallisuusilmoituksia tuli tälläkin kvartaalilla myös asiakas- ja potilasturvallisuuden ilmoittamisen puolelle kohtalaisen paljon. Ilmoitusten sisällössä korostui turvallisuuteen, potilasmääriin ja henkilöstöresurssiin liittyvät tekijät. Vakavia potilasturvallisuuteen liittyviä tapahtumia nostettiin tutkintaa 1 kappale potilaan menehtymiseen liittyen ja tutkinnassa tunnistettiin käytännön työhön ja toimintaympäristöön liittyviä kehittämiskohteita.

2. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YKSIKKÖKOHTAINEN VALVONTA

2.1 Sosiaalihuollon valvonta

Vuoden 2024 kolmannella vuosineljänneksellä Pohjois-Savon hyvinvointialueen valvontayksiköllä on ollut 115 avointa valvontaprosessia. Näistä 52 on alkanut vuoden kolmannen neljänneksen aikana ja 63 on alkanut aikaisemmin ja jatkunut nyt tarkasteltavalle ajanjaksolle. Valvontaprosessien pitkittymiselle syytä ovat olleet suunnitelmallisessa valvonnassa havaitut puutteet yksiköiden toiminnassa, joiden korjaamiselle on annettu määräaika, puutteelliset dokumentit tai muutokset valvontaprosessin aikataulussa. Toimintayksikkökohtainen valvonta on painottunut valvontasuunnitelman mukaisesti suunnitelmalliseen valvontaan. Avoimista valvontaprosesseista 16 on perustunut toimintayksiköissä havaittuihin puutteisiin tai epäkohtiin eli olleet reaktiivista valvontaa. Ennakollista valvontaa ei varsinaisina valvontaprosesseina ole ollut lainkaan vuonna 2024. Tilastoitumattomana ennakollisena

valvontana valvontayksikössä on edelleen tarkastettu sosiaalihuollon palvelusetelituottajien hakemukset palveluseteliprosessissa.

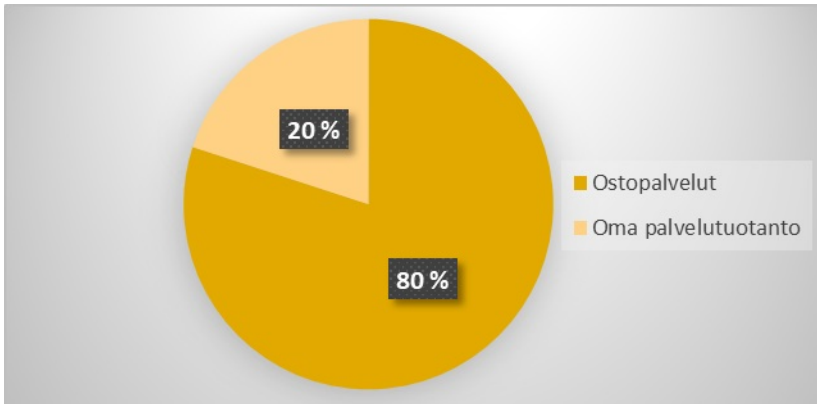
Sosiaalihuollon toimintayksiköiden rajattujen lääkevarastojen tarkastuksia on tehty vuoden kolmannella neljänneksellä yhdeksään yksikköön. Raportointiaikavälillä 80 toimintayksiköllä on ollut aluehallintoviraston/ Valviran myöntämä lupa ylläpitää rajattua lääkevarastoa Pohjois-Savon hyvinvointialueella (julkinen ja yksityinen palvelutuotanto).

Toimintayksikkökohtaisessa valvonnassa asiakasryhmittäin tarkasteltuna vuoden kolmannella neljänneksellä lastensuojelun ympärivuorokautisten palvelujen valvontamäärät ovat nousseet verrattuna vuoden kahteen ensimmäiseen neljännekseen. Ikääntyneiden palveluiden, vammaispalveluiden sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palvelujen valvontamäärät ovat pysyneet samankaltaisina koko kuluneen vuoden ajan. Lastensuojelun ympärivuorokautisten palvelujen valvonnassa erityispiirteinä ovat pitkäkestoiset valvontaprosessit, joissa suunnitelmallisena alkanutta valvontaa joudutaan esille nousseiden epäkohtien vuoksi jatkamaan reaktiivisena, syyperusteisena valvontana. Useimmissa lastensuojelun pitkäkestoissa valvontaprosesseissa perusteena valvonnan jatkumiselle on ollut puutteet yksikön henkilöstömäärässä ja –rakenteessa.



Sosiaalipalveluiden toimintayksikkökohtaisessa valvonnassa kaikkia asiakasryhmiä koskevat yleisimmät esille nousseet epäkohdat ovat samoja, kuin edellisen vuoden aikana esille nousseet; henkilöstön määrä ja rakenne, puutteet lääkehoidossa, rajoittaminen, asiakkaiden kohtelu ja toimipaikan toimitilojen asianmukaisuus. Nyt tarkasteltavalla ajanjaksolla on esille noussut myös yksityisten palveluntuottajien kokemat haasteet tiedon välittymisessä heille palvelun järjestäjän taholta. Hyvinvointialueen tiedottaminen yksityisten palveluntuottajien suuntaan on koettu osin puutteelliseksi.

Sosiaalipalveluiden toimintayksikkökohtaista valvontaa on kohdennettu sekä oman palvelutuotannon yksiköihin (20%), että ostopalveluihin (80%).



2.2 Terveysthuollon valvonta

Terveysthuollon toimintayksikkökohtaisessa valvonnassa valvontaa on kohdennettu vuoden 2024 kolmannella vuosineljänneksellä suun terveysthuoltoon, aikuispsykiatriaan, koulu- ja opiskeluterveysthuoltoon sekä jatkettu valvontasuunnitelman mukaisesti sote-keskusten valvontaa.

Keskeisenä, kaikkia yksiköitä koskevana, ja asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta kehittämistä edellyttävänä asiana, esille on edelleen noussut omavalvontasuunnitelmien puuttuminen. Lisäksi useampaa yksikköä koskevana havaintoina ovat esille nousseet esihenkilötyön riittävyyden haasteet sekä haasteet tiedon kulussa organisaation sisällä.

Valvottavien yksiköiden esihenkilövaihdoksien vuoksi useampia valvontakäyntejä on jouduttu siirtämään ja valvonnassa liitteiden toimittamiseen on jouduttu antamaan lisäaikoja.

Terveysthuollon toimintayksikkökohtaiselle valvonnalle on nimetty ohjausryhmä; johtajaylilääkäri Antti Hedman, johtaja ylihoitaja Minna Mykkänen, asiakkuudet ja laatu palvelualueen päällikkö Päivi Eskelinen, hallintoylilääkäri Miika Hernelahti, valvontapäällikkö Hanna Leinonen sekä valvontatarkastajat Kaija Leskinen, Marja Leena Piippo ja Päivi Ahonen. Ohjausryhmä käsittelee muun muassa sitä, mihin terveysthuollon toimintayksikkökohtaista valvontaa olisi hyvä jatkossa kohdentaa.

3. MUISTUTUSTEN JA KANTELUJEN KÄSITTELY, VALVOVIEN VIRANOMAISTEN SELVITYSPYYNNÖT

3.1 Muistutukset ja kantelut

Sosiaali- ja terveysthuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus sosiaali- ja terveysthuollon toimintayksikön vastuuhenkilöille tai sosiaali- ja terveysthuollon johtaville viranhaltijoille.

Kantelu on valvontaviranomaiselle, kuten aluehallintovirastolle, tehty ilmoitus epäilystä virheellisestä menettelystä tai laiminlyönnistä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia kanteluita käsittelevät mm. aluehallintovirastot, eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri.

Sosiaalihuollon muistutukset ja kantelut

Pohjois-Savon hyvinvointialueella sosiaalihuollon kanteluihin vastaa ja muistutusprosessia ohjaa sosiaalihuollon johtavana viranhaltijana sosiaalijohtaja. Sosiaalijohtajalle on määritelty vastuu myös valvontalain mukaisesta epäkohtailmoitusten käsittelyprosessista sekä ammatinharjoittamisen valvonnasta. Tällä hetkellä Pohjois-Savon hyvinvointialueen sosiaalijohtajan virkaa hoitaa oman virkansa ohella Perhe- ja vammaispalveluiden toimialajohtaja.

Koska asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus myös suoraan sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle, ei tässä tilastoinnissa välttämättä näy kaikki hyvinvointialueen ostopalveluista tehdyt muistutukset. Tilastossa on Pohjois-Savon hyvinvointialueen kirjaamon kautta käsittelyyn tulleet muistutukset, jotka kaikki annetaan tiedoksi tätä raportointia varten.

Kolmannella toimintakvartaalilla 2024 **sosiaalihuollon asioissa tuli vireille yhteensä 39 muistutusta.**

Muistutukset jakaantuivat tehtäväluokittain seuraavalla tavalla

9 kpl ikääntyneiden palvelut
18 kpl perhepalvelut
11 kpl vammaispalvelut
1 kpl työikäisten palvelut

Tilastosta voidaan todeta, että muistutuksia käsitellään selkeästi eniten perhepalveluissa. Vastausten voidaan todeta olevan laadukkaita ja niissä on tosiasiallisesti selvitetty asiakkaan näkökulmaa ja kuultu muistutuksen laatintua henkilöä kirjallisesti. Tarvittaessa valvontayksikköä on pyydetty tekemään yksikköön valvontakäynti. Selvityksiä pyydetään pääsääntöisesti kirjallisesti ja ne liitetään vastaukseen tiedoksi. Prosessissa tai menettelyissä esitettyihin haasteisiin ja epäkohtiin vastataan ja kiitetään palautteesta.

Muistutusvastauksista on aloitettu systemaattinen tilastointi vuoden 2024 alkaen. Tilastoinnin perusteella kolmannella toimintakvartaalilla **muistutusvastauksia on annettu yhteensä 32 kappaletta.** Annetut vastaukset jakautuivat tehtäväluokittain seuraavalla tavalla:

16 kpl perhepalvelut
5 kpl ikääntyneiden palvelut
10 kpl vammaispalvelut
1 kpl työikäisten palvelut

Muistutusvastausten arviointi on ollut puutteellista kolmannella kvartaalilla. Muistutuksista kolmetoista (13) on vastauksen antajan arvion perusteella aiheellisia, mutta muita muistutuksia ei ollut arvioitu. Näistä muistutuksista kuudessa on todettu vähäinen epäkohta ja seitsemässä epäkohta on ollut kiistaton.

Muistutusvastauksista on käsitelty muistutusten aiheiden perusteella palvelun laatua, palveluprosessia ja vuorovaikutusta. Muistutuksen aiheena on voinut olla samassa muistutuksessa ja vastauksessa kaikki kolme: laatu, palveluprosessi ja vuorovaikutus. Nämä samat aiheet ovat esiintyneet myös aiemmilla kvartaaleilla

Kolmannella toimintakvartaalilla sosiaalihuoltoa koskevia kanteluita on tullut vireille kolme. Kantelut kohdentuvat palvelujen saatavuuteen ja sosiaalityöntekijän pätevyyteen. Lisäksi aluehallintovirasto on palauttanut yhden aiemman kantelun hyvinvointialueen omavalvontaan.

Ammatinharjoittamiseen liittyviä selvityksiä on kolmannen kvartaalin aikana annettu alle viisi.

Terveydenhuollon muistutukset ja kantelut

Heinä-syyskuussa terveydenhuollolle osoitettiin 153 terveydenhuollon muistutusta, 3 kantelua ja 100 potilasvahinkoselvitystä.

Muistutuksista 81 kohdistui erikoissairaanhoidon, jossa pääsoin operatiivisiin aloihin, mielenterveyspalveluihin ja päivystyspalveluihin. Perusterveydenhuollon 70 muistutuksesta 32 kohdistui keskisen alueen palveluihin, mitä selittää suuriin palvelujen volyyymi alueella. Ikääntyneiden kohdistuin ja perheiden palveluihin kohdistui vain yksittäiset muistutuksia. Muistutuksiin vastaamista on pyritty kehittämään ja niihin on pystytty vastaamaan pääsääntöisesti kohtuullisessa ajassa. Huhtik-kesäkuussa annettiin yhteensä 74 vastausta, joista 35 oli luokiteltu muistutuksen aiheellisuuden mukaan. Näistä 13 oli arvioitu muistutuksen olevan aiheellinen, mutta epäkohdan olevan vähäinen, 22 epäkohta kiistattomaksi ja yhtään tapausta ei oltu luokiteltu niin, että epäkohdan katsottiin olevan ilmeinen ja toiminnan olleen selkeästi moitittavaa.

Heinä-syyskuussa valvovilta viranomaisilta saatiin kaikkiaan 2 selvityspyyntöä viranomaisille tehtyihin kanteluihin.

Heinä-syyskuussa potilasvakuutuskeskus pyysi yhteensä 100 selvitystä ilmoitetusta potilasvahingosta. Näistä valtaosa (73) kohdistuivat pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon, operatiiviseen toimintaan ja päivystykseen. Perusterveydenhuollon palveluihin kohdistui 26 vahinkoilmoitusta. Samaan aikaan potilasvahinkokeskus oli tehnyt 22 positiivista korvauspäätöstä, joista yhtä lukuun ottamatta kaikki erikoissairanhoidosta tehdyistä ilmoituksista.

1.5 3.2 Valvovien viranomaisten selvityspyynnöt

Terveydenhuolto

Heinä-syyskuun aikana Itä-Suomen aluehallinto on pyytänyt selvitystä mm. ensihoidon tavoittamisaikeiden toteutumisesta ja Valvira eräiden tietojärjestelmien rajapintavirheistä. Valvira

puolestaan valvoo edelleen hoitoon pääsyä kiireettömässä erikoissairaanhoidossa. Hoitojonot on määrätty saatettavaksi lainmukaiseksi maaliskuun 2025 loppuun mennessä.

Sosiaalihuolto

Kolmannen kvartaalin aikana selvityksiä on pyydetty kotihoidon järjestämisestä. Aluehallintoviraston pyyntö kohdistui kvartaalin alussa Siilinjärven kotihoitoon, mutta laajennettiin koskemaan koko hyvinvointialuetta. Syynä selvityspyyntöön oli kotihoidon toiminnan poikkeavat järjestelyt henkilöstövajauksen vuoksi. Lisäksi aluehallintovirasto on pyytänyt hyvinvointialueelta selvitys vammaispalvelujen toimintatavoista ja käsittelyajoista.

1.6 3.3 Valvontaviranomaisten ratkaisut

Terveydenhuolto

Heinä-syyskuussa Itä-Suomen aluehallintovirasto on suorittanut valvontakäynnin hyvinvointialueella oikomishoidon järjestelyihin liittyen ja arviointi ja ohjauksen käynnin koskien lasten ja nuorten mielenterveys ja päihdepalvelujen järjestämistä.

Sosiaalihuolto

Kolmannen kvartaalin aikana aluehallintovirasto on antanut päätökset aiemmin pyydettyyn selvitykseen itsenäistymisvarojen kerryttämisestä, ja päätöksen mukaan selvitys ei anna aihetta jatkotoimenpiteisiin. Lisäksi aluehallintovirasto on lähettänyt omavalvonnallisesti hoidettavaksi alle viisi tapausta.

3.3 Valvontaviranomaisten ratkaisut

Terveydenhuolto

Elokuussa Itä-Suomen aluehallintovirasto antoi päätöksen kasvatus- ja perheneuvotoiminnan valvonta-asiassa. Aluehallinto virasto totesi, että hoitoon pääsy lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa ei toteudu voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti 14 vuorokauden kuluessa. Aluehallintovirasto antoi Pohjois-Savon hyvinvointialueelle huomautuksen lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluihin hoitoon pääsyn viivästyisestä terveydenhuoltolain vastaisesti. Aluehallintovirasto kehotti Pohjois-Savon hyvinvointialuetta jatkamaan kasvatus- ja perheneuvontapalvelun sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelun sisällöllistä kehittämistä niin, että se vastaa sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan asiakkaiden tarvetta. Lisäksi aluehallintovirasto totesi että asiakas- ja potilastietojen kirjaamisessa on noudatettava asiakastietolakia.

4. OIKAISUVAATIMUSTEN KÄSITTELY

4.1 Asiaksmaksujen oikaisuvaatimukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiaksmaksujen oikaisuvaatimukset osoitetaan asiakaskokemusjaostolle. Asiakaskokemusjaosto päättää, onko maksun muodostumisessa tapahtunut sellainen virhe, että maksu tulee jättää perimättä tai se on laskettava uudestaan.

Suurin osa oikaisuvaatimuksista on koskenut tulosidonnaisia maksuja, joissa asiakkaan tulojen perusteella määritetään häneltä kuukausittain perittävä maksu. Tulosidonnaisissa maksuissa haetaan usein muutosta laskuun, sillä asiakkaan muut kulut ovat suuremmat, kuin mitä laskennassa on huomioitu.

Tasasuuruisia maksuja ovat puolestaan maksut, joissa kaikilta peritään samasta palvelusta sama maksu.

Tulosidonnaisten maksujen osalta asiakaskokemusjaosto on päättänyt palauttaa laskuja uudelleen käsiteltäväksi alkuvuoden aikana useita. Toiminta on kuitenkin nyt parantunut niin, että laskutusyksikkö osaa ohjata asiakkaat ensisijaisesti hakemaan huojennusta eikä näitä ole enää tullut asiakaskokemusjaostoon.

Kolmannella kvartaalilla uutena asiana nousi oikaisuvaatimuksissa esille lyhytaikaiseen palveluasumiseen siirtyneiden asiakkaiden laskutus. Asiakkaat olivat odottaneet asumispalvelupaikkaa terveydenhuollon vuodeosastolla ja maksaneet hoitopäivästään maksukaton täytyessä alempaa hoitopäivämaksua. Kun heidät on siirretty lyhytaikaiseen hoitoon, ei asiakkaille tai heidän omaisilleen ollut tiedotettu, ettei maksukatto koske asumispalvelua, ja asiakkaat hakivat oikaisuja asumispalvelujen hoitopäivämaksuun.

Tasasuuruisten maksujen osalta suurin osa oikaisuvaatimuksista on koskenut tapaamisen sisältöä, ja sitä että asiakkaan mielestä hän ei ole saanut riittävää palvelua, tai käyntejä on tullut liikaa vaivaan nähden. Huonon kokemuksen osalta asiakkaan asia käsitellään muistutuksena, eikä asiakaskokemusjaosto voi päättää olla perimättä maksua, mikäli käynti on toteutunut, ja asiakas on käyttänyt hänelle varatun ajan.

Vuoden 2024 aikana on tullut neljä oikaisuvaatimusta, joissa perusteena on ollut hyvinvointialueen myöhäinen laskuttaminen. Laskut on lähetetty asiakkaalle yli puoli vuotta tapahtuneen jälkeen. Laskut ovat kuitenkin muodostuneet oikein, eikä kyseessä ole palvelu, jota asiakas olisi voinut pitää maksuttomana.

4.2 Sosiaalihuollon oikaisuvaatimukset

Raportoidaan seuraavaan raporttiin (puolivuosittain).

5. PALVELUIDEN LAATU

Palvelujen laadun ollessa monitahoinen kokonaisuus, tulee laatua myös tarkastella eri näkökulmista. Asiakas- ja potilasturvallisuus on yksi keskeisimmistä laatutekijöistä, se kokonaisuus on esitetty erillään

kohdassa 1. Tässä esitetään arviointiin käytetyt toimintatavat PSHVA:lla *hoidon lääketieteellisen asianmukaisuuden* (prosessien laatu: terveydenhuollon laaturekisterit, hoito- ja hoivatyön laatu, hoito- ja palveluketjut); *asiakslähtöisyyden* (asiakas- ja potilaspalautteet); *saatavuuden, saavutettavuuden ja jatkuvuuden*; *organisaation laadun* (hallintajärjestelmät, tiedonhallinta, ohjehallinta); *vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden* sekä *RAI-arvioinnin* näkökulmasta.

5.1 Hoidon lääketieteellinen asianmukaisuus

Terveydenhuollon laaturekisterit. Jaksolla 7-9/2024 ei hankittu uusia tai irtisanottu olemassa olevia laaturekistereitä. Jaksolla koostettiin yhteen päätelmät keväällä käydyiltä käytössä olevien laaturekisterien katselmointikierrokselta. Katselmoinneissa käytiin läpi mm. ammattilaisten ja asiakkaiden tuottamien tietojen täyttöasteet, rekisterien ylläpitokustannukset, rekisterien keskeiset hyödyt ja kehittämistarpeet sekä tietojen hyödyntämistavat. Päätelmät käytiin läpi toimialojen johtoryhmissä ja tehtiin jatkosuunnitelma ensi vuoden puolelle.

Suoraan asiakkailta ja potilailta saatu vointitieto on arvokas palaute palvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa. Asiakkailta saatavat vointitiedot saamme tällä hetkellä laaturekisteriemme kautta (polvi-, lonkka-, selkä-, reuma-, mielenterveys- ja MS-tautirekisteri). Tarkastelujaksolla pilottihanke tehohoitopotilaiden vointitiedon tuottamisesta jatkui.

Hoito- ja hoivatyön laatu. PSHVA:n johtoryhmä päätti keväällä 2023 kokouksessaan laajentaa hoito- ja hoivatyön laadun seurantaindikaattoreita koko hyvinvointialueelle. Tavoitteena on tuottaa potilaille ja asiakkaille turvallista, vaikuttavaa ja parasta mahdollista hoitoa. Laajennussuunnitelma laadittiin yhteistyössä palvelutuotannon kaikkien toimialojen kanssa. Laajennus on edennyt suunnitelman mukaisesti, alkaen painehaavojen- ja kaatumisten seurannasta ja ennaltaehkäisystä sekä hoitohenkilöstön tyytyväisyys- ja sitoutuminen seurantakyselystä.

Hoitotyön laatua seurataan kansallisen suunnitelman mukaisesti hoitotyön potilaspalaute-kyselyllä, kaatumisia ja putoamisia (määrät ja haitat), painehaavojen esiintymistä ja vakavuutta ja vajaravitsemusriskin arviointia sekä hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä ja sitoutuneisuutta. Uusia seurattavia indikaattoreita ovat synnytyskokemus ja elokuussa 2024 aloitettu kivunhoidon toteutumisen määrittelytyö, joka on myös yksittäisenä asiana nostettu keskeiseksi seurattavaksi asiaksi myös Petteri Orpon hallitusohjelmassa.

Laatutiedon kokoamista ja hyödyntämistä tiedolla johtamisessa on laajennettu suunnitelman mukaan hallitusti PSHVA:lla. Tavoitteena on tuottaa laatutietoa hyvinvointialueelle palveluiden johtamisen, seurannan, valvonnan ja päätöksenteon tueksi. Keskeistä on, että kliinistä työtä tekevä henkilöstö saa tietoa hoidon laadun tasosta, kuinka toimintaa tulisi kehittää, mutta myös tietoa hyvin tehdystä työstä ja onnistumisista. Näin henkilöstö saa myös palautetta omasta toiminnastaan.

Kansallista vertailutietoa tuotetaan Hoitotyön vertaiskehittämisen verkoston (HoiVerKe) toimesta (www.hoiverke.fi). Hyvinvointialueilla on tarve tuoda esille hoitotyön laatutietoa palveluiden käyttäjille, kehittää toiminnan vaikuttavuutta ja kohdentaa palvelutoiminnan resurssit laatutietoon nojaten.

Verkostossa on mukana 15 hyvinvointialuetta. Tällä tavoin voidaan saada kattavaa ja yhdenmukaista vertailutietoa hyvinvointialueelle. Lisäksi oman hyvinvointialueen tietoja voidaan tarkastella myös suhteessa kansallisiin tuloksiin.

Hoitohenkilöstön sitoutuneisuus (NESplus)-kysely toteutettiin hyvinvointialueen kaikille toimialueille keväällä 2024 ja kansalliset vertailutiedot valmistuivat elokuussa. Vastausmäärä oli 3127 (39 %), joka oli erinomainen. Keskeiset kehittämiskohteet olivat ”Saan säännöllisesti palautetta suoriutumistani” ja ”Saan hyvin tietoa organisaationi tulevista suunnitelmista ja tavoitteista”. Saman aikaisesti hoitohenkilöstö on valmis panostamaan ja tekemään työtä organisaation onnistumiseksi, he kokevat vuorovaikutuksen potilaiden ja/tai heidän perheidensä kanssa mielekkäänä, kokevat työskentelevänsä erittäin taitavien ammattilaisten kanssa ja ”Olen ylpeä ammattistani”. Tulokset ovat kaikkien saatavissa sähköisesti hyvinvointialueen sivuilta organisaatorakenteen mukaisesti. Kansallisessa vertailussa Pohjois-Savon hyvinvointialueen sairaanhoitajissa on vähemmän tyytyväisiä ja sitoutuneita (31 %) kuin kansallisesti (35 %). Myös sitoutumattomia (40 %) sairaanhoitajia on Pohjois-Savossa enemmän kuin kansallisesti (34 %).

Vuonna 2023 PSHVA:lla raportoitiin HaiPro-järjestelmän kautta 3281 kaatumista tai putoamista. Kaatumistapahtumien ajankohdan ennakkoinnin ja ennustettavuuden ympärivuorokautisessa laitoshoidossa on todettu olevan haastavaa. Kaatumiset ja putoamiset ovat merkittävä kustannuserä hyvinvointialueelle samalla kun ne aiheuttavat potilaalle/asiakkaalle haittaa tai jopa kuoleman. Kaatumistapahtumien vähentämiseksi on olemassa erilaisia teknologisia ratkaisuja, joista yksi on videolta tehtävään hahmontunnistukseen perustuva teknologia (Oh-Park et al. 2021). Syksyn aikana on aloitettu pilotointi, laajennus ja tutkimushanke hahmontunnistusjärjestelmään liittyen. Tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta, kun ilmoitus potilaan liikkeestä saadaan ennakkoidusti. Tavoitteena on vähentää kaatumistapahtumien toteutumista vuodeosastohoidon aikana ja näin edistää potilasturvallisuutta sekä laadukasta hoitoa.

Hoito- ja palveluketjut. Sujuvat hoito- ja palveluketjut ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua, ja palvelujen integroituminen kulminoituu hyvin pitkälti palveluketjuihin. PSHVA:lla hoito- ja palveluketjuja kehitetään Asiakkuudet ja laatu-palvelualueella Vaikuttavuusyksikön koordinoimana, monialaisesti ja moniammatillisesti yhdessä palvelutuotannon kanssa. Hoito- ja palveluketjukuvaukset tukevat ammatillista osaamista sekä raamittavat ja yhtenäistävät alueellista toimintaa, mikä luo myös tasalaatuisemman pohjan prosessien mittaamiseen ja laadun arviointiin. Ketjukuvaukset julkaistaan Terveysportissa. Suurin osa ketjukuvauksista sisältää myös potilaille suunnattua materiaalia (esim. tietoa sairaudesta sekä itse- ja omahoidon tuen materiaaleja), joihin pääsee tutustumaan myös muut kuin terveydenhuollon ammattilaiset PSHVA:n hoitoketjujen verkkosivujen kautta ([Etusivu - Hoitoketjut - Pohjois-Savo \(pshyvinvointialue.fi\)](https://www.pshyvinvointialue.fi)). Hoitoketjujen tunnettuus kasvaa vähitellen. Tuoreimmat Duodecimilta saadut julkaisujen avaustiedot ovat ajalta 1-8/2024, jolloin alueellisia hoitoketjuja avattiin kaikkiaan 6254 kertaa (vrt. v. 2023 yhteensä 7146 krt).

Raportointijaksolla 7-9/2024 julkaistiin lausuntokierrokselle kaksi uutta hoitoketjua: Astman hoitoketju ja Kivunhoidon palveluketju. Työryhmätyöskentelyä jatkettiin Masennuksen ja Diabeteksen hoitoketjujen osalta sekä uutena aloitettiin Lihavuuden hoitoketju. Näiden lisäksi työryhmätyöskentelyn ulkopuolella on edistetty Harvinaissairauksien hoitoketjun kehittämistä.

5.2 Asiakslähtöisyys

PSHVA:lla asiakas- ja potilaspalautejärjestelmät ovat olleet hajanaisia ja epäyhteneväisiä, aiempien sote-organisaatioiden "perintönä". Raportointijaksolla on tehty palauteen keruu- ja raportointijärjestelmään liittyvää kehitystyötä. Asiakaspalautteen keruu- ja raportointijärjestelmän yhtenäistämiprojekti ja järjestelmän tekninen käyttöönotto edistyi ja viedään tuotantoon porrastetusti vuoden 2024 aikana.

Käyttöönoton myötä PSHVA:lla on jatkossa yksi yhtenäinen tapa kerätä ja raportoida asiakaspalautetta. Asiakaspalautejärjestelmään tulee sisällöksi NPS-mittari, NPS:n avoin kysymys, 5 perusväittämää, PEI-kysymys sekä mahdollisuus yleiseen avoimeen palautteeseen. Asiakaspalautteen keruu- ja raportointijärjestelmän kehittämistyön taustalla huomioidaan THL:n palautejärjestelmille ja kysymyksille asettamat tekniset ja kansalliset vaatimukset. Lisätietoa aiheesta: Asiakaspalautteen kansallisen keruun yhtenäistäminen - THL.

Asiakaspalautteen keruu- ja raportointijärjestelmän yhtenäistämiprojektilla ja analytiikkajärjestelmän pilotoinnilla (1.1.-30.6.2024) on valmisteltu PSHVA:n lopullista asiakaspalautejärjestelmäkokonaisuuden hankintaa. Tämä tapahtuu joko hankintana Istekki:n kautta tai vaihtoehtoisesti kilpailutuksen kautta yhteistyössä DigiFinland:n hankinnan tuen ja Sansia kanssa. Asiakaspalautteen keruu- ja raportointijärjestelmän sekä analytiikkajärjestelmän kilpailutuksen valmistelu on aloitettu 4.10.2023.

Asiakkailla on ollut mahdollisuus antaa palautetta saamastaan palvelusta verkkosivulinkin, jalallisten laitteiden sekä osassa yksiköitä olevien asiakaspalautetablettien välityksellä.

Palautetta palvelusta annettiin tällä seurantajaksolla yhteensä 2701kpl. Palautteet jakautuivat seuraavasti: 1281 kpl peruspalvelut (sotekeskus), 1170 kpl erityispalvelut ja perhe- ja vammaispalvelut 73 kpl. Loput palautteet (177 kpl) jakautuivat vaihtelevasti muille palvelutoimialoille.

Palautetta palvelusta -raportit ovat välittyneet kuukausittain Roidu-järjestelmästä palvelutoimialojen nimetyille yhteyshenkilöille. Palautteiden käsittelyyn ja hyödyntämiseen ei ole PSHVA:lla vielä yhtenäistä toimintatapaa, joten vastuu näiden osalta on yhteyshenkilöillä. Raporttien vastaanottajina ovat palvelutoimialasta ja yksiköstä riippuen osastonhoitaja, ylihoitaja, esihenkilö, alue-esihenkilö tai/ja palveluyksikköjohtaja.

Verkkosivulla voi antaa myös yleistä, kohdentamatonta palautetta ja asiakas voi tehdä valinnan antamansa palautteen laadusta (kiitos, moite tai kehitysehdotus). Yleistä palautetta annettiin ko.

Palveluyksikkö

Päivämäärä

ajanjaksolla 452 kpl ja palautteet jakautuivat seuraavasti: kiitos 38 kpl, kehitysehdotus 89 kpl ja moite 254 kpl.



Kuva: Kaikki HVA:n palautteet palveluista (n2701) ajalta 1.7.-30.9.2024.

Palautteiden perusteella voidaan todeta, että asiakkaat ovat usein tyytyväisiä saamastaan hoidosta ja kohtelusta. Valtaosa palautteista kuitenkin liittyy mm. ajanvaraus- ja yhteydenotto-ongelmiin, huonoihin kokemuksiin mm. hoidon saatavuudessa, hoidon laadussa ja kohtaamisen tavoissa. Erityisen ongelmalliseksi on koettu tarpeellisen tiedon löydettävyyttä mm. verkkosivuilta.

Asiakaspalautteen kerääminen HVA:lla on edelleen murroksessa ja palautteenkeruun sekä käsittelyn toivotaan yhdenmukaistuvan entisestään 1.1.2025 alkaen asiakaspalauttejärjestelmän uudistuksen myötä. Valmistelevia töitä tämän suhteen tehdään parhaillaan ja asiasta tullaan tiedottamaan henkilöstöä hyvissä ajoin.

Tulevaisuudessa asiakasymmärryksen lisäämiseksi sekä asiakaskokemuksen parantamiseksi, tullaan asiakaspalautetiedon hallintaan kiinnittämään erityistä huomiota. Palautteiden käsittely ja hyödyntäminen pyritään yhdenmukaistamaan kuvaamalla prosessit sekä tukemaan palvelutuotantoa palautetiedon hyödyntämisessä. Lisäksi palautetiedon osalta niin sisäistä kuin ulkoista viestintää tullaan edistämään. Tavoitteena on tehdä palautetiedosta läpinäkyvää myös HVA:n asukkaille, tiedottamalla julkisella verkkosivulla NPS –luku/lukuja, palautteiden sisältöä sekä tehtyjä toimenpiteitä.

Asiakaspalautteiden käsittelyyn liittyvä informaatio verkkosivulla on havaittu puutteelliseksi. Viestintää tehostetaan siltä osin, että vastineen saaminen palautteeseen ei tällä hetkellä ole mahdollista, mutta saadut palautteet käsitellään yksiköissä. Yleisen palautteen kohdalla painotetaan myös, että vastinetta palautteeseen ei voi saada, mutta palautteet käsitellään säännöllisesti asiakaskokemusjaostossa.

5.3 Saatavuus, saavutettavuus ja jatkuvuus

Palveluiden järjestäjän tulee valvoa omaa toimintaansa omavalvonnallisin keinoin ja raportoida siitä säännöllisesti. Palvelujen oikea-aikainen saatavuus ja saavutettavuus ovat asioita, joita hyvinvointialueen tulee seurata ja raportoida säännöllisesti. Pohjois-Savon hyvinvointialueella raportointi tapahtuu aluehallitukselle ja valtuustolle palvelualueiden osavuosisikatsauksien muodossa. Tiedot raportoidaan myös julkisesti hyvinvointialueen nettisivuilla ja THL:n internetsivuilla.

5.4 Organisaation laatu

Sisäiset Auditoinnit

Raportointijaksolla toteutettiin sisäiset auditoinnit suunnitelman mukaisesti. Auditoinneissa keskityttiin seuraaviin teemoihin ja ISO 9001 -standardin osa-alueisiin:

1. Teemat:

- a. Perehdyttämisen kokonaisuus
- b. Lääkehoidon prosessi

2. ISO 9001 -osa-alueet:

- a. Johtaminen (ISO 9001, kohta 5: Johtajuus)
- b. Dokumentointi (ISO 9001, kohta 7.5: Dokumentoitu tieto)

Muita ISO 9001 -standardin osa-alueita auditointiin tarvittaessa yksiköiden erityistarpeiden mukaan. Auditointitulokset käsitellään yksiköissä 30.10.2024 mennessä, ja niiden perusteella laaditaan yksikkökohtaiset toimenpidesuunnitelmat.

ISO 9001 -Sertifiointista Luopuminen

Hyvinvointialueen johtoryhmä päätti 17.9.2024 luopua ISO 9001 -sertifikaatista vuoden 2024 loppuun mennessä. Sertifikaatti on voimassa 31.12.2024 asti, ja suunniteltu ulkoinen arviointi peruttiin. Vaikka sertifioidusta laadunhallintajärjestelmästä luovutaan, laadunhallinta jatkuu kaikessa toiminnassamme. Omavalvonta ja sisäinen valvonta toimivat jatkossa keskeisinä keinoina varmistaa laadun toteutumisen ja kehittää toimintaa jatkuvasti.

Jatkotoimenpiteet ja Seuranta

- Perehdyttämiskäytäntöjen yhtenäistäminen: Laaditaan yhtenäinen perehdytysmalli ja ohjeistus, joka varmistaa, että kaikki uudet työntekijät saavat kattavan ja systemaattisen perehdytyksen.
- Lääkehoidon prosessin kehittäminen: Päivitetään lääkehoidon kirjaamisohjeet ja tarkennetaan lääkelupakäytäntöjä, jotta lääkehoidon toteutus on selkeää ja hyvin dokumentoitua.
- Omavalvonnan vahvistaminen: Kehitetään uusia sisäisiä arviointimenetelmiä ja laadun seurantatyökaluja omavalvonnan tueksi. Tavoitteena on varmistaa laadunhallinnan jatkuvuus ilman ulkoisen sertifiointin tarvetta.

Yhteenveto

Sisäiset auditoinnit toteutettiin suunnitelman mukaisesti, ja ISO 9001 -sertifikaatista luopuminen ei vaikuta organisaation laadunhallinnan jatkuvaan kehittämiseen. Painopiste siirtyy jatkossa omavalvonnan ja sisäisen arvioinnin vahvistamiseen sekä laadun varmistamiseen kaikissa toiminnoissa. Seuraavassa osavuositarkastuksessa keskitytään toimenpidesuunnitelmien toteutumisen seurantaan ja omavalvontamallin kehityksen arviointiin.

Tiedonhallintamalli:

Tiedonhallintamalli on hyvinvointialueen (tietoa hallitsevan yksikön) oma sisäinen määräys siitä, miten tiedonhallinta ja tietojenkäsittely on toteutettava käsiteltäessä tietoaineistoja. Tiedonhallintamallia tulee käyttää tiedonhallinnan vastuiden tunnistamiseen, määrittelemiseen, toiminnan johtamiseen ja toteuttamiseen vastuiden mukaisesti. Tiedonhallintamallin on sisällettävä Tiedonhallintalain 5 § 2 momentin mukaiset tiedot.

PSHVA:lla tiedonhallintamallia ylläpidetään ARC-tietojärjestelmässä, jossa kuvataan organisaation rakenteet, toiminnot, järjestelmät, tietovirrat ja niiden väliset riippuvuussuhteet. PSHVA:n tiedonhallintamalli ja kehittämisen kokonaisuus on rakennettu yhdessä eri asiantuntijoiden kanssa.

Tiedonhallintamallin kokonaisuus ylläpidetään VM Tiedonhallintamallin ylläpidon suosituksen (2024) ja hyvinvointialueen velvoittavan Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuuri: tiedonhallinnan yhteiset periaatteet ja kuvaukset (2022)-dokumentin mukaisesti. Tiedonhallintamallin tukena PSHVA:lla rakennetaan kokonaisarkkitehtuurikuvausta, jonka tarkoituksena on toimia johdon päätöksenteon tukena.

Raportointijaksolla 1.7.-30.9.2024 tiedonhallinnan kuvaukset, toiminta-arkkitehtuuri, toimintajärjestelmäarkkitehtuuri sekä tiedonhallintamallin ylläpidon vastuumatriisi on aloitettu. Raportointijaksolla tiedonhallinnan muutosvaikutusten arviointimenettely ei ole aloitettu.

Ohjehallinta:

Dokumentteja eli ohjeita hallitaan, ylläpidetään ja arkistoidaan yhdessä paikassa, ja hallintajärjestelmästä löytyy aina vastuuhenkilö ja päivityshistoria. Raportointijaksolla on tehty ohjeidenhallinnan osalta laadunvalvonta ja henkilöstön ohjeidenhallinnollisten koulutusten jatkuvuutta on pyritty varmistamaan. Raportointijaksolla ohjehallinnan ajantasaisuus on varmistettu ja ohjeiden saattavuus parannettu. KYS-ohjeiden siirto on raportointijaksolla tehty kokonaan, ja näin varmistetaan että kaikki KYS-ohjeet löytyvät PSHVAn virallisesta ohjekannasta.

Raportointijaksolla ohjehallinta on jatkettu toimimaan tiedonhallinnallisessa viitekehyksessä. Ohjehallinta on organisaatiossa osana tiedonhallinta noudattaen Tiedonhallintalakia (Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta 906/2019) ja Digilakia (Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta 306/2019). Ohjehallinnan painopiste on tiedon elinkaareen (TiHL, 2019) ja saatavuuteen (TiHL, 2019) (tietoaineistojen siirron osalta), Digilaki, 2019). Ohjehallinnan laadunhallinta varmistetaan edelleen sisäisten ja ulkoisten auditointiprosessien kautta.

Kehittämisen hallinta:

IMS-tietojärjestelmässä kehitetään kehittämisen hallinnan kokonaisuutta, joka sisältää muun muassa ideasalkun. Ideasalkku on raporttipohjainen lomake, jonka avulla kesken toimintakauden tulevat kehittämistarpeet kirjataan kehittämisehdotuksina. Tämä prosessi on mallinnettu IMS-järjestelmään, ja sitä toimeenpannaan muun muassa erityispalveluiden kehittämisryhmien kautta.

Lisäksi raportointijaksolla on käynnistetty sisäisen kehittämisrahan hakuprosessi tukemaan yksiköiden sisäistä kehittämistä. Tämän prosessin tavoitteena on tarjota rahoitusta kehittämisideoille. Sekä ideasalkku että sisäisen kehittämisrahan hakuprosessi on integroitu IMS-järjestelmään, mikä mahdollistaa niiden tehokkaan hallinnan ja seurannan.

Kehittämisen hallinnan kokonaisuutta on rakennettu ARC- ja IMS-tietojärjestelmissä. ARC-järjestelmässä on luotu kokonaisarkkitehtuuria, kun taas IMS-järjestelmässä on toteutettu kehittämisehdotuslomake sekä sisäisen kehittämisrahan hakumenettely prosesseineen ja

lomakkeineen. Näin kaikki kehittämisen hallintaan liittyvät toiminnot ja tiedot ovat keskitetyksi hallittavissa ja hyödynnettävissä yhtenäisessä järjestelmässä.

5.5 Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Vaikuttavuusarviointi ja arvioinnin jatkuva kehittäminen auttavat kohdentamaan käytettävissä olevia SOTE-resursseja oikeudenmukaisesti koko väestöön. Pohjois-Savon hyvinvointialueen arviointi-, laatu- ja vaikuttavuusyksikkö vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteista ohjausta ja kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa organisaation jokaisella tasolla. Tavoitteena on maksimoida terveyshyöty, joka palveluillamme voidaan saavuttaa.

Vaikuttavuusperusteisen hoidon edistämisen painopisteiksi on PSHVA:lla valittu tyypin 2 diabetes ja mielenterveys/päihde/masennuspotilaat, ja työtä näiden asiakasryhmien osalta on jatkettu. Tarkasteltavalla ajanjaksolla 7-9/24 perustettiin toimialoille laatu- ja vaikuttavuusverkostot, joiden kanssa yhteistyössä rakennetaan tavoitteet ja mittarit toimialojen vaikuttavuuden seurantaan jatkossa. Lisäksi vaikuttavuusohjauksen kehittämissuunnitelman työstämistä jatkettiin aiemmin tehdyn vaikuttavuuden kypsyysarvioinnin tulosten pohjalta. Vaikuttavuuden prosessia jatkotyöstettiin IMS-järjestelmään tallennettavaksi.

Vaikuttavuutta pitää pystyä mittaamaan ja mittaamisessa keskitytään selvittämään sitä, miten potilaat voivat. Muutoksia havainnoidaan kliinisten hoitotulosten avulla, esimerkiksi kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksilla. Myös asiakkaan kokemus saamastaan hoidosta (Patient Reported Experience Measure, PREM) ja kokemus muutoksesta omassa terveydentilassaan (Patient Reported Outcome Measure, PROM) ovat tärkeitä vaikuttavuuden mittareita. Laajemman PROM-tiedonkeruun teknisen toteutuksen valmistelua jatkettiin yhteistyössä IsteKin kanssa. Aiemmin käyttöön otetun PEI-mittarin (Patient Enablement Index: *Kuinka hyvin koet pärjääväsi käynnin tai saamasi palvelun jälkeen?*) keskiarvo tällä tarkastelujaksolla oli 4.13 (1-5). 76.9% koki pärjäävänsä paremmin tai paljon paremmin käynnin tai saadun palvelun jälkeen.

Verkostotyö: Pohjois-Savon hyvinvointialue on tiiviisti mukana kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotoinnissa ja rakenteiden luomisessa yhdessä muiden yliopistollisten hyvinvointialueiden kanssa. Pohjois-Savon hyvinvointialue on mukana STM:n vetämässä vaikuttavuusverkostossa, jossa pohditaan vaikuttavuusohjauksen keinoja ja mahdollisuuksia ja jaetaan hyviä käytäntöjä.

Menetelmäarviointi (HTA) on vakiintunut käyttöön sairaanhoitopiirin aikana ja toimintamalli on siirtynyt sellaisenaan hyvinvointialueelle. Tarkastelujakson 7-9/2024 aikana käynnistyi yhteensä 4 HTA-arviointia mm. digitaalisten palveluiden ja kalliiden lääkehoitojen osalta.

Vaikuttavuuden arviointi tuottaa tietoa myös vaikuttamattomuudesta eli tunnistetaan hoitoja tai menetelmiä, joiden terveyshyöty potilaalle on olematon. Hanke vähähyötyisten hoitojen karsimiseksi jatkui yhdessä YTA-alueen muiden vaikuttavuustoimijoiden kanssa.

5.6 RAI-arvioinnit

RAI-arviointijärjestelmä perustuu tutkittuun kansainväliseen ja standardoituun tietoon. Lakien ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. Pohjois-Savon hyvinvointialueella RAI-järjestelmää käytetään ikääntyneiden palveluiden lisäksi vammaispalveluiden sosiaalityössä, päivätoiminnassa ja asumispalveluissa. RAI-tietoa hyödynnetään asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelussa ja seurannassa. RAI-toimintamallin mukaisesti asiakkaita arvioidaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ja säännöllisessä palvelussa vähintään 6 kk:n välein.

Tarkastelujaksolla 7-9/2024 RAI-arviointeja on tehty ikääntyneiden palveluiden lisäksi vammaisten asumispalveluissa. Päivätoiminnassa ja sosiaalityössä arviointityö on vasta aloitettu alkuvuodesta 2024. RAI-arviointityötä on tehty ikääntyneiden palveluissa koko hyvinvointialueella vuodesta 2023 lähtien. Vammaisten asumispalveluissa arviointityö on aloitettu koko hyvinvointialueen laajuisesti loppuvuodesta 2023.

1.7.2024 – 30.9.2024 välisenä aikana RAI-arvioita on tehty yhteensä 5617 kpl, joista 5450 on tehty ikääntyneiden palveluissa ja 156 vammaispalveluissa. RAI-ohjelmistoon sisään kirjattuja asiakkaita tarkastelujaksolla on ollut 8163, joista ikääntyneiden palveluissa 7685 ja vammaispalveluisessa 557 henkilöä.

	1 – 3/ 2024		4 – 6/ 2024		7-9/2024			
	Asiakkaiden määrä	Arviointien määrä	Asiakkaiden määrä	Arviointien määrä	Asiakkaiden määrä	Arviointien määrä	Asiakkaiden määrä	Arviointien määrä
Koko Pshva	7508	5645	7819	5426	8163	5617		
Ikääntyneiden palvelut	6467	5125	7248	5078	7685	5450		
Vammaispalvelut	497	187	553	287	557	156		

6 SOSIAALI- JA POTILASASIAVASTAAVA TOIMINTA

Pohjois-Savon hyvinvointialueella toimii kuusi henkilöä sosiaali- ja/tai potilasasiavastaavan tehtävissä, perusterveydenhuollossa, Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sekä sosiaalihuollossa. Potilas- ja sosiaaliasiavastaavilla on asiakasneuvontaan käytössä puhelinaika, joka on arkisin klo 9-11:30. Jokaisella työntekijällä on oma työnnumero, mutta käyttöön on otettu palvelunumerot, jotka palvelevat Kuopion yliopistollisen sairaalan, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä yksityisten palveluntuottajien asiakasasioissa. Muut sähköiset yhteydenotto-kanavat ovat jokaisella kolmella työalueella olevat neuvontasähköpostit sekä turvaposti.

Kuopion yliopistollisen sairaalan potilasasiavastaavat

Erikoissairaanhoidossa toteutui 497 yhteydenottoa kolmannen vuosineljänneksen aikana. Yhteydenottojen pääaiheet olivat hoidon laatuun (145), mahdolliseen potilasvahinkoon (168) ja tiedonsaantiin (152) liittyviä. Potilasasiavastaavan tekemät toimenpiteet olivat kuuntelu ja neuvonta (432), potilasvahinkoneuvonta tai -avustaminen (127) ja muistutusneuvonta tai -avustaminen (169).

Erikoissairaanhoidon asiakasyhteydenotoissa erityisinä huomioina korostuivat muistutusvastausten viipyminen, osalla vastausta oli odotettu jo yli puoli vuotta. Toisena huomiona oli vaikeus saada tietoa odotettavissa olevasta hoitoon pääsy ajasta.

Perusterveydenhuollon potilasasiavastaavat

Perusterveydenhuollossa toteutui 318 yhteydenottoa kolmannen vuosineljänneksen aikana. Yhteydenotoista 250 liittyi perusterveydenhuoltoon, 52 erikoissairaanhoidon ja 16 yksityisiä terveyspalveluja tarjoaviin yrityksiin. Suurin osa perusterveydenhuoltoon liittyvistä yhteydenotoista koski hoidon toteumista (174) ja hoitoon pääsyyn liittyviä ongelmia (59). Perusterveydenhuollossa potilasasiavastaavan toimenpiteissä korostui ohjaus ja neuvonta (223), muistutusneuvonta tai -avustaminen (98), selvittäminen/sovittelu (44) sekä potilasvahinkoneuvonta tai -avustaminen (42).

Perusterveydenhuollon yhteydenotoissa korostui hoitoon pääsyn ongelmat toimipisteissä, joissa oli lääkärivajetta, erityisesti Nilsiäen alueella. Yhteyden saaminen terveydenhuoltoon koettiin myös vaikeana. Syyinä oli takaisinsoittojärjestelmän ruuhkautuminen sekä toimimattomuus, erityisesti Varkauden alueella. Terveystenhuollon takaisinsoittoa oli odotettu jopa kaksi viikkoa, tuloksetta. Omaiset antoivat myös palautetta viestinnän puutteellisuudesta ja ristiriitaisuudesta.

Sosiaaliasiavastaavat

Sosiaalihuollon alueella toteutui 148 yhteydenottoa kolmannen vuosineljänneksen aikana (edellisenä vuonna yhteydenottoja samalla aikavälillä oli 208). Yhteydenotoista 138 liittyi hyvinvointialueen omaan toimintaan, 6 yksityiseen sosiaalihuoltoon, 1 Kelaan ja 1 edunvalvontaan ja muihin asioihin sekä 2

Palveluyksikkö

Päivämäärä

päivähoitoon ja varhaiskasvatukseen. Sosiaalihuoltoon liittyvistä yhteydenotoista koski vammais- ja kehitysvammapalveluita (28), vanhusten koti- ja asumispalveluita (29) ja lastensuojelua (33). Lisäksi huolto-/tapaamis-/elatusasioihin (3), toimeentuloturvaan (14) ja päihde- ja mielenterveyspalveluihin (5).

Sosiaalihuollossa sosiaaliasiavastaavan toimenpiteissä korostui ohjaus ja neuvonta (117), muu oikeusturvaneuvonta (10), muistutus- ja kanteluneuvonta (45) sekä selvittäminen, sovittelu tai muu toimenpide (20).

Muistutuksiin annettavissa vastauksissa sekä asiakirjapyyntöjen toteuttamisessa on ollut viiveitä samoin kuin asiakas-/palvelusuunnitelmien toimittamisessa.

7 HENKILÖSTÖ

Henkilöstöltä kerätään palautetta NHG:n laajemman kyselyn avulla kerran vuodessa. Näiden palautteiden perusteella jokainen työyksikkö/toimintayksikkö laatii työhyvinvointisuunnitelman, jonka toteutumista seurataan säännöllisesti. Näiden kyselyiden tulosten arviointi ja työhyvinvointisuunnitelman teko on palvelualueilla tehtävää työtä ja osa omavalvontaa.

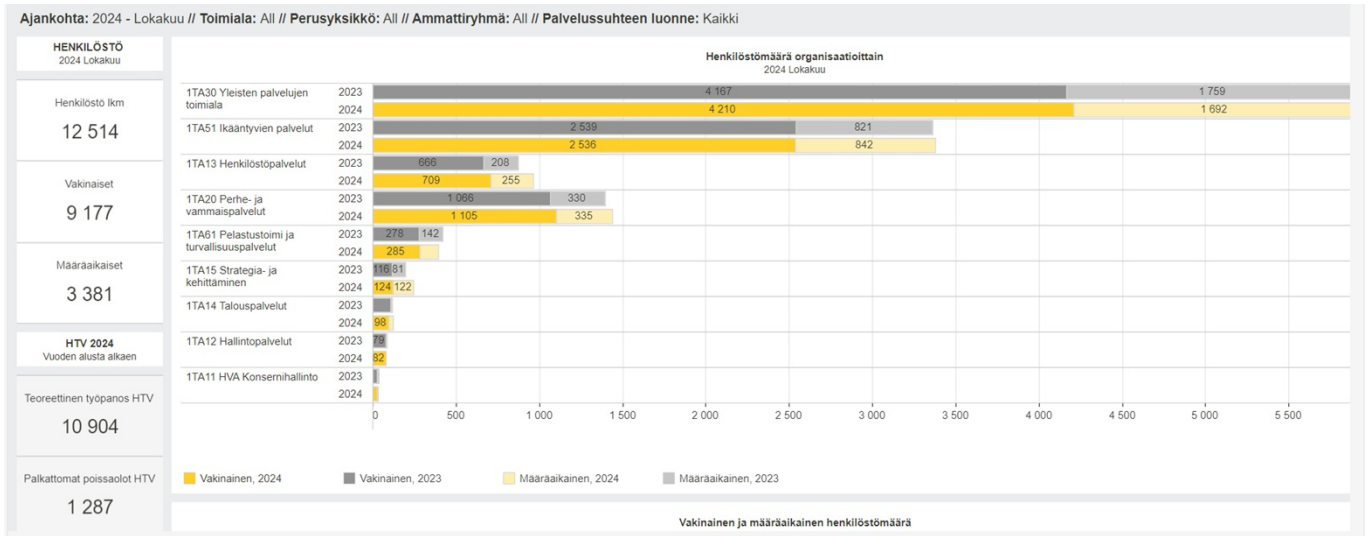
Kolmannen kvartaalin aikana henkilöstölle järjestettiin työtyytyväisyyskysely, jonka tulokset raportoidaan loppuvuonna.

Henkilöstötunnuslukujen suunnittelu, seuranta, reagointi ja arviointi ovat osa HR-tiedolla johtamista. HR-tiedolla johtamisen tunnuslukuja arvioidaan ja seurataan säännöllisesti niin toimialue, palvelualue, palveluyksikkö kuin toimintayksikkö (kustannuspaikka) tasoisesti sekä määritellään toimenpiteet, mikäli tunnusluvuissa huomataan tavoitteista poikkeavaa.

Vastuu HR -tiedolla johtamisesta ja sen seurannasta ja toimenpiteistä on kaikilla johtajilla sekä esihenkilöille. **Palvelussuhdeyksikkö** tuottaa hyvinvointialue tasoisesti kuukausittain suppeat tunnusluvut ja julkaisee ne HR-tiedolla johtaminen sivustolla, sekä 3kk kvartaaleissa laajemmat. Alla olevissa kappaleissa käsitellään hyvinvointialuetasoisesti henkilöstötunnuslukuja. Toimintayksiköt seuraavat henkilöstönsä tunnuslukuja laadun, saatavuuden ja osaamisen osalta osana omavalvontaansa.

Palveluyksikkö

Päivämäärä



7.1 Saatavuus ja riittävyys

Henkilöstöä hyvinvointialueella oli syyskuussa 12 514 henkilöä, joista vakinaisia 9 177 ja määräaikaisia 3381 henkilöä. Henkilötyövuosina teoreettisen työpanoksen määrä oli yhdeksässä kuukaudessa 10 904 htv. Palkattomia poissaoloja tarkastelujaksolla oli 1287 henkilötyövuoden verran.

Poissaolojen määrä on kasvanut edelliseen vuoteen verrattuna. Tähän vaikuttaa osaltaan vanhojen vuosilomien, säästövapaiden ja säästösyistä myönnettyjen palkattomien vapaiden pito. Myös koulutuspäivät ovat kasvaneet, joka on positiivinen tunnusluku.

7.2 Sairaspoissaolot

Sairaspoissaolot ovat vähentyneet vuonna 2024 tammi-maaliskuussa verrattuna vuoden 2023 samaan ajanjaksoon kaikilla palvelualueilla. Koko hyvinvointialueella sairaspöissaoloprosentti oli 4,6 joka on laskenut alkuvuodesta 0,2 % -yksikköä. Sairaslomapäiviä oli 17,84/htv. Sairaslomapäiviä koko hyvinvointialueella oli yhteensä 194 251. Henkilöstöstä sellaisia, joilla ei ole yhtään sairaspöissaoloa, oli 32,7% koko henkilöstöstä.

Hyvinvointialueen järjestäjän omavalvonta

Omavalvonnalla tarkoitetaan myös järjestäjän omavalvontaa. Tähän raporttiin kootaan alle yhteenvedonomaaisesti ne tehtävät, joita järjestäjän osalta seurataan kvartaaleittain

JÄRJESTÄJÄN OMAVALVONTARAPORTTI

Palveluyksikkö

Päivämäärä

TEHTÄVÄ	MITTARI	Kvarta ali 2024/1	Kvarta ali 2024/0 2	Kvarta ali 2024/0 3	Kvarta ali 2024/0 4
Strategia	strategia laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Hyvinvointisuunnitelma	suunnitelmat laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Palvelustrategia	strategia laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Talous- ja toimintasuunnitelma	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Sisäisen valvonnan suunnitelma ja painopistealueet	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Sopimusten valvonta		Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Palveluiden saatavuus ja jatkuvuus Järjestämistä vastuun toteutumisen varmistamiseksi jatkuvuutta on tarkasteltava myös palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisen näkökulmasta	Hoitoon- ja palveluun pääsyn määräajat toteutuvat	Työnall a	Työnall a	Työnall a	
Valmiussuunnittelu ja varautuminen	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Palveluiden turvallisuus ja laatu Järjestämistä vastuun toteutumisen varmistamiseksi seurannassa tulee huomioida sosiaali- ja terveyspalveluihin sovellettavat lakisääteiset laatu- ja turvallisuusvaatimukset ja määritelmät	Raportit tuotetaan asiakaskokemusjaostolle	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Omaevalvontaohjelma	Ohjelma laadittu ja hyväksytty	Työnall a	Kyllä	Kyllä	
Omaevalvontasuunnitelmat	Suunnitelmat laadittu ja julkaistu	Työnall a	Työnall a	Työnall a	
Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Työnall a	Työnall a	Työnall a	
Henkilöstösuunnitelma	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Lääkehoitosuunnitelma, hva-tasoinen	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Riskien hallinta	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Tietoturvapolitiikka	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	
Palvelutuotannon valvonta	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	

Palveluyksikkö

Päivämäärä

Valvonnan painopistealueet	Valviran painopistealueet huomioitu valvontasuunnitelmassa	Työnall a	Kyllä	Kyllä	
Asiakkaiden yhdenvertaisuus Järjestämistä vastuun toteutumisen varmistamiseksi saatavuutta on tarkasteltava myös yhdenvertaisen saatavuuden toteutumisen näkökulmasta.	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Työnall a	Työnall a	Työnall a	
Osallisuus	Suunnitelma laadittu ja hyväksytty	Kyllä	Kyllä	Kyllä	

8 OMAVALVONTAOHJELMA OHJELMAN SEURANTAAN LIITTYVÄT TOIMENPITEET

8.1 Asiakas- ja potilasturvallisuus

Asiakas- ja potilasturvallisuus muodostuu arjen työssä, joten kehittämistarpeita ja riskejä pyritään tunnistamaan ja ennakoimaan osana toimintaa. Asiakas- ja potilasturvallisuutta edistetään ja korjataan yhteistyössä toimialojen kanssa. Palvelutuotannon tukeminen asiakas- ja potilasturvallisuuden eri osa-alueilla on ollut aktiivista ja toimialoilta nouseviin pyyntöihin/kokonaisuuksiin on vastattu.

Lääkitysturvallisuuden ollessa suurin vaaratapahtumia aiheuttava kokonaisuus, on tähän panostettu aktiivisesti hyvinvointialueella isompana teemana 2024 ja viimeisimpänä hankeyhteistyöllä kartoittamalla avoapteekkien HaiProista nousseet ilmoitukset 2022-2023. Tämä kokonaisuus painottaa asiakasturvallisuutta. Seuraavassa vaiheessa tarkastelu painottuu kustannusvaikuttavuuteen vaaratapahtumien tarkastelussa.

Kaatumisten ja putoamisten osalta alueellinen kaatumisenehkäisyverkosto (AKE) tuottaa informaatiota laajasti aiheeseen liittyen ja tietoa jalkautetaan aktiivisesti.

8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökohtainen valvonta

Sosiaalihuollon toimintayksikkökohtaisessa valvonnassa yksiköihin annettu ohjausta, neuvontaa sekä tarvittaessa edellytetty muutoksia toimintaan. Valvontakertomukset, joista tarkemmat yksikkökohtaiset tiedot, kehitettävät ja korjattavat asiat tulevat esille, lähetetään aina tiedoksi aluehallintovirastolle ja ne ovat pääosin julkisia asiakirjoja. Yksikkökohtaisessa valvonnassa valvontayksikkö on tehnyt yhteistyötä tarvittaessa valvontaviranomaisen kanssa ja palvelualueiden kanssa.

Aluehallintoviraston omavalvontaan siirroissa on noussut esille asiakkaiden yksityisyyden toteutumisen haasteet yksittäisissä ikääntyneiden asumisyksiköissä. Tämän vuoksi hyvinvointialueen ikääntyneiden palvelut ovat lähteneet selvittämään kaikkien ostopalveluiden, sekä oman palvelutuotannon osalta sitä, kuinka yksityisyys asumisyksiköissä toteutuu. Yksiköissä, joissa asiakkaita on sijoitettu samaan huoneeseen, on asiakkaita kuultu ja ikääntyneiden palvelut ovat laatineet ohjeen asiakkaiden sijoittamisesta jatkossa pääsääntöisesti vain yhden hengen huoneisiin.

Aluehallintovirasto on aloittanut vuonna 2023 hyvinvointialueen Suonenjoen kotihoidon valvonnan. Kotihoidossa on myös omavalvonnallisesti todettu vuoden 2023 aikana haasteita. Edellä mainittujen syiden vuoksi on valvontayksikkö aloittanut koko hyvinvointialueen kotihoitoa koskevan suunnitelmallisen valvonnan loppuvuonna 2023. Valvontaprosessi on edennyt vuoden 2024 ensimmäisen neljänneksen aikana ja se on tarkoitus saattaa loppuun 05/2024 mennessä.

8.3 Muistutusten ja kanteluiden käsittely, valvovien viranomaisten selvityspyynnöt

8.4 Oikaisuvaatimusten käsittely

Hyvinvointialueella on tehostettu asiakkaiden neuvontaa huojennushakemusten teossa. Asiakasmaksusihteerit ottavat asiakkaaseen aina oikaisuvaatimuksen saapuessa yhteyttä, ja selvittävät onko huojennukseen perusteita.

8.5 Palveluiden laadun arviointi

8.6 Asiakaspalautteet

Asiakkailla on ollut mahdollisuus antaa palautetta saamastaan palvelusta verkkosivulinkin, jalallisten laitteiden sekä osassa yksiköitä olevien asiakaspalautetablettien välityksellä.

Palautetta palvelusta annettiin tällä seurantajaksolla yhteensä 2701kpl. Palautteet jakautuivat seuraavasti: 1281 kpl peruspalvelut (sotekeskus), 1170 kpl erityispalvelut ja perhe- ja vammaispalvelut 73 kpl. Loput palautteet (177 kpl) jakautuivat vaihtelevasti muille palvelutoimialoille.

Palautetta palvelusta -raportit ovat välittyneet kuukausittain Roidu-järjestelmästä palvelutoimialojen nimetyille yhteyshenkilöille. Palautteiden käsittelyyn ja hyödyntämiseen ei ole PSHVA:lla vielä yhtenäistä toimintatapaa, joten vastuu näiden osalta on yhteyshenkilöillä. Raporttien vastaanottajina ovat palvelutoimialasta ja yksiköstä riippuen osastonhoitaja, ylihoitaja, esihenkilö, alue-esihenkilö tai/ja palveluyksikköjohtaja.

Verkkosivulla voi antaa myös yleistä, kohdentamatonta palautetta ja asiakas voi tehdä valinnan antamansa palautteen laadusta (kiitos, moite tai kehitysehdotus). Yleistä palautetta annettiin ko. ajanjaksolla 452 kpl ja palautteet jakautuivat seuraavasti: kiitos 38 kpl, kehitysehdotus 89 kpl ja moite 254 kpl.

Palveluyksikkö

Päivämäärä



Kuva: Kaikki HVA:n palautteet palveluista (n2701) ajalta 1.7.-30.9.2024.

Palautteiden perusteella voidaan todeta, että asiakkaat ovat usein tyytyväisiä saamastaan hoidosta ja kohtelusta. Valtaosa palautteista kuitenkin liittyy mm. ajanvaraus- ja yhteydenotto-ongelmiin, huonoihin kokemuksiin mm. hoidon saatavuudessa, hoidon laadussa ja kohtaamisen tavoissa. Erityisen ongelmalliseksi on koettu tarpeellisen tiedon löydettävyys mm. verkkosivuilta.

Asiakaspalautteen kerääminen HVA:lla on edelleen murroksessa ja palautteenkeruun sekä käsittelyn toivotaan yhdenmukaistuvan entisestään 1.1.2025 alkaen asiakaspalauttejärjestelmän uudistuksen myötä. Valmistelevia töitä tämän suhteen tehdään parhaillaan ja asiasta tullaan tiedottamaan henkilöstöä hyvissä ajoin.

Tulevaisuudessa asiakasymmärryksen lisäämiseksi sekä asiakaskokemuksen parantamiseksi, tullaan asiakaspalautetiedon hallintaan kiinnittämään erityistä huomiota. Palautteiden käsittely ja hyödyntäminen pyritään yhdenmukaistamaan kuvaamalla prosessit sekä tukemaan palvelutuotantoa palautetiedon hyödyntämisessä. Lisäksi palautetiedon osalta niin sisäistä kuin ulkoista viestintää tullaan edistämään. Tavoitteena on tehdä palautetiedosta läpinäkyvää myös HVA:n asukkaille, tiedottamalla julkisella verkkosivulla NPS –luku/lukuja, palautteiden sisältöä sekä tehtyjä toimenpiteitä.

Asiakaspalautteiden käsittelyyn liittyvä informaatio verkkosivulla on havaittu puutteelliseksi. Viestintää tehostetaan siltä osin, että vastineen saaminen palautteeseen ei tällä hetkellä ole mahdollista, mutta saadut palautteet käsitellään yksiköissä. Yleisen palautteen kohdalla painotetaan myös, että vastinetta palautteeseen ei voi saada, mutta palautteet käsitellään säännöllisesti asiakaskokemusjaostossa.

8.7 Hoidon saatavuus ja jatkuvuus

8.8 Sosiaali- ja potilasasiavastaavatoiminta

8.9 Henkilöstö

LIITE 1**KÄSITTEET**

Ammattihenkilöiden valvonta Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvovat alueellisesti aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira. Työnantajan on toteutettava ennaltaehkäisevää ja suunnitelmallista omavalvontaa myös ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisen osalta.

Ennakollinen valvonta kohdentuu pääasiassa yksityiseen palvelutuotantoon, toimintaedellytysten ja toiminnan lain mukaisuuden varmistamiseksi.

HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon potilasturvallisuutta vaarantavien epäsuotuisten tapahtumien ja vaaratilanteiden raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro-ilmoitusten käsittely mahdollistaa potilas- ja asiakasturvallisuuden edistämisen organisaatiossa.

Hoitotyön sensitiivinen laatu koostuu hoitotyön rakenteesta, prosessista ja tuloksista. Sitä kuvataan tulosten kautta, joihin hoitotyöllä on mahdollista vaikuttaa – muun muassa kaatumiset, potilastyytyväisyys, painehaavat.

Hoitotyön vertaiskehittämisen verkosto (HoiVerKe) tuottaa kansallisen vertaiskehittämisen pohjaksi kansallisesti sovittujen indikaattoreiden mukaista tietoa. Hoitotyön kansallisen vertaiskehittämisen tavoite on luoda hoitotyön laadun mittaamisen, tietotuotannon, arvioinnin ja kehittämisen järjestelmä osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laatutyötä.

Kantelu on valvontaviranomaiselle, kuten aluehallintovirastolle, tehty ilmoitus epäilystä virheellisestä menettelystä tai laiminlyönnistä. Useat eri valvovat viranomaiset tutkivat kanteluja.

Laaturekisteri: Sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteri, jonka tietoja käytetään tietyn sairauden hoidon tai tietyn hoitomenetelmän taikka sosiaalipalvelun arvioimiseen. Rekisteriin tallennetaan sairauteen ja hoitomenetelmään tai sosiaalipalvelun toteuttamiseen liittyviä välttämättömiä henkilötietoja.

Muistutus Jos potilas tai sosiaalihuollon asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen toimintayksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle.

National database of nursing quality indicators® (NDNQI®) on tietovarasto, kokoaa hoitotyön sensitiivistä tietoa yksikkötyyppi ja sairaalatyypin kohtaisesti ja tuottaa raportteja kvartaaleittain käytännön johtamisen tueksi.

Never Event on tapahtuma, jota ei saisi koskaan tapahtua. Siihen tulee aina miettiä kehittämistoimenpide. Never event tapahtumat perustuvat luokitukseltaan erillisiin NHS-kriteereihin.

NPS (net promoter score) on ns. suositteluindeksi ja se muodostuu vastauksista kysymykseen “Kuinka todennäköisesti suosittelisit samaasi palvelua läheisellesi”.

Oikaisuvaatimus on oikeussuojakeino, jonka perusteella asiakas voi ilmaista tyytymättömyytensä ja hakea muutosta viranomaisen tekemään päätökseen.

Omavalvontaohjelma on strategisen tason suunnitelma, jonka avulla varmistetaan hyvinvointialueen järjestämistä toteutuminen.

Omavalvontasuunnitelma on operatiivisen tason toimintaohje arjessa toimimiseksi. Omavalvontasuunnitelma tehdään työyhteisön yhteisenä projektina ja sitä päivitetään aina tarvittaessa ja vähintään kerran vuodessa.

PEI-mittari (patient enablement instrument) on asiakaspalautetta ja tyytyväisyyttä palveluun selvittävä mittauskeino. PEI-kysymys: “Kuinka hyvin pärjää sairautesi / oireesi / elämäntilanteesi kanssa saamasi palvelun (tai esim. hoitojakson) jälkeen?”.

PosiPro ilmoitus on kuvaus onnistumisista ja niistä positiivisella tavalla oppimisesta.

Reaktiivinen valvonta kohdentuu omaan ja ostopalvelutuotantoon syyperusteisesti.

Second victim - mallin avulla virheen tai vahingon tehnyttä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista tuetaan siten, että hän pystyy toipumaan tapahtumasta mahdollisimman nopeasti ja säilyttämään työkykynsä. Jos vakava vahinko tapahtuu, autetaan ensimmäiseksi uhria ja estetään vahingon laajentuminen. Sen jälkeen apua saa myös virheen tehnyt ja häntä tuetaan prosessin loppuun asti.

SPro-ilmoitusvelvollisuus perustuu sosiaalihuoltolain 48 §:ään, joka koskee epäkohtaa tai ilmeistä epäkohdan uhkaa sosiaalihuollon toteuttamisessa.

Suunnitelmallinen valvonta kohdentuu omaan ja ostopalvelutuotantoon valvontasuunnitelman mukaisesti

Valvova viranomainen Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat useat eri viranomaistahot, kuten aluehallintovirastot, Valvira, Eduskunnan oikeusasiamies, Oikeuskansleri, tietosuojavaltuutetun toimisto.

Vertaiskehittäminen eli benchmarking tarkoittaa toiminnan kehittämistä, jossa organisaatio saa pitkäaikaisia tuloksia toiminnasta ja sen kehityksestä päätöksenteon tueksi ja mahdollisuuden vertailla tuloksia muiden kanssa, esimerkiksi laatua, kustannuksia,

Palveluyksikkö

Päivämäärä

tuottavuutta ja resursseja. Lisäksi on mahdollisuus jakaa kokemuksia parhaista käytännöistä muiden toimijoiden kanssa.