

LAATU JA
POTILASTURVALLISUUS
ENSIHOIDOSSA JA PÄIVYSTYKSESSÄ
SUUNNITTELUSTA TOTEUTUKSEEN
JA ARVIOINTIIN

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä
Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7

ISBN 978-952-00-3489-4 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (verkkajulkaisu)

URN:ISBN:978-952-00-3489-4

<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489-4>

www.stm.fi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

Ulkoasu: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2014

TIIVISTELMÄ

LAATU JA POTILASTURVALLISUUS ENSIHOIDOSSA JA PÄIVYSTYKSESSÄ SUUNNITTELUSTA TOTEUTUKSEEN JA ARVIOINTIIN

■ Ensihoito ja päivystys ovat keskeisiä terveydenhuollon osa-alueita. Ensihoitoa tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa potilaan kuljettamista hoitoyksikköön. Kiireellinen sairaanhoito on äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Kiireelliselle hoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Terveydenhuollon säädöspohjan uudistuksessa sairaankuljetus ja ensihoito sekä päivystys ovat integroitu tiiviisti terveydenhuollon palveluketjuun.

Ensihoidossa ja päivystyksessä on koko ajan muuttuva toimintaympäristö. Ennakoimattomat tilanteet asettavat toiminnalle erityisvaatimuksia samalla kun joudutaan toimimaan useamman rajapinnan kanssa. Molemmissa toiminnoissa joudutaan tekemään nopeita päätöksiä usein vähäisellä käytettävissä olevalla tietomäärällä. Ensihoito on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta työtä ja sitä tehdään vaativissa olosuhteissa kentällä usein yhteistyössä usean muun viranomaisen kanssa. Päivystystyölle on ominaista yllätyksellisyys sekä potilasmäärien, tilanteiden että tapausten kirjon kautta.

Raportti antaa käytännönläheisesti työkaluja laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen. Laatu ja potilasturvallisuus tulee integroitua osaksi päivittäistä toimintaa ja siten muodostua jatkuvaksi käytännöksi. Suositus painottaa laatu- ja potilasturvallisuustyön pitkäjännitteistä ja systemaattista PDCA (Plan-Do-Check-Act)-toimintatapaa.

Jotta suosituksen sisältö ja henki muuttuisivat käytännön toiminnaksi, on menettelyjen oltava osa aktiivista johtamista ja toiminnan ohjausta. Vastuu laadukkaasta toiminnasta on oltava kaikilla tasoilla, niin johdossa kuin henkilöstössäkkin. Onnistuminen edellyttää, että organisaatioon pystytään luomaan positiivien, avoin ja syyllistämätön ilmapiiri laatu- ja potilasturvallisuustyöhön.

Asiasanat:

ensihoito, hoitoketju, laatu, laadunhallinta, potilasturvallisuus, päivystys

SAMMANDRAG

KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET INOM PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD OCH JOURVERKSAMHET FRÅN PLANERING TILL GENOMFÖRANDE OCH UTVÄRDERING

■ Prehospital akutsjukvård och jourverksamhet är centrala delområden inom hälso- och sjukvården. Prehospital akutsjukvård innebär att ge brådskande vård till en patient som plötsligt insjuknat eller skadats och vid behov transportera patienten till en vårdenhet. Brådskande sjukvård innebär omedelbar bedömning och behandling som en plötslig sjukdom, skada eller försvårandet av kronisk sjukdom kräver. Utmärkande för brådskande vård är att den inte kan skjutas upp utan att symptomen eller skadan förvärras. I reformen av författningar som gäller hälso- och sjukvården är sjuktransport och prehospital akutsjukvård samt jourverksamhet intensivt integrerade i servicekedjan inom hälso- och sjukvården.

Verksamhetsmiljön inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten förändras hela tiden. Oförutsedda situationer ställer särskilda krav på verksamheten samtidigt som man tvingas arbeta med flera kontaktytor. I båda funktionerna är man tvungen att fatta snabba beslut ofta med ringa tillgänglig information. Prehospital akutsjukvård är ett fysiskt och psykiskt tungt arbete och det görs på fältet under krävande förhållanden ofta i samarbete med flera andra myndigheter. Utmärkande för jourverksamhet är oförutsebarheten genom det varierande antalet patienter och den brokiga mångfalden av situationer och fall.

Rapporten ger på ett praktiskt sätt verktyg för att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten. Kvalitet och patientsäkerhet ska integreras till en del av den dagliga verksamheten och på det sättet bli kontinuerlig praxis. Rekommendationen betonar ett långsiktigt och systematiskt PDCA (Plan-Do-Check-Act)-verksamhetssätt för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

För att innehållet och andan i rekommendationen ska omsättas i verksamhet i praktiken, måste förfaringssätten vara en del av aktivt ledarskap och styrning av verksamheten. Ansvaret för en högklassig verksamhet ska finnas på samtliga nivåer, inom såväl ledningen som hos personalen. För att lyckas krävs det att man i organisationen förmår skapa en positiv, öppen atmosfär för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som inte skuldbelägger någon.

Nyckelord:

jourverksamhet, kvalitet, kvalitetsledning, patientsäkerhet, prehospital akutsjukvård, vårdkedja

SUMMARY

QUALITY AND PATIENT SAFETY IN EMERGENCY MEDICAL SERVICE AND ON-DUTY CARE FROM PLANNING TO IMPLEMENTATION AND EVALUATION

■ Emergency medical service (EMS) and on-duty care are key sub-areas in health care. Emergency medical service means the provision of urgent care for a patient suddenly fallen ill or injured and, as necessary, transporting the patient to a care unit. Urgent medical care involves the immediate assessment and treatment required by a sudden illness or injury or the deterioration of a chronic illness. It is characteristic of urgent care that it cannot be postponed without the risk of deterioration of the symptoms or worsening of the injury. In the reform of health care statutes ambulance service and emergency medical service and on-duty care are closely integrated into the care chain in health care.

The operational environment in emergency medical service and on-duty care is changing all the time. Unprecedented situations pose special requirements for the operation, at the same time as it is necessary to act together with several interfaces. It is necessary to make swift decisions in both services, often based on a limited amount of information available. Emergency medical service is heavy work both physically and psychologically, and it is carried out in demanding conditions in the field, often in cooperation with several other authorities. On-duty care is characterised by unexpectedness in terms of both the varying numbers of patients and variety of situations and cases.

The report provides practical tools to assure quality and patient safety. Quality and patient safety should be integrated into daily activities and thus become a continuous practice. The recommendation stresses the sustained and systematic manner of operation – PDCA (Plan-Do-Check-Act) – in the work to promote quality and patient safety.

In order that the content and spirit of the recommendation can be anchored in practical actions the procedures must be a part of active leadership and guidance of activities. The responsibility for high-quality actions must be vested in all levels, both the management and staff. A precondition for succeeding in this is to create a positive, open and guilt-free atmosphere in the work to promote quality and patient safety.

Keywords:

care chain, emergency medical service, on-duty care, patient safety, quality, quality management

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Summary	5
A. TAUSTA JA LAINSÄÄDÄNTÖ	7
1 Esipuhe	7
2 Suosituksen keskeisin sanoma.....	8
3 Laadun ja potilasturvallisuuden keskeiset määritelmät.....	10
3.1 Laadun käsitteitä.....	10
3.2 Potilasturvallisuuden käsitteitä.....	11
4 Lainsäädännöllinen tausta.....	14
5 Ensihoidon ja päivystyksen toiminnan erityispiirteet.....	21
5.1 Ensihoito.....	21
5.2 Päivystys	22
B. KÄYTÄNTÖ	26
6 Laadun ja potilasturvallisuuden suunnittelu (PLAN- SUUNNITTELE)	26
6.1 Vaara- ja haittatapahtumien raportointi ja käsittely.....	28
7 Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmien täytäntöönpano (DO-TOTEUTA).31	
8 Laadun ja potilasturvallisuuden toteuman seuranta ja arviointi (CHECK- TARKASTA).....	33
8.1 Laadun ja potilasturvallisuuden mittareita ensihoidossa.....	34
8.2 Laadun ja potilasturvallisuuden mittareita päivystyksessä.....	38
8.3 Auditointi	42
9 Laatu ja potilasturvallisuutta korjaavat toimenpiteet (ACT- KORJAA).....	44
C. KIRJALLISUUS JA LIITTEET	46
10 Kirjallisuus.....	46
11 Liitteet	54
11.1 Esimerkki ensihoidon prosessiauditoinnista	54
11.2 Esimerkki potilastyytyväisyyden mittaamisesta ensihoidossa.....	55
11.3 Esimerkki ISBAR-raportointimenetelmästä.....	57
11.4 Esimerkki ensihoidon ja päivystyksen itsearviointimallista.....	58

A. TAUSTA JA LAINSÄÄDÄNTÖ

I ESIPUHE

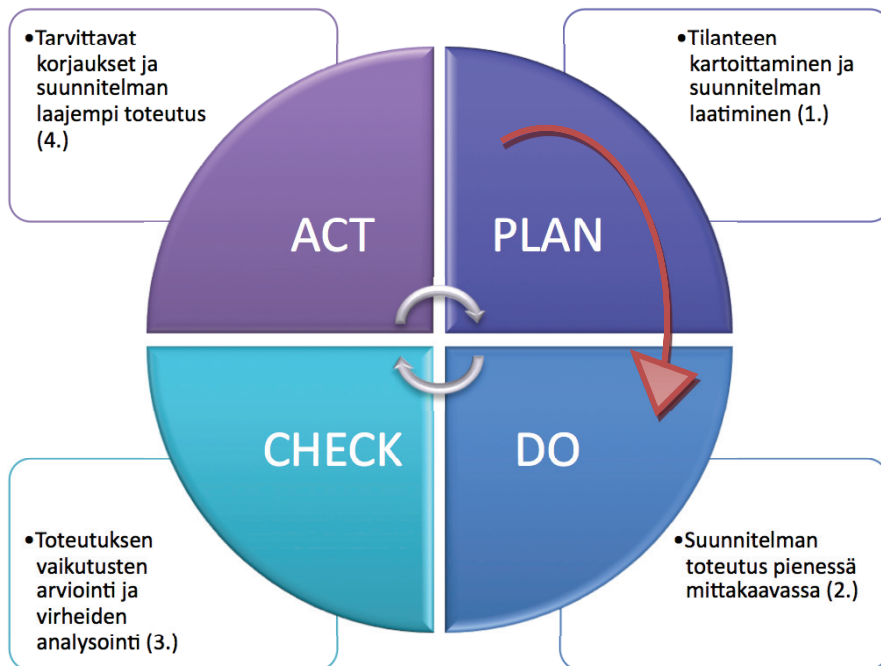
Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) nimesi ajalle 1.9.2011–31.12.2012 *Ensihoidon, päivystyksen ja hätäkeskusyhteistyön kehittämisen ohjausryhmän*, jonka tavoitteena oli sovittaa yhteen kansallisella tasolla ensihoidon, päivystyksen ja Hätäkeskuksen työtä siten, että muodostuu toimiva kokonaisuus väestön palvelutarpeen turvaamiseksi. STM jatkoi 17.12.2012 tekemällään päätöksellä ohjausryhmän toimikautta 31.12.2014 saakka ja samalla muutti sen tehtäviä tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta.

Ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilasturvallisuusjaos on toiminut ohjausryhmän alaisuudessa. Jaoksen tavoitteena on ollut tuottaa suositus, jonka avulla ensihoidon ja päivystyksen järjestämisvastuussa olevilla ja palveluntuottajilla on mahdollisuus suunnitella, toteuttaa ja arvioida laadukas ja turvallinen palvelu ensihoidossa ja päivystyksessä. Hätäkeskusyhteistyö on rajattu tämän suosituksen ulkopuolelle. Jaoksen jäseninä ovat toimineet Markku Kuisma (HUS), puheenjohtaja, Marjo-Riitta Himanen (VSHP), Hannu Päivä (PSHP), Kirsti Riihelä (Etelä-Suomen AVI), Markku Saarinen (Kanta-Hämeen pelastuslaitos ja STM), Olli Väisänen (THL) 31.8.2012 saakka, Petri Volmanen (THL) 11.2.2013 lähtien, Susanna Wilen (PKSHP) ja sihteerinä Tiina Etelälahti (HUS).

STM toivoo, että suositus jalkautuu laajalti käytännön laatu- ja potilasturvallisuustyöksi ensihoidossa ja päivystyksissä.

2 SUOSITUKSEN KESKEISIN SANOMA

Ensihoito ja päivystys ovat keskeisiä terveydenhuollon osa-alueita, joiden toiminnan erityispiirteiden sekä meneillään olevien laajojen toiminnan muutosten vuoksi tulee kiinnittää erityistä huomiota laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen. Suositus pyrkii käytännönläheisesti antamaan työkaluja laatu- ja potilasturvallisuustyöhön. Toteutuakseen suositus edellyttää, että laatu- ja potilasturvallisuustyö integroidaan osaksi organisaation päivittäistä toimintaa ja siitä muodostuu jatkuva käytäntö. Tämä työ ei pääsääntöisesti ole vaikeaa, mutta se vaatii huomattavaa pitkäjännitteisyyttä. Suositus painottaa työn systemaattisuutta PDCA (Plan-Do-Check-Act) -logiikan mukaisesti (suosituksen kohdat 6-9).



PDCA-ympyrä eli Demingin laatusykli lähtee toiminnan jatkuvasta kehittämisestä ja parantamisesta. PDCA perustuu etenevään ympyrään. P tarkoittaa toiminnan suunnittelua (Plan), D tarkoittaa suunnitelman toteuttamista (Do), C tarkoittaa tarkistamista/arviointia (Check) ja A tar-

koittaa korjaamista ja käyttöönottamista (Act). Vaiheet voivat toteutua vaiheittain etevänä prosessina tai samanaikaisesti limittäen palaten edelliseen vaiheeseen. Laadunhallinnassa laadun suunnittelu (P) käynnistyy yleensä perustuen nykytilan arviointiin esimerkiksi itsearviointimenetelmällä. Tässä vaiheessa asetetaan laatutyön tavoitteet ja kuinka laatua halutaan kehittää. Toteuttamisvaiheessa (D) konkreettisesti toteutetaan haluttu muutos. Muutostarve perustuu organisaation itsearvioinnin tuottamiin kehittämisalueisiin. Tarkistamis-/arviointivaiheessa (C) arvioidaan muutoksen suuntaa, saavutetaanko haluttu tulos. Tässä vaiheessa käytetään usein apuna erilaisia mittareita. Ympyrän viimeisessä vaiheessa (A) korjataan esimerkiksi mittarin antaman tuloksen perusteella havaittu tulos ja otetaan uusi toimintatapa käyttöön. Kehittäminen ja jatkuva laadun parantaminen on toistuva sykli mikä tarkoittaa PDCA-ympyrässä uutta suunnitteluvaihetta ja ympyrän uudelleen käynnistymistä. Toistuva itsearviointi ja toiminnan auditointi antavat perustan muutosten suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Näitä laadunhallintatekniikoita ja numeerisia mittareita täydentää kokeneiden ammattihenkilöiden tekemä seuranta ja havainnointi päivittäisestä toiminnasta.

Jotta suosituksen sisältö ja henki muuttuisivat käytännön toiminnaksi, edellyttää se aktiivista johtamista ja toiminnan ohjausta – laatu ja potilasturvallisuus eivät synny itseksensä. Vastuu tulee ottaa kaikilla tasoilla niin johdossa kuin henkilöstössäkin ja niin palvelun järjestämistä vastuussa olevan kuin sen tuottajan. Onnistuminen edellyttää myös sitä, että työyhteisöissä pystytään luomaan positiivinen, avoin ja syyllistämätön ilmapiiri laatu- ja potilasturvallisuustyöhön.

Suosituksen käytännön soveltamisessa tulee huomioida niin toiminnalliset (esimerkiksi päivystyksen potilasprofiili) kuin alueelliset erityispiirteet. Samoin on hyvä huomioida, että laadun ja potilasturvallisuuden mittarit (luku 8.) ovat vasta kehityskaarensa alkupäässä ja niissä tapahtuu mahdollisesti merkittäviäkin muutoksia seuraavan 5-10 vuoden aikana. Tämän vuoksi kaikille mittareille ei ole tässä suosituksessa asetettu hyvän laadun raja-arvoja.

3 LAADUN JA POTILASTURVALLISUUDEN KESKEISET MÄÄRITELMÄT

3.1 LAADUN KÄSITTEITÄ

Laatua voidaan yleisesti tarkastella organisaation tai toiminnan rakenteisiin, prosesseihin ja lopputulokseen liittyen. Laadun arvioinnissa käytettävät mittarit voidaan luokitella saman rakenteen mukaisesti. Laadun tarkastelu rakenne-prosessi ja lopputulosajattelun kautta soveltuu myös ensihoitoon ja päivystykseen. Rakennemittarit tuottavat epäsuoraa laadun mittausta ja niitä on vaikea kytkeä potilaan hoidon laatuun kun taas prosessimittarit ovat herkempiä erottamaan hoidon laatua kuin rakennetai lopputulosmittarit. Prosessimittarit mahdollistavat suoran hoidon laadun arvioinnin. Lopputulosmittarit arvioivat muutosta potilaan terveydentilassa vasteena kliinisille hoitotoimenpiteille. Tieteelliseen tutkimukseen perustuvat mittarit (evidence based) liittyvät kaikkiin edellä kuvattuihin mittareihin.

Suomalaista terveydenhuollon laatua on ohjattu kansallisesti laadunhallintasuosituksilla. Laatusuosituksissa laadunhallinta on jokapäiväistä työtä korostaen henkilöstön ja johdon vastuuta. Painopiste laatutyössä on asiakaslähtöisyys ja erityisesti asiakkaan osallistuminen sekä prosessien hallinta. Laatutyön tulee olla järjestelmällistä ja se edellyttää toiminnan seuranta, mittaamista ja arviointia ja tällä tiedolla ohjataan ja tarvittaessa muutetaan toimintaa. Terveydenhuolto on palvelutehtävä ja sen vuoksi laadusta puhutaan palvelun laatu.

Kuntaliiton vuonna 2011 julkaisema Laatuopas jakaa laadun 1. palvelun laatuun, mikä tarkoittaa potilaskeskeisyyttä ja palvelun oikea-aikaisuutta sekä 2. kliiniseen laatuun, mikä tarkoittaa osaamista ja potilasturvallisuutta, 3. prosessien laatuun mikä tarkoittaa prosessien sujuvuutta sekä 4. vaikuttavuuteen. Prosessinomaisuus edellyttää myös terveydenhuollossa prosessien kuvaamista ja johtamista.

Laatu saa erilaisia ominaisuuksia, kun sitä tarkastellaan potilaan, läheisen, terveydenhuollon ammattilaisen, muiden hoitoon osallisten tai johtamisen näkökulmasta. Laatua tuleekin tarkastella moniulotteisena käsitteenä ja myös mitata moniulotteisesti. Mittareiden tulee huomioida myös organisaation ja toiminnan taloudelliset vaikutukset ja mittaustulosten perusteella tehtyjen muutosten tulee olla tasapainossa organisaation kokonaisuuden kanssa.

Taulukko I. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastojen määritelmät laatuun liittyvistä käsitteistä.

Laatu	Hyödykkeen (palvelu tai tuote) ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu hyödykkeen kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Hyödykkeet tyydyttävät välittömästi tai välillisesti asiakkaan tarpeita.
Laatukriteeri	Laadun määrittämisen perusteeksi valittu ominaisuus.
Laatuindikaattori	Laatukriteeri, jonka arvon muuttumista ja kehittymistä hyödykkeessä seurataan ja joka toimii viitteenä hyödykkeen laadun vaihtelusta.
Laatuvaatimus	Voi olla pienin tai suurin sallittu arvo tai sallittu vaihteluväli, joko subjektiivisesti tai objektiivisesti asetettu. Se voi perustua yleiseen sopimukseen tai olla esimerkiksi asetettu organisaation sisäiseksi tavoitteeksi.
Laatujärjestelmä	Järjestelmä, joka muodostuu laadunhallinnassa tarvittavista organisaatiokenteistä, voimavaroista, keinoista ja ohjeistoista. Laatujärjestelmä ei tarkoita johtamisesta erillään olevaa järjestelmää.
Laadunhallinta	Yleisen johtamistoiminnan osa, jossa määritellään laatupolitiikka ja siitä johdetut laatutavoitteet sekä laatuun liittyvät vastuut ja toteutetaan ne määritellyin keinoin.
Korjaava toimenpide	Tarkoituksena poistaa todettu poikkeavuus, virhe tai muun epäsuotavan tilanteen syy, jotta se ei toistuisi.
Vaatimustenmukaisuus	Hyödykkeen yhdenmukaisuus määriteltyjen vaatimusten kanssa.
Prosessi (palveluprosessi)	Asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palvelutapahtumien muodostama toimintasarja. Siihen kuuluvat vähintään vireillepano, palvelun toteutus ja palvelun päättäminen.
Auditointi	Toiminto, jossa selvitetään järjestelmällisesti ovatko organisaation laatutoiminnot ja niiden tulokset suunnitelmien mukaiset, toteutetaanko suunnitelmia tehokkaasti ja ovatko ne tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaiset.
Sertifointi	Toiminto, jolla asianosaisista riippumaton elin tai henkilö todistaa, että hyödyke, organisaatio tai järjestelmä on yhdenmukainen määriteltyjen vaatimusten kanssa.

3.2 POTILASTURVALLISUUDEN KÄSITTEITÄ

Potilasturvallisuus tarkoittaa niitä terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, jotka varmistavat hoidon turvallisuuden ja suojaavat potilasta vahingoittumasta hoitotapahtuman yhteydessä.

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden, laiteturvallisuuden, lisäinfektioiden eston ja on keskeinen osa hoidon laatua.

Taulukko 2. Potilasturvallisuuden käsitteitä.

Potilasturvallisuuskulttuuri	Potilaiden turvallista hoitoa edistävät systemaattinen toimintatapa, sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet. Sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen.
Potilasturvallisuusjärjestelmä	Toimintatapojen kokonaisuus, joka on ohjeistettu ja kuvattu organisaatiotasolla, ja jolle on asetettu tavoitteeksi potilasturvallisuuden edistäminen, kehittäminen, potilasturvallisuuteen liittyvä koulutus ja tiedottaminen sekä määriteltyjen potilasturvallisuustapahtumien seuranta, analysointi ja raportointi, nimetty vastuuhenkilöt ja kokonaisuudesta vastuussa oleva organisaation johtoon kuuluva henkilö. Olennainen osa alueellista potilasturvallisuusjärjestelmää on omavalvontana toteutettava nopea puuttuminen potilasturvallisuuden epäkohtiin. Alueellisen potilasturvallisuusjärjestelmän käytännön toiminnasta vastaa alueellinen potilasturvallisuuselin.
Suojaukset	Tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosessiin suunnitellut ja sisältyvät rakenteet ja menettelyt, kuten perehdytys, ohjeistukset, toimipaikkakoulutus, joiden tarkoituksena on tunnistaa ja estää haitalliset poikkeamat ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumaan.
Poikkeama	Mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Samassa merkityksessä käytetään usein sanaa virhe, joka on sisällöltään suppeampi ja säilyttään negatiivinen. Poikkeama voi luonteeltaan olla myös suunniteltu ja potilaan edun mukainen. Siksi suositellaan poikkeama -sanan käyttöä. Poikkeama voi liittyä ennaltaehkäisyyn, taudinmääritykseen, hoitoon tai kuntoutukseen. Se voi myös liittyä kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin.
Vaaratapahtuma tai potilasturvallisuustapahtuma	Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle.
Vakava vaaratapahtuma/ potilasturvallisuustapahtuma	Esimerkiksi: ”Tapahtuma, josta on aiheutunut merkittävää, vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa potilaalle, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuva vakava vaara. taikka potilasturvallisuustapahtuma tai uhka joka kohdistuu suureen joukkoon potilaita.
Lievä vaaratapahtuma/ potilasturvallisuustapahtuma	Esimerkiksi: ”Vakavaa lievempi tapahtuma tai seikka joka olisi voinut aiheuttaa haittaa tai vaaraa potilasturvallisuudelle - kuten vaaratapahtuma tai poikkeama - tai josta on aiheutunut haittaa potilaalle, mutta ei kuitenkaan hengenvaaraa - kuten lievä haittatapahtuma, haitta tai haittavaikutus”.

Läheltä piti -tapahtuma	Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. Esimerkiksi: ”Tapahtuma, joka sisälsi vaaran potilasturvallisuudelle, joka ei kuitenkaan tässä tilanteessa realisoitunut”.
Haittatapahtuma	Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle
Haitta (hoitohaitta)	Ei-toivottu hoitoon liittyvä potilaalle aiheutuva vaikutus (tilapäinen tai pysyvä), joka voi olla fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Hoitohaitta voi johtua käytetystä lääkkeestä tai menetelmästä (haittavaikutus), itse taudista (komplikaatio) tai poikkeamasta hoitoprosessissa.
Haittavaikutus	Hoitomenetelmään liittyvä ei-toivottu vaikutus. Se aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia.
Komplikaatio	Lisätauti, jälkitauti, sivuhäiriö, aikaisempaan tautitilaan tai hoitoon liittyvä uusi häiriö.

4 LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN TAUSTA

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydentilansa edellyttämällä tavalla. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Potilaalle on saman lain mukaan annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Laki määrittelee myös potilaan itsemääräämisoikeuden, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi kieltäytyä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Laissa säädetään myös siitä, miten tulee toimia, mikäli potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä (evidence based, tieteellisesti tutkittuja) ja kokemusperäisiä perusteltuja (vakiintuneet hoitokäytännöt) menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Hänellä on myös velvollisuus ottaa huomioon mitä potilaan oikeuksista säädetään. Ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Saman lain mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa.

Lain mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen.

Potilaalle on annettava kiireellinen sairaanhoito mukaan lukien suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito, psykososiaalinen tuki hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkil-

lisen sairastumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voi siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiiriin on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Tässä yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Päivystyspisteitä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa.

Sairaanhoitopiiriin on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu, joka on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toimivan kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiri tekee ensihoidon palvelupäätöksen sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen tarkemmin määrittelemällä tavalla. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ensihoitokeskuksen tehtävänä on vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä, suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan, sovittaa yhteen alueensa hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot. Tehtävistä on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Laissa määritellään myös ensivastetoiminta osana terveydenhuollon toimintaa. Laissa myös annetaan valtuutus sosiaali- ja terveysministeriölle säätää tarkemmin asetuksella kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (STVOL) sekä terveydenhuoltolain mukaan kunta tai kuntayhtymä voi huolehtia järjestämisvastuustaan tuottamalla palvelut itse, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palvelun valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta ostosopimuksin. Ostettaessa tulee tarkistaa, että yksityisellä palvelujen tuottajalla on voimassa oleva Valviran valtakunnallinen tai aluehallintoviraston alueellinen lupa. Palveluiden laatutason tulee vastata samaa tasoa kuin jos toiminta tuotettaisiin omana toimintana. Kunnan tai sairaanhoitopiiriin on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta ohjeistaa terveydenhuollon yksiköitä suunnitelman laadinnasta, toimeenpanosta ja seurannasta. Asetuksen mukaan toimintayksikön suunnitelmassa tulee sopia täytäntöönpanon vastuuhenkilöt ja toimijat ja se, miten johto vastaa

edellytyksistä ja voimavaroista, joilla toteutetaan laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. Siinä tulee olla henkilöstöjohtamisen periaatteet ja käytännöt sekä avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat. Suunnitelmassa tulee huomioida menettelytavat, joilla henkilöstö osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja saa palautetta oppimista ja oman toimintansa kehittämistä varten. Yksiköissä tulee huolehtia henkilöstön perehdyttämisestä sekä opiskelijoiden koulutuksesta ja ohjaamisesta. Lisäksi tulee ohjeistaa haittatapahtuman jälkeiset menettelytavat ml. potilaan informointi ja tukeminen. Suunnitelmassa tulee myös huomioida turvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta. Vaara- ja haittatapahtumien raportoinnin menettelytavat tulee kirjata ja ohjeistaa. Yhteistyöstä alueen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa tulee sopia. Asetuksessa on tarkemmin lueteltu myös sisältöalueet, joiden osalta tulee em. menettelyt käsitellä ja kirjata.

Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluista antaman asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin on ensihoitopalvelua järjestäessään vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laadittava ohjeet kuljetusta edellyttävien potilaiden hoitoonohjauksesta sekä ohjeet niitä tilanteita varten, joissa potilas ei tarvitse kuljetusta. Saman asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin tulee vastata ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, päivittäistoiminnasta poikkeavista erityistilanteista ja niihin varautumisista. Sairaanhoitopiirin tulee laatia hälytysohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen ensihoitokeskus sovittaa yhteen hätäkeskuslaitokselle annettaviksi. Sairaanhoitopiirin edustajan on myös tarkastettava tehtävissä käytettävien yksiköiden soveltuvuus tehtäviin. Asetuksessa määritetään myös kenttäjohtajajärjestelmä.

Asetuksen mukaan erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen on sovitettava yhteen alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelujen toimintaa ja annettava niitä koskevia ohjeita ottaen huomioon mm. valtakunnalliset toimintaa koskevat ohjeet. Ensihoitokeskuksen on myös seurattava alueensa ensihoitopalvelujen tunnuslukuja ja vaikuttavuutta sekä edistettävä ensihoitopalvelua koskevaa tutkimustoimintaa alueellaan.

Ensihoitopalveluasetuksen mukaan henkilöstön pätevyysvaatimukset on määritetty tarkasti. Asetus sisältää siirtymäsäännökset. Vastaavanlaista määrittelyä ei päivystyksen osalta ole.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (ns. päivystysasetus) säädetään päivystyksen järjestämisestä, henkilöstön rakenteesta, johtamisesta, yhteistyöstä mm. sosiaali- ja apteekkipäivystyksen kanssa, päivystykseen ottamisesta ja hoidon varmistamisesta sekä palveluista tiedottamisesta. Lisäksi säädetään alaikäisten ja iäkkäiden potilaiden sekä

päihtyneiden potilaiden erityistilanteista. Asetus tulee voimaan 1.1.2015 poikkeuksena naistentauteja, synnytyksiä ja lastentauteja koskevia säädöksiä (§14), jotka tulevat voimaan 1.1.2017.

Päivystys voidaan järjestää erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksenä, niiden yhteispäivystyksenä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla.

Asetuksen mukaan päivystysyksikön käytettävissä on oltava riittävät laboratorio- ja kuvantamispalvelut tarvittavine radiologian erikoislääkäriläusuntoineen, joka voidaan hankkia myös teleradiologisena etäkonsultaationa. Päivystävässä kirurgista leikkaustoimintaa toteuttavassa sairaalassa on oltava nopeasti saatavilla radiologian alan erikoislääkäri tai alaan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus konsultoida erikoislääkäriä. Leikkauksia ja synnytyksiä tekevässä yksikössä on oltava mm. mahdollisuus välittömään verensiirtoon sen edellyttämine tutkimuksineen. Lääkehuollon toteuttaminen on varmistettava päivystysaikana. On otettava myös huomioon ruuhkatilanteet sekä normaaliolojen erityistilanteet ja alueellinen valmiussuunnitelma.

Päivystysyksikössä on oltava palvelun kokonaisuudesta vastaava laillistettu lääkäri, joka johtaa päivystyspalvelujen toteutumista järjestämissuunnitelman ja järjestämissopimuksen mukaisesti, huolehtii moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja vastaa potilasturvallisuuden edellyttämistä hoito- ja toimintaohjeista. Yksikössä on kaikkina vuorokauden aikoina oltava laillistettu lääkäri, joka johtaa yksikön toimintaa. Lisäksi yksikössä on oltava saatavilla virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään oleva laillistettu lääkäri virkavastuuta edellyttäviä toimintoja varten.

Kiireellisen hoidon neuvontaan on kaikkina vuorokauden aikoina varattava riittävästi koulutettuja ja riittävän työkokemuksen omaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Ohjauksessa on otettava huomioon yksikön kiireellisyysluokat ja arvioitava potilaan yksilöllinen hoidon tarve huomioiden sairauden pahenemisen tai vamman vaikeutumisen riski. Hoitoon ohjaus voi tapahtua myös puhelimitse. Potilas on otettava hoitoon päivystysyksikköön, jos hoitoa ei voi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli. Mikäli hoito siirretään virka-aikana tapahtuvaksi, tulee potilaalle antaa riittävät, tarvittaessa kirjalliset ohjeet, miten hän voi seurata oireitaan ja missä tilanteessa hänen tulee ottaa yhteyttä ammattihenkilöön ja missä jatkohoito tapahtuu.

Erikoisalakohdittaiset edellytykset koskevat sisätauteja ja kardiologiaa, neurologiaa, kirurgiaa, naistentauteja, synnytyksiä, lastentauteja, psykiatria ja suun terveydenhuoltoa ja niiden yksityiskohtaisen sisällön osalta viitataan asetustekstiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antama asetus koskee sekä sähköisiä että perinteisiä potilasasiakirjoja ja myös tilannetta, jossa palveluja hankitaan toiselta palvelujen tuottajalta. Asetuksessa määritellään mm. mitä potilasasiakirjoihin kuuluu, laatimisen periaatteet, asiakir-

jojen säilyttämisajat, hävittäminen sekä tietojen käyttöoikeudet. Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehdessä tulee käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Merkinnät tulee tehdä viivytyksettä.

Asiakirjamerkinnöistä tulee käydä ilmi riittävässä laajuudessa valitun hoidon ja tiettyjen hoitoratkaisujen perusteet sekä hoidon toteutus, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia hoitoratkaisuja tällöin on tehty. Hoitoon osallistuneiden nimet on tarvittaessa kyettävä selvittämään jälkikäteen.

Asetuksessa säädetään ensihoidon osalta vielä erikseen, kuinka potilasasiakirjoihin tulee tehdä tarvittavat merkinnät potilaalle annetusta ensihoidosta sekä sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäri osallistuu ensihoitoon tai sairaankuljetukseen henkilökohtaisesti tai konsultaation perusteella, tämän tulee ilmetä potilasasiakirjoista.

Puhelinneuvottelusta sekä muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta todetaan, kuinka hoitovastuussa olevan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaskertomusmerkinnät potilaan taudin määrittämisen tai hoidon kannalta merkittävistä seikoista ja ohjeista. Merkinnöistä tulee ilmetä konsultaation tai neuvottelun ajankohta, asian käsittelyyn osallistuneet sekä tehdyt hoitoratkaisut ja niiden toteuttaminen. Asetuksessa säädetään myös potilasasiakirjamerkintöjen korjaamisesta sekä tietojen luovuttamisesta tehtävistä merkinnöistä sekä lokitiedoista.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut päivitetyn oppaan potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4., jossa tarkemmin ohjeistetaan em. asetuksenkäytäntöjä.

Yksityisten sairaankuljetuspalveluiden palvelujen lupahallinto siirtyi vuonna 2009 tieliikennelaista lakiin yksityisestä terveydenhuollosta. Tämän lain mukaan palvelujen tuottajan tulee hankkia toimintaansa varten ennen toiminnan aloittamista lupa aluehallintovirastolta tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta (valtakunnallinen lupa, mikäli toimintaa harjoitetaan useamman aluehallintoviraston alueella). Lupaa myönnettäessä tulee olla täytettyinä tietyt toimintaedellytykset. Sairaan kuljetuspalveluja antaessa on oltava asianmukainen sairaankuljetusajoneuvo varustuneena. Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä asianmukaisen koulutuksen saanut henkilöstö. Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Palvelun tuottajalla tulee olla lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja (terveydenhuollon ammattihenkilö), jonka tehtävänä on vastata, että palveluja annettaessa toiminta täyttää asianmukaiset vaatimukset. Mikäli toimitaan useammassa kuin yhdessä toimipaikassa, vas-

taavan johtajan on laadittava toiminnan laadun varmistamiseksi palvelun tuottajan ja erillisten toimipaikkojen toiminnan kattava omavalvontasuunnitelma. Ennen toiminnan aloittamista palvelujen tuottajan on esitettävä kunnan viranomaisen (käytännössä esim. sairaanhoitopiirin ensihoitolääkäri) tarkastettavaksi sairaankuljetusajoneuvo ja sen varustus toimintakunnossa. Tarkastuksesta tulee tehdä lupaviranomaista varten tarkastuskertomus. Lisäksi palvelujentuottajan on vuosittain annettava toiminnastaan toimintakertomus lupaviranomaiselle.

Lääkkeen määräämisessä on noudatettava sosiaali- ja terveystieteiden antamaa asetusta. Potilasturvallisuuden varmistamisesta ohjeistetaan menetelmät, joilla toimintayksikkö seuraa lääkemääräyksiä, lääkityspoikkeamien raportointia ja niiden käsittelyä.

Sähköisestä lääkemääräyksestä säädetyn lain tarkoituksena on parantaa potilas- ja lääketurvallisuutta, helpottaa ja tehostaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista sähköisen järjestelmän avulla. Laissa on säädökset myös mm. sähköisen lääkemääräyksen laatimisesta, tietosisällöstä, allekirjoituksista, potilasohjeistamisesta, lääkemääräyksen toimittamisesta ja potilaan tiedonsaantioikeudesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden laatimassa turvallinen lääkehoitoppaassa (STM 2005:32) ohjeistetaan ensihoidon lääkehoitoa. Erityisen tärkeää on lääkehoitosuunnitelman laatiminen, osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen. Suunnitelmassa määritetään toimintayksikön tai työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet. Esimiesten tehtävänä on varmistaa, että lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen ja olosuhteet ovat oikeanlaiset lääkehoidon toteuttamiseksi. Esimiehet ohjaavat ja valvovat hoidon toteuttamista ja laatua lääkehoidon suunnitelman mukaisesti sekä päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä. Oppaassa käydään läpi seikkaperäisesti myös lupakäytäntöjä, seuranta- ja palautejärjestelmiä. Oppaasta löytyy myös taulukko ensihoidossa toteutettavan lääkehoidon vaativuustasoista.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on laatinut Potilasturvallisuus oppaan potilasturvallisuuslain säädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi (2011:15).

Oppaassa käydään laajasti läpi potilasturvallisuuden nykytilaa ja ongelmia, potilasturvallisuussuunnitelmaa, lääkehoitosuunnitelmaa, dokumentointia, tietojärjestelmiin raportointia, alueellista yhteistyötä sekä potilasturvallisuuden työkaluja.

Oppaassa määritetään kansallisen potilasturvallisuusstrategian pääta-voitteiksi:

- potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen
- potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla

- vaaratapahtumat raportoidaan, niistä opitaan
- potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin
- potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa.

Potilasvahinkolain mukaan potilaalle voidaan maksaa korvausta henkilövahingosta, mikäli vahinko on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä tai sellaisen laiminlyönnistä edellyttäen, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon. Korvaus suoritetaan myös, mikäli vahinko on johtunut käytetyn sairaanhoitolaitteen tai -välineen viasta tai hoidon yhteydessä alkaneesta infektiosta. Laissa mainitaan lain koskevan myös sairaankuljetustoimintaa. Laki kattaa myös mahdollisen hoituhuoneiston tai -laitteiston palon tai muun vahingon sekä lääkkeen toimittamisesta lain, asetuksen tai annettujen määräysten vastaisesta toiminnasta.

5 ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN TOIMINNAN ERITYISPIIRTEET

Ensihoidon ja päivystyksen toiminnan luonne poikkeaa tietyiltä osin muun terveyshuollon toiminnasta. Toimintaympäristö ja sen rajapinnat, valmiusnäkökulma sekä ennakoimattomat tilanteet asettavat toiminnalle erityisvaateita, joita käsitellään luvuissa 5.1. ja 5.2.

5.1 ENSIHOITO

Ensihoito tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tilan arviota, tarvittavaa ensihoitoa ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettamista lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Suomessa ensihoito on määritelty suhteellisen tarkoin lainsäädännössä sekä terveydenhuoltolaisissa että ensihoitopalveluasetuksessa.

Ensihoitopalvelu toimii sairaanhoitopiirin tekemän ensihoidon palvelutasopäätöksen pohjalta. Yhden sairaanhoitopiirin saman riskialuealueen väestön on saatava yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella, mutta palvelu voi poiketa Suomessa eri sairaanhoitopiirien välillä.

Lainsäädännössä ensihoitopalvelun henkilöstölle on asetettu koulutus- ja pätevyysvaatimukset. Potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen osallistuu muitakin kuin terveydenhuollon ammattihenkilöitä (pelastajat ja maallikkoensiauttajat). Ensihoitohenkilöstö varsinkin hoitotasolla on Suomessa varsin testattua ja ilmeisimmin yksi harvoja terveydenhuollon ammattiryhmiä, joiden ammatillista pätevyyttä arvioidaan jatkuvasti myös perustutkinnon suorittamisen jälkeen.

Ensihoito toimii terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja pelastajien ammattitaidon turvin. Valtakunnallisesti katsoen lääkäriä ei usein ole saatavilla välittömästi paikalle kriittisestikään sairaiden potilaiden hoitoon. Myös ensihoidossa toimivilta lääkäreiltä vaaditaan nopeaa päätöksentekokykyä ilman mahdollisuutta laajoihin koneellisiin tutkimuksiin tai potilaan aieman historian selvittelyyn sairauskertomuksista.

Lääkärit toimivat ensihoidossa useimmiten konsultteina vastaten potilaiden tutkimista, hoitoa ja lääkitystä koskeviin tiedusteluihin potilaita näkemättä. Ensihoitajat voivat hoitaa potilaita ilman, että heitä kuljetetaan terveydenhuollon yksikköön. Konsultoidun lääkärin on tehtävä erikseen

merkinnät potilasasiakirjoihin, ellei käytössä ole alueellista ensihoidon sähköistä potilaskertomusta.

Ensihoitohenkilöstö tekee paikan päällä arvion ensihoidon tarpeesta, mahdollisesta tarpeesta hakeutua välittömästi terveydenhuollon toimipisteeseen ja potilaan kuljettamistavasta. Ensihoitohenkilöstö voi hoitaa potilaan paikan päällä (vrt. sairaanhoitajan vastaanotto päivystyksessä). Potilas voidaan jättää kuljettamatta, mikäli hänen tilansa ei vaadi ambulanssikuljetusta, jos potilaan katsotaan voivan hakeutua päivystykseen muulla tavalla tai muuhun hoitoon.

Ensihoito on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta työtä. Työtä tehdään vaativissa työolosuhteissa (sade, kylmyys, likaisuus, ahtaat asunnot) ja vaarallisissa ja yllättävissä tilanteissa (erilaiset onnettomuudet, päihtyneet, väkivaltatilanteet). Hälytysajo ja turvallinen ajokäyttäytyminen ovat tärkeä osa ensihoidon toimintaa, mutta se ei kuulu terveydenhuollon henkilöstön ydinosaamiseen eikä -koulutukseen.

Ensihoitoon kuuluu kiinteästi moniviranomaisyhteistyö. Yhteistyökumppaneita ovat mm. pelastustoimi, poliisi, hätäkeskuslaitos, sosiaaliviranomaiset, puolustusvoimat ja rajavartiolaitos. Näiden toiminnan ymmärtäminen on olennaista, kun toimitaan erilaisissa kriisi- ja onnettomuustilanteissa. Ensihoidossa on muusta terveydenhuollosta poikkeava oma johtamisjärjestelmä, kenttäjohtajat. Kenttäjohtajien tehtävät määritellään sekä ensihoitopalveluasetuksessa että kunkin sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä.

5.2 PÄIVYSTYS

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa. Potilas on hoidettava päivystyksyksikössä, jos potilaan terveydentila ja toimintakyky sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen hoitoa ei voi kiireellisyyden vuoksi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli, tai jos kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on epävarmaa (kiireellisen hoidon asetus). Palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikana - myös hammaslääkäripalveluiden osalta.

Kunnilla on vastuu päivystyksen järjestämisestä. Viimeisen 20 vuoden aikana päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin ja yhteispäivystysmalleja on kehitetty. Monissa päivystyksyksiköissä toiminta on joko kokonaan tai lääkäriyövoiman osalta ulkoistettu. Vaikka päivystystoimintaa on 2000-luvulla kehitetty kovasti alueellisesti, yhtenäisempiä valtakunnallisia toimintamalleja on kuitenkin kaivattu.

Kaikki päivystyksenä hoitoon hakeutuneet potilaat eivät tarvitse välitöntä hoitoa. Tämä antaa joustoa toiminnan suunnitteluun ja mahdollisuuden järjestää hoito kunkin potilasryhmän kannalta oikea-aikaisesti ja alueelliset hoitomahdollisuudet huomioiden. Ensisijaisesti lieväoireiset päivystyspotilaat hoidetaan terveysasemien vastaanotoilla ja työterveyshuollossa. Vaikeammat ja enemmän resursseja vaativat potilaat ohjataan varsinaisiin päivystysyksiköihin, jotka toimivat ympäri vuorokauden. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinta on päivystyksessä kuitenkin muutoksessa ja tulevaisuudessa enenevästi myös lieväoireisia potilaita hoidettaneen varsinaisissa päivystysyksiköissä. Suun terveydenhuollon päivystyksestä voidaan sopia alueellisesti terveydenhuollon järjestämissuunnitelman yhteydessä.

Päivystystoiminnalle on ominaista yllätyksellisyys sekä potilasmäärien että tilanteiden osalta. Päivystyksissä hoidetaan nopeasti vaihtuvissa tilanteissa samanaikaisesti vakavasti sairastuneita ja vammautuneita potilaita sekä suuria määriä lieväoireisempia potilaita. Osalla potilaista tehdään alkuarvio päivystyksessä – lähetepotilaat on jo kertaalleen arvioitu toisessa terveydenhuoltopisteessä. Päivystyksissä ei yleensä ole ajanvarausjärjestelmää. Työtä tehdään usein suuren paineen alla ja suuri osa henkilöstön työajasta toteutuu ns. epämukavalla työajalla. Ajanvaraustoimintaan verrattuna keskeisenä erona on, että päivystyksissä ja myös terveyspalveluiden puhelinneuvonnassa joudutaan tekemään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia, jotta päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat pystytään hoitamaan laadukkaasti ja muut potilaat ohjaamaan muihin terveydenhuoltoyksiköihin. Valitettavasti päivystysyksiköt joutuvat usein toimimaan puutteellisen polikliinisen ajanvaraustoiminnan korvaajana, mikä aiheuttaa ruuhkautumista ja epätaroituksenmukaista voimavarojen käyttöä ja lisähaasteita asiakaspalveluun. Valtakunnallisesti yhtenäisen hoitoontulosyiden kirjaamisen ja puuttumisen vaikeuttaa eri yksiköiden vertailua. Tulevaisuuden tavoitteena on saada hoitoontulosyiden yhtenäinen luokittelujärjestelmä.

Päivystyksille on ollut ominaista, että yksiköissä on toiminut kokemattomia, nopeasti vaihtuvia lääkäreitä vaikka päivystystoiminnassa tapahtuvilla virheillä on suuri vaikutus potilaiden terveydelle ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksille. Viime vuosina on monin paikoin alettu kiinnittää huomiota päivystyksen lääkärin työkokemukseen. Päivystyksessä työskentelevällä henkilökunta on laadun ja potilasturvallisuuden kannalta avainasemassa. Tämä huomioidaan kiireellisen hoidon asetuksessa, jonka velvoittamana päivystyksessä on jatkossa oltava moniammatillinen riittävästi koulutettu ja kokenut alueen olosuhteet tunteva henkilökunta sekä virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään oleva laillistettu lääkäri niiden päätösten tekemistä varten, jotka edellyttävät virkavastuulla toimimista. Asetus määrittää myös eri erikoisaloja koskevia koulutusvaatimuksia, joilla osaltaan voidaan varmistaa

hyvää hoidon laatua. Henkilöstön kokemuksen lisäksi myös kuvantamis- ja laboratoriopalveluiden saatavuuteen on luotu velvoitteet.

Päivystys tapahtuu lähes yksinomaan virka-ajan ulkopuolella. Päivystysyksiköiden esimiehet työskentelevät kuitenkin pääosin virka-ajalla ja tämä asettaakin suuria vaatimuksia päivystysyksiköiden henkilöstölle tilannejohtamista ja toiminnan ohjausta ajatellen. Kiireellisen hoidon asetus velvoittaa, että päivystysyksikössä on jatkossa oltava kaikkina vuorokauden aikoina laillistettu päivystysyksikön toimintaa johtava lääkäri, joka parantaa tilannejohtamista. Asetus ottaa kantaa myös päivystysyksikön palvelukokonaisuuden johtamiseen.

Päivystysyksiköt antavat hoitoa päivystyspotilaille asuinpaikasta riippumatta. Tämä asettaa haasteita riittävien esitietojen saamiselle, koska tietojärjestelmistä niitä ei saa eivätkä potilaat itse pysty tietoja aina antamaan. Tietojen saamista vaikeuttaa myös se, että varsinkin öisin ja viikonloppuisin suuri osa päivystykseen hakeutuneista potilaista on päihteiden vaikutuksen alaisena.

Päivystykselle on ominaista, että hoitosuhteet ovat lyhyitä ja usein ainutkertaisia. Asiakkaiden vaatimukset ja häiriökäyttäytyminen ovat jatkuvasti lisääntyneet ja aiheuttavat päivittäisiä henkilöstön ja osin myös potilaiden turvallisuuteen liittyviä riskitilanteita ja henkilöstön kuormittumista.

Päivystysyksikön toiminnan onnistuminen riippuu paljon siitä, kuinka työnjako ja yhteistyö terveysasemien, yhteistyöviranomaisten, ensihoitopalvelun ja puhelinneuvonnan kanssa toimivat ja kuinka potilaiden jatkohoittoon pääsy onnistuu.

Taulukko 3. Ensihoidon ja päivystyksen erityispiirteiden vertailu

Asia	Päivystys	Terveystoimi	Ensihoito
Palvelujen saatavuus	Valtakunnalliset yhtenäiset määräykset (kiireellinen hoito laki ja siihen liittyvä asetus)	Valtakunnalliset yhtenäiset määräykset (esim. kiireetön hoito)	Sairaanhoitopiiri-kohtaiset päätökset (palvelutaso)
Hoitohenkilöstö	Terveystenhoitolaillistettuja tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä	Terveystenhoitolaillistettuja tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä	Terveystenhoitolaillistettuja (lisäkoulutus) tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä, pelastajia tai maallikkohenkilöitä
Päätöksenteko	Moniammatillista, lääkärijohtoista, mahdollisuus rajattuihin tutkimuksiin ja vaatimus tarkasta erotusdiagnoosista	Yleensä moniammatillisia tiimejä, mahdollisuus laajalajisiin tutkimuksiin ja vaatimus tarkasta diagnoosista	Työparin kanssa, pysyväisohjeet, konsultaatiomahdollisuus, hyvin rajattumäärä tutkimuksia
Tilannejohtaminen	Päivystysyksikön toimintaa johtava laillistettu lääkäri (kiireellisen hoidon asetus), vastaava hoitaja/triagehoitaja	Lääkäri, vastaava hoitaja	Päivystävä ensihoidon lääkäri, ensihoidon kenttäjohtajat (virkavastuu)
Rajapinnat	Eri erikoissalat, muu terveydenhuolto, sosiaalitoimi, poliisi	Muut terveystoimen yksiköt, sosiaalitoimi. Terveys- ja sosiaalitoimien yhteiset asiakkuudet kuten - turvakodit - katkaisuasemat - palvelutalot	Moniviranomaisympäristö (poliisi, hätäkeskus, pelastus, rajavartiolaitos, sosiaalipäivystys, kriisipalvelu)
Potilaan hakeutuminen palveluun	Potilaan oma arvio, puhelinarvio, lähete	Erikoissairaanhoidon läheteellä, perusterveydenhuoltoon ajanvarauksella	Potilaan, omaisen tai sivullisen 112-soitto, hätäkeskuksen riskinarvio

B. KÄYTÄNTÖ

6 LAADUN JA POTILASTURVALLISUUDEN SUUNNITTELU (PLAN- SUUNNITTELE)

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnittelusta vastaa ensihoitoa ja päivystystä järjestävän tai tuottavan organisaation johto. Organisaation johto määrittää laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden linjaukset, suunnitelman, toteutuksen, seurannan ja vastuuhenkilöt sekä raportointivelvollisuudet ja – menetelmät. Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteuttamista varten laaditaan suunnitelma, jonka sisältöä määritellään asetuksessa 341/2011. Johdon vastuulla on myös varmistaa, että sekä ydintoimintaa että laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta varten on olemassa optimaaliset voimavarat ja edellytykset. Laadunhallinta ja potilasturvallisuus koskevat sekä organisaation omaa että ostopalveluina hankittua toimintaa. Ostajalla on vastuu laadusta, mikä tulee huomioida palveluiden hankintojen kilpailutuksessa sekä ostosopimuksissa (kts. Kuntaliiton sopimusmalli). Alueellinen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma kuvataan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluiden järjestämissuunnitelmassa, mihin organisaation suunnitelman pohjautuu.

Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnittelun tulee pohjautua organisaation ja toiminnan nykytilan arviointiin. Nykytilan arvioinnilla pyritään selvittämään organisaation ja toiminnan lähtötila, toiminnan keskeiset vahvuudet ja kriittiset kehitystarpeet. Arvioinnissa on hyvä käyttää alueellisesti yhtenäisiä laadun arvioinnin työkaluja esimerkiksi EFQM (European Foundation for Quality Management), CAF (Common Assessment Framework) tai liitteenä 11.4. oleva ensihoidon ja päivystyksen itsearviointimenetelmää. Nykytilan arviointiin perustuvan toimintasuunnitelman toteutuminen edellyttää organisaation johdon sitoutumista suunnitelman läpiviemiseen. Johdon tukevan ja kannustavan toiminnan tuloksena henkilöstö ja esimiehet kaikilla organisaation tasoilla sitoutuvat paremmin laadunhallintaan ja potilasturvallisuustyöhön, jotka siten tulevat osaksi jokapäiväistä toimintaa.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatua on ohjattu palvelukohtaisilla eri ikäryhmiin tai teemoihin kohdistuvilla STM:n laatusuosituksilla. Ensihoidon ja päivystyksen osalta ei ole olemassa aiempia laatusuosituksia, joihin nykyinen laadun suunnittelu voisi perustua.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa käytetään laadunhallintajärjestelmien rakentamiseen ja arviointiin erilaisia organisaatiotason laatukriteeristöjä, jotka mahdollistavat sertifiointin. Kriteeristöt korostavat laadun asiakaslähtöisyyttä,

arvo- ja strategialähtöisyyttä, vaatimustenmukaisuutta, voimavarojenhallintaa, johdon vastuuta ja sitoutumista, henkilökunnan osallistumista, prosessien hallintaa, mittaamista ja analysointia sekä jatkuvaa parantamista, mutta eivät sisällä erityisiä kriteereitä ensihoidon ja päivystyksen laadulle. Terveystenhuollon eri lait ja Käypä Hoito-suositukset (esim. Duodecim) ohjaavat laadun vaatimuksenmukaisuutta.

Ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilasturvallisuushaasteet ovat hyvin samankaltaisia. Potilasturvallisuustyö on oleellinen osa terveydenhuollon organisaatioiden osaamista ja sitä pitää sekä johtaa että kehittää. Organisaatioiden johdolla on merkittävä rooli esimerkin antajana, turvallisen hoidon vaatijana sekä voimavarojen ja toimintojen ohjaajana potilasturvallisuustyöhön.

Potilasturvallisuusosaamiseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota terveydenhuollon ammattihenkilöstön peruskoulutuksessa. Tämän vuoksi on tarvetta täydennyskouluttaa mm. ensihoidossa ja päivystystyössä työskentelevää henkilöstöä. Koulutukseen on turvattava riittävät voimavarat.

Potilasturvallisuusosaamisella ei kansainvälisesti käsitetä kliinistä osaamista, vaan enemminkin mm. prosesseihin ja riskinhallintaan liittyviä asioita. Kliinisistä potilasturvallisuusongelmista eniten haittatapahtumia tapahtuu infektioiden, lääkehoitoon ja kajoaviin toimenpiteisiin liittyvissä tapahtumissa. Potilasturvallisuus- ja laatualueista saadaan kuva organisaatiossa käytössä olevasta haitta- ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä, esimerkiksi HaiProsta, jonka tuloksia tulee hyödyntää organisaation laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnittelussa.

Taulukko 4. WHO:n mukaan potilasturvallisuusosaaminen voidaan jakaa seuraaviin osa-alueisiin:

1.	Yleinen tietämys potilasturvallisuusongelmien lähtökohdista, taustoista ja yleisyydestä
2.	Systeemiajattelun ymmärtäminen potilasturvallisuudessa
3.	Vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen
4.	Riskienhallinta potilasturvallisuuden varmistamisessa
5.	Inhimillisten tekijöiden osuuden ymmärtäminen potilasturvallisuustyössä
6.	Tiimityksen osuuden ymmärtäminen potilasturvallisuuden varmistajana
7.	Potilasturvallisten toimintatapojen vahvistaminen
8.	Potilaan ja hänen omaisensa mukaan ottamisen tärkeys potilasturvallisuuden varmistamisessa

6.1 VAARA- JA HAITTATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI JA KÄSITTELY

Raportointi

Laatu- ja potilasturvallisuutta koskevassa suunnitelmassa organisaation on sovittava menettelytavat, joiden kautta varmistetaan vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen, raportointi, ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään (Hilmo) sekä korjaavat toimenpiteet. Raportointivelvollisuus koskee kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköitä mukaan lukien ensihoidon ja päivystyksen mahdolliset sopimuspalveluntuottajat. Osto- ja sopimuspalveluntuottajien tekninen pääsy vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmiin tulee taata sekä yhteistyötä eri toimijoiden välillä ilmoitusten käsittelyssä ja toiminnan kehittämisessä hyödyntää.

Organisaation johdon ja toimintayksiköiden esimiesten tehtävänä on luoda avoin ja oikeudenmukainen toimintaympäristö kannustamaan henkilöstöä ilmoittamaan vaara- ja haittatapahtumista aktiivisesti esim. HaiPro-järjestelmän kautta. Kynnys ilmoitusten tekemiseen tulisi olla matala. Kynnystä osaltaan laskee se, että ilmoitukset käsitellään anonyymisti, koska ohjelma kääntää lähettäjän sähköpostiosoitteen numerosarjaksi, jota ilmoituksen käsittelyyn osallistuvat henkilöt eivät voi yhdistää ilmoituksen tekijään. Riittävällä koulutuksella sekä ohjauksella tulisi myös taata, että ilmoitusjärjestelmää käytetään oikein ja siihen suhtaudutaan työyhteisössä positiivisesti. Organisaatiossa tulee ohjeistaa vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn vastuut ja tehtävät. Haittatapahtumista ja ”läheltä piti” tilanteista tulee aina pyrkiä oppimaan ja tapahtuneista vahingoista kertynyt tieto tulee hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Organisaatio saa informaatiota kehittämistarpeista myös potilaiden ja läheisten palautteista, muistutuksista, kanteluista, potilasvahinkoilmoituksista ja potilasasiamiesten kautta. Osa sairaanhoitopiireistä on mahdollistanut HaiPro-ilmoitusten tekemisen myös potilaille. Ilmoitusjärjestelmien väärinkäyttö voi johtaa työyksikössä potilasturvallisuuskulttuurin inflaatioon.

Ensihoidossa haittatapahtumien tai ”läheltä piti” tilanteista raportointivelvoite tulee ulottaa sairaanhoitopiirin lisäksi sopimuspalveluntuottajiin. Vastaavasti päivystyksessä järjestelmän tulee kattaa ulkoistetut päivystykset. Potilasturvallisuusjärjestelmiin ei tule tehdä ilmoituksia, jotka eivät liity potilasturvallisuuteen. Esimerkiksi potilaan aiheuttamalle fyysiselle tai psyykkiselle väkivallalle, työpaikkahäirinnälle ja epäasialliselle käyttäytymiselle on olemassa omat menettelynsä.

Käsittely

Vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän kautta kerätyn tiedon säännöllinen analysointi ja käsittely ovat toiminnan jatkuvan kehittämisen perusta. Raportointimenettelyn kriittisin osa on toimiva palaute- ja käsittelyjärjestelmä. Etenkin vakavista ja/tai harvinaisista haittatapahtumista on tärkeää jakaa tietoa myös yli organisaatorajojen. Vakavien vaara- ja haittatapahtumien analyysissa selvitetään haittatapahtumaan johtaneet yksilölliset syyt. Analyysissa tulee systemaattisesti tarkastella järjestelmän rakenteita, prosesseja ja niihin liittyviä vaaratekijöitä sekä niiden varalle luotuja varmistuksia ja suojauksia tai niissä olleita puutteita.

Toimintayksiköissä ja organisaatiotasolla vaara- ja haittatapahtumista kerättyä tietoa tulee hyödyntää systemaattisesti. Kunkin yksikön esimiehen tehtävänä on organisoida säännölliset yksikön sisäiset menettelytavat vaara- ja haittatapahtumien rakentavan käsittelyn perustaksi. Koko henkilöstön tulee saada säännöllisesti tietoa ilmoitetuista vaaratapahtumista: Ilmoituksia käsitellään yhdessä avoimesti, anonymisti ja rakentavasti. Tärkeintä ei ole etsiä syyllistä vaan löytää vastaus kysymyksiin ”miksi näin tapahtui” ja ”miten vastaava tapahtuma tulevaisuudessa voidaan estää”. Tarpeellisia kehittämistoimia tulee tarkastella moniammatillisesta näkökulmasta. Vastuualueet kehittämistoimien täytäntöönpanosta ja tarpeellisten toiminnan muutosten vakiinnuttamisesta sekä seurannasta tulee määritellä organisaatiossa selkeästi. Kunkin yksikön esimiehen tehtävänä on organisoida säännölliset yksikön sisäiset menettelytavat vaara- ja haittatapahtumien rakentavan käsittelyn perustaksi. Yksiköiden esimiesten vastuulla ovat myös tarvittavat tarkemmat ilmoitusten analyysit sekä tehokas viestintä koko työyksikössä.

Kehittämistoimenpiteet raportoitujen vaara- ja haittatapahtumien pohjalta tulee suunnitella, toteuttaa ja arvioida organisaatiossa sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Vakaviin potilasturvallisuusriskeihin ja laadun poikkeamiin tulee reagoida välittömästi. Käytännöt organisaation kehittämistoimenpiteille ja vaara- ja haittatapahtumien käsittelylle tulee sopia kirjallisesti ja menettelytavoista tiedottaa selkeästi koko henkilökuntaa. Riittävät voimavarat raportointijärjestelmien käyttöönottoon, ilmoitusten käsittelyyn ja toiminnan kehittämiseen ilmoitusten pohjalta tulee taata. Ensihoidon ja päivystyksen toimintayksiköissä riittävien resurssien takaaminen potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan systemaattisen kehittämistyön pohjaksi on välttämätöntä operatiivisen työn luonteen huomioon ottaen. Organisaation jatkuvan kehittymisen ja toiminnan systemaattisen arvioinnin toteuttaminen edellyttää henkilöstömäärän ja työajan jatkuvaa uudelleen arviointia sekä erityisesti potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan nimettyjä vastuuhenkilöitä ja toimia.

Autenttiset vaara- ja haittatapahtumista tehdyt ilmoitukset eivät ole julkisia. Autenttisista ilmoituksista voi olla mahdollista tunnistaa potilas etenkin, jos potilaan tapausta on muista syistä käsitelty mediassa (esimerkiksi liikenneonnettomuus tai julkisuuden henkilön sairaustapaus). Tällaisessa tilanteessa terveydenhuollon salassapitovelvollisuus olisi uhattuna. Sen sijaan vaara- ja haittatapahtumista laaditut tilastot ovat julkisia ja samoin esimerkiksi voidaan editoituja yleiselle tasolle vietyjä tapauksia julkaista esimerkiksi vuosiraportissa.

7 LAATU- JA POTILASTURVALLISUUS- SUUNNITELMIEN TÄYTÄNTÖÖNPANO (DO-TOTEUTA)

Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmien täytäntöönpanoon osallistuvat ovat usein eri henkilöitä kuin ohjelman suunnittelijat. Ennen täytäntöönpanon aloitusta tulee varmistua siitä, että suunnitelma on valmis käyttöön otettavaksi. Täytäntöönpano on resursoitava asianmukaisesti kohdentamalla voimavaroja niin koulutukseen, raportointijärjestelmien käyttöönottoon kuin johtamiseenkin. Täytäntöönpano on oma projektinsa ja projektisuunnitelman laatiminen aikatauluineen on suositeltavaa. Johdon tulee seurata toimeenpanon etenemistä ja varmistaa, että toimeenpano saatetaan suunnitellusti päätökseen. Vaikka ensisijainen vastuu toimeenpanon onnistumisesta on johdolla, on toimeenpanon toteuttaminen myös jokaisen työntekijän asia. Raportointijärjestelmien (esimerkiksi HaiPro) käyttöönottoon on varattava riittävästi aikaa etenkin silloin, kuin järjestelmät ulotetaan sopimuspalveluntuotantoon.

Laadunhallinta tulisi olla osa organisaation johtamisstrategiaa ja sen toteuttaminen käytännössä tulisi näkyä osana arjen jokapäiväistä johtamiskulttuuria. Potilasturvallisuus on osa laadunhallintajärjestelmää ja sen tulisi sisältyä kunkin organisaation toimintaa ohjaavaan visioon. Potilasturvallisuus ja laadunhallinta tulisi sisällyttää myös osaksi toiminnan konkreettisia tavoitteita ja päämääriä, jotka nousevat toimintaa ohjaavasta visiosta.

Koko henkilöstön sitouttaminen laatua ja potilasturvallisuutta tukeviin toimintakäytäntöihin vaatii riittäviä resursseja ja vastuunottamista yksilötasolla. Laadunhallintaan ja toiminnan kokonaisvaltaiseen kehittämiseen tulisikin varata riittävästi resursseja organisaation kaikilla tasoilla. Käytännössä nämä voimavarat tarkoittavat mm. toiminnan kehittämiseen, arviointiin ja koulutukseen suunnattua riittävästi työaikaa ja henkilöstöresursseja niin organisaation johdon, lähiesimiesten kuin operatiivisen henkilöstönkin osalta.

Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpano tarkoittaa käytännössä tieteellisen näkökulman ja operatiivisen arjen työn yhdistämistä. Suunnittelusta toteuttamisvaiheeseen siirtyminen edellyttää koko henkilöstön ymmärrystä toiminnan kehittämisen merkityksestä. Laatu- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpano lähtee ensisijaisesti johdon sitoutumisesta toiminnan jatkuvaan kehittämiseen ja laatutyöhön. Laadukkaan ja potilasturvallisen toiminnan toteuttaminen käytännössä edellyttää koko henkilöstön osallistumista ja sitoutumista toiminnan jatkuvaan kehittämiseen.

Laatutyön ja potilasturvallisuuteen tähtäävien periaatteiden tulisi näkyä käytännön työssä toiminnan kaikilla tasoilla.

Kaikille organisaatiotasolle tulisi antaa koulutusta näyttöön perustuvan toiminnan periaatteista, itsensä johtamisen perusteista sekä etenkin systemaattisen itse arvioinnin merkityksestä kaiken kehittymisen perustana. Määräajoin toteutettavat itsearviointiprosessit (kts. luku 6.) ovat merkittävä osa henkilöstön sitouttamista ja organisaation oppimista laadunhallintaan ja potilasturvallisuuteen. Ensihoidon ja päivystyksen yksiköissä näyttöön perustuva toiminta tulisi sisällyttää osaksi henkilöstön perehdytystä ja olla automaattinen osa avointa ja rakentavaa johtamiskulttuuria.

Laadun ja potilasturvallisuuden täytäntöönpano on päättymätön prosessi, joka muodostuu projektinomaisista vaiheista. Projektit tulisi käynnistää näyttöön perustuvan toiminnan ja arvioinnin tulosten pohjalta. Täytäntöönpanon kannalta keskeistä on nostaa esiin organisaation kriittiset kehityskohdeet ja laatupoikkeamat. Toisaalta kehitystyön ja toteutuksen kannalta yhtä merkittävää on organisaation vahvuuksien ja hyvien käytäntöjen jakaminen ja hyödyntäminen toiminnan kehityshankkeissa. Kukin yksittäinen projekti tai sen vaihe vaatii toteutuakseen selkeästi nimetyt vastuuhenkilöt sekä toteuttamiseen vaaditun kohtuullisen työajan irrotettuna projektityöhön. Jokainen laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvä hanke tai projekti on osa organisaation jatkuvaa itseoppimisprosessia. Laatu ja potilasturvallisuutta lisäävät koko organisaation osalta selkeä vastuiden määrittely, kehittymistä ja innovaatioita tukeva ilmapiiri sekä avoimen johtamisen käytännöt. Raportointijärjestelmiä (esim. HaiPro, potilastieto- ja hoidonseurantajärjestelmät) tulisi hyödyntää systemaattisesti kehityshankkeiden priorisoinnin perustana.

8 LAADUN JA POTILASTURVALLISUUDEN TOTEUMAN SEURANTA JA ARVIOINTI (CHECK-TARKASTA)

Laatua ja potilasturvallisuutta voidaan seurata tässä luvussa esitetyillä mittareilla (rakenne, prosessit, lopputulos ja riskienhallinta) ja organisaation itsearvioinnilla (esimerkki arviointikohteista liite 11.4.) tai laajemmin toiminnan ulkoisella auditoinnilla. Prosessien toimivuuden tarkasteluun voidaan käyttää prosessiauditointia (esimerkkinä ensihoidon prosessiauditointiliite 11.1.). Numeeristen mittareiden lisäksi tarvitaan kokeneen ammattihenkilön suorittamaa päivittäisen toiminnan seuranta ja havainnointia. Seurannassa ja arvioinnissa korostuu organisaation omavalvonta.

Tässä suosituksessa esitetyt mittarit on valittu kansainvälisen ja suomalaisen kirjallisuuden perusteella tai ne perustuvat vakiintuneeseen toiminnan arviointikäytäntöön (kuten sairauspoissaolot, työtyytyväisyys) tai asiantuntijakäsitykseen mittarin tarpeesta ja luonteesta. Mittarit on jaettu ydinmittareihin (korostettu luettelossa) ja täydentäviin mittareihin. Täydentävät mittarit on tarkoitettu laatu- ja potilasturvallisuustyössä pidemmälle edenneille organisaatioille, joiden käytössä sellaisia tietojärjestelmiä, joiden avulla mittareiden selvittäminen on mahdollista. Mahdolliset virhelähteet mittarien käytössä ja tulkinnassa tulee huomioida ja kirjoittaa auki mahdollisiin organisaatiokohtaisiin laatu- ja potilasturvallisuusraportteihin. Merkittävin virhelähde ensihoidossa syntyy tilanteissa, joissa mittarin edellyttämä perustieto ei kattavasti tai muutoin luotettavasti rekisteröidy ensihoidon ja päivystyksen tietojärjestelmiin ja potilaskertomuksiin. Tietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että ne palvelevat hyvin myös laadun ja potilasturvallisuuden arviointia.

Ensihoidon ja päivystyksen mittarit on esitetty erikseen luvuissa 8.1. ja 8.2., jolloin ne ovat helpoimmin kunkin toimintayksikön hyödynnettävissä.

8.1 LAADUN JA POTILASTURVALLISUUDEN MITTAREITA ENSIHOIDOSSA

8.1.1 Rakennemittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Yleiset	<ul style="list-style-type: none"> Kirjallisen laadunhallintasuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) Palvelutasopäätös, jossa määritetty lain ja asetuksen veloitamat kohdat (kyllä/ei) Yksityiset toimijat: Lupa yksityisestä terveydenhuollosta ja oma-valvontasuunnitelma (kyllä/ei) Kirjallisen toimintasuunnitelman (vuosisuunnitelma) olemassaolo (kyllä/ei) Lääkehoitosuunnitelma (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> Eri keskusten vertaisarvioinnin käyttö (kyllä/ei)
Ensihoitojärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> Ensisivusteyksiköiden käyttö tarvittaessa (kyllä/ei) Johdatusjärjestelmä määritetty (kyllä/ei) Palveluntuottajan kyky selviytyä sopimuksen mukaisista tehtävistä (suhde hoidetut tehtävät vs. muille palveluntuottajille kapasiteettivajeen vuoksi siirretyt tehtävät) Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo (kyllä/ei) Virve ohjeiden ja viestikaavion olemassaolo (kyllä/ei) Suuronnettomuussuunnitelman olemassaolo ja sen harjoittelu (kyllä/ei) Ohjausjärjestelmä psykososiaalisiin palveluihin (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> Palveluntuottajien sopimuksen kesto (mediaani, vaihteluväli)
Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> (Operatiivisen) Henkilöstön vaihtuvuus/v (lukumäärä ja osuus henkilöstöstä) Vakituisen (operatiivinen) henkilöstön osuus % 	<ul style="list-style-type: none"> Vakituinen (operatiivinen) henkilöstö: - Vakituksella henkilöstöllä teetettyjen työtuntien osuus kaikista työtunneista %
Osaamisenhallinta	<ul style="list-style-type: none"> Koulutuksen vuosisuunnitelma, jossa huomioitu porrastetun ensihoitojärjestelmän eri tasot (kyllä/ei) Täydennyskoulutuksen määrä (irrotettuna operatiivisista tehtävistä) tuntia/henkilö/vuosi (erikseen perus- ja hoitotaso) Osaamisen arviointimenetelmät käytössä (kyllä/ei) (erikseen perus- ja hoitotaso) Uusien työntekijöiden* perehdytysohjelma (kyllä/ei) (*sisältäen henkilöstön, joka palaa töihin pitkän poissaolon jälkeen) 	<ul style="list-style-type: none"> Mahdollisuus yksilö/yksikökohtaiseen toimenpide-seurantaan (kyllä/ei) Vuorokoulutuksen määrä tuntia/henkilö/vuosi (erikseen perus- ja hoitotaso)

<p>Potilaiden tavoittaminen ja voimavarojen käyttö</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vasteajat <ul style="list-style-type: none"> - Lähtöaika (s) A-C tehtävissä (hälytyksestä matkalle kuluva aika) - Potilaiden tavoittamisosuudet (%): Verrataan tavoittamisaikojen toteumaa sairaanhoitopiirin palvelusopäätöksessä määritettyihin prosenttiosuuksiin hätäkeskuksen eri tehtäväkiireellisyysluokissa (A-D) ja ensihoitopalvelun eri riskialueluokissa (1-5) - Potilaiden tavoittamisajat (min) hätäkeskuksen eri tehtäväkiireellisyysluokissa (A-D) ja ensihoitopalvelun eri riskialueluokissa (1-5) Yksiköiden tehtäväsidonaisuus* % (*kuinka suuren osan kokonaisvalmiusajasta muodostaa hälytystehtäviin käytetty aika (lasketaan hälytyksestä siihen hetkeen kun yksikkö on palannut asemapaikalleen tai saanut uuden hälytyksen) 	<ul style="list-style-type: none"> X-0 ajan osuus kokonaisvalmiusajasta (kaikki yksiköt yhteensä) %
8.1.2 Prosessimittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
<p>Välineet ja kalusto</p>	<ul style="list-style-type: none"> Keskeiset avainprosessit tunnistettu, määritetty ja kuvattu (kyllä/ei) <ul style="list-style-type: none"> - Kahdeksan keskeistä prosessia: sydänpysähdys, hengitysvaikeus, rintakipu, aivohalvaus, hypoglykemia, myrkytys, kouristelu ja korkeaenerginen vamma. (Prosessien mittarit liitteessä 11.1.) Avainprosessien tuloksia seurataan ja prosesseja kehitetään systemaattisesti (kyllä/ei) Avainprosessien auditointien tulokset käytettävissä (malli prosessiauditoinnista liite 11.1.) Ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 h kuluessa X-koodauksesta (% kaikista X-koodatuista) 	<ul style="list-style-type: none"> Ajoneuvojen, varusteiden ja laitteiden yhtenäisyys (palveluntuottaja- tai järjestämisaluekohtaisesti) Muut alueellisesti merkittävät prosessit määritetty ja kuvattu (kyllä/ei) Kipulääkityksen anto, kun kipu vähintään 7 kipumittareilla (esim. VAS-asteikolla (0-10, iältään 13 v tai yli) Asianmukainen X-koodi päätös % Hoitopaikan oikea valinta % (verrattuna hoitoonohjausohjeistoon)

8.1.3 Lopputulospittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Kuolleisuus	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus <ul style="list-style-type: none"> - Kaikki - Kaikki poislukien tavattaessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat (kuten terminaalipotilaat) - Kuolleisuus, kun elvytystä yritetty 	<ul style="list-style-type: none"> Selviytyminen/eloonjääminen sairaalasta (sydänpysähdys): <ul style="list-style-type: none"> - Kokonaisselviytyvyys, maallikon havaitsemien kammiovärinäpotilaiden selviytyvyys ja ensihoitohenkilöstön paikalla ollessa elottomaksi menneiden potilaiden selviytyvyys - Neurologinen/toiminnallinen selviytyminen (CPC, cerebralperformancecategory) Kivun lievittyminen (pahentuminen tai pysyminen ennallaan) kipumittarilla (esim. VAS-mittarilla, iältään 13 v tai yli)
Kustannukset (erikseen ensihoitopalvelun hinnat, jos toimintaan kuuluu myös hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja)	<ul style="list-style-type: none"> Ensihoitopalvelun kokonaiskustannukset*/alueen asukas (eur) Kokonaiskustannukset*/hälytys (eur) ja kokonaiskustannukset/tavattu potilas (eur) <ul style="list-style-type: none"> * Kokonaiskustannus = sairaanhoitopiirin + KELAn (tai vakuutusyhtiöiden) + potilaan osuus 	Kokonaiskustannukset*/ ensihoitoyksikön valmiustunti (poislukien ensivasteyksiköt) (eur)
Potilastyytyväisyys	<ul style="list-style-type: none"> Potilastyytyväisyyttä mitataan säännöllisesti (kyllä/ei) <ul style="list-style-type: none"> - Keskiarvo (asteikolla 1-5) - Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus % 	
Sidosryhmätyytyväisyys		<ul style="list-style-type: none"> Sidosryhmätyytyväisyys (päivystykset, yhteistoimintaviranomaiset) <ul style="list-style-type: none"> - Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus % Riippumattomilta tahoilta saadut tunnustukset

8.1.4 Riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Muistutukset, valitukset ja kantelut	<ul style="list-style-type: none"> Valitusten ja muistutusten määrä/1000 hälytystä/v Valvontaviranomaisille (aluehallintovirasto, Valvira ja eduskunnanoikeusasiamies) tehtyjen kanteluiden määrä/1000 hälytystä/v 	Valitusten ja muistutusten käsittelyaika (vrk)
Muut	<ul style="list-style-type: none"> Työturvallisuussuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) Työtapaturmien määrä (ei verialtistuksia, jos ne on raportoitu täydentävissä mittareissa) Sairauspoissaolokerrat /henkilötyövuosi Kaikkien iikennevahinkojen yhteismäärä/v 	<ul style="list-style-type: none"> Henkilöstön työtyytyväisyysmittausten tulokset Verialtistustilanteiden määrä/1000 hälytystä/v Ohjeet infektiosuojauksesta (suojaisten asianmukainen käyttö, ambulanssin desinfektio, potilaiden sijoittaminen) (kyllä/ei) Henkilökunnan rokotusohjelma (kyllä/ei) Käsihuuhteen kulutus Ympäristöohjelman olemassaolo (kyllä/ei)
8.1.5 Potilasturvallisuusmittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
	<ul style="list-style-type: none"> Potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) Potilasturvallisuusvastaavan olemassaolo (kyllä/ei) Organisaation sisäisten potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitusten (esim. Haipro) määrä/v (= potilasturvallisuuskulttuurin kehitysmittari) Systemaattinen haittapahtumien käsittely henkilöstön kanssa (kyllä/ei) Systemaattinen raportointitapa potilaan jatkohoitoon luovutuksessa (kyllä/ei) (esimerkki liitteessä I I.3.) 	<ul style="list-style-type: none"> Potilasvahinkoilmoitusten määrä/1000 hälytystä/v Korvattujen potilasvahinkojen määrä/1000 hälytystä/v Potilasturvallisuuskoulutuksen määrä (t) ja kattavuus (% henkilöstöstä) Lääkkeiden haittavaikutusilmoitusten määrä/v (Fimea) Terveydenhuollon laitteiden vaaratilanneilmoitusten määrä/v (Valvira) Ruokatorvi-intubaatioiden määrä/v (havaitsemattomat tai viiveellä havaitut) X-0 tilanteiden määrä/v ja kesto (t) <ul style="list-style-type: none"> - Matkalla kohteeseen ja potilaan kuljetuksen aikana Liikennevahingot/v <ul style="list-style-type: none"> - Liikenneonnettomuus matkalla kohteeseen - Liikenneonnettomuus potilaan kuljetuksen aikana, ei henkilövahinkoa - Liikenneonnettomuus potilaan kuljetuksen aikana, henkilövahinko (ei kuolema) - Liikenneonnettomuus potilaan kuljetuksen aikana, henkilövahinko (kuolema) Potilasturvallisuuskulttuurikysely (esim. TUKU- tai HSOPSC mittarilla) (kyllä/ei)

8.2 LAADUN JA POTILASTURVALLISUUDEN MITTAREITA PÄIVYSTYKSESSÄ

8.2.1 Rakennemittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Yleiset	<ul style="list-style-type: none"> Kirjallisen laadunhallintasuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) Kirjallisen toimintasuunnitelman (vuosisuunnitelma) olemassaolo (kyllä/ei) Lääkehoitosuunnitelma (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> Eri keskusten vertaisarvioinnin käyttö (kyllä/ei)
Päivystysjärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> Johtamisjärjestelmä määritetty sekä virka- että päivystysajalle (kyllä/ei) Kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden olemassaolo (kyllä/ei) Hoitoprotokollat keskeisimmille potilasryhmille systemaattisessa käytössä (kyllä/ei) Suuronnettomuussuunnitelman olemassaolo ja sen harjoittelu (kyllä/ei) Monipotilasohjeen olemassaolo (kyllä/ei) Päivystyksessä on käytössä joko näyttöön perustuva tai paikallisesti kehitetty ja systemaattisesti käytettävä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointimalli (kyllä/ei) Päivystyksessä on käytössä menetelmät psykiatristen potilaiden hoidontarpeen ja kiireellisyyden arviointiin (kyllä/ei) Alueellisesti on sovittu ympärivuorokautinen laillistetun hammaslääkärin palveluiden saatavuus (kyllä/ei) Päivystysajalle on luotu kattava, osaava puhelinneuvonta (kyllä/ei) Päivystyksessä on käytössä ruuhkanpurkujärjestelmä (kyllä/ei) Kotiutuksen tarkistuslistat (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> Käytössä on traumatiimitoiminnan mallin täytävä toimintatapa hoitaa vakavasti vammautuneita potilaita moniammatillisesti (kyllä/ei)
Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> (Operatiivisen) Henkilöstön vaihtuvuus/v (lukumäärä ja osuus henkilöstöstä) Vakituisen (operatiivinen) henkilöstön osuus % 	
Osaamisenhallintajärjestelmä	<ul style="list-style-type: none"> Koulutuksen vuosisuunnitelma kaikille ammattiryhmille (kyllä/ei) Täydennyskoulutuksen määrä ammattiryhmittäin tuntia/henkilö/vuosi Osaamisen arviointimenetelmät käytössä (kyllä/ei) Hoidontarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin tekevät tehtävänsä koulutuksen saaneet triagehoitajat tai – lääkärit (kyllä/ei) Uusien työntekijöiden* perehdytysohjelma (kyllä/ei) (*sisältäen henkilöstön, joka palaa töihin pitkän poissaolon jälkeen) 	

Laboratorio- tutkimusten saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> Laboratoriopalvelut 24/7 Vierianalytiikka hätätilapotilaiden hoidossa 24/7 (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> Vierianalytiikka nopean linjan potilaiden hoidossa prosessin nopeuttajana (24/7) (kyllä/ei)
Kuvantamispalvelut	<ul style="list-style-type: none"> Natiivikuvausmahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) UÄ-tutkimusmahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) CT-tutkimusmahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) Radiologin konsultaatiomahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) 	<ul style="list-style-type: none"> MRI-tutkimusmahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) Mahdollisuus toimenpidediologiaan 24/7 (kyllä/ei)
Toimenpiteiden saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> Mahdollisuus välttömään aivoinfarktin liuotushoittoon (kyllä/ei) Mahdollisuus välttömään sepelvaltimotoimenpiteeseen (kyllä/ei) Päivystysleikkausmahdollisuus 24/7 (kyllä/ei) 	
Tehostettu valvonta/ tehohoito	<ul style="list-style-type: none"> Päivystyksestä on välitön mahdollisuus saada potilas tehostetun valvonnan ja tehohoidon piiriin (kyllä/ei) 	
8.2.2 Prosessimittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Yleiset	<ul style="list-style-type: none"> Avainprosessien tuloksia seurataan ja prosesseja kehitetään systemaattisesti (kyllä/ei) 	
Saapuminen		<ul style="list-style-type: none"> Ambulanssipotilaan luovutus aika (min)
Triage	<ul style="list-style-type: none"> Aika triagen tekoon - Hätätilapotilaat ≤ 1 min - Muut ≤ 10 minuuttia (osuus % – tavoite 100%) 	
Odotusaika lääkärin vastaanotolle	<ul style="list-style-type: none"> Hätätilapotilaat ≤ 1 min Muut: ≤ 1 h (osuus % - tavoite 80 %) ≤ 2 h (osuus % - tavoite 100 %) 	
Kokonaishoitoaika	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 4 h (prosentuaalinen osuus) Yli 6 h osuus - Syyt evaluoitava systemaattisesti ja etsittävä ratkaisuja hoitoaikojen lyhentämiseksi 	
Päivystykseen palaavat potilaat	<ul style="list-style-type: none"> Päivystykseen takaisin tulevien osuus 48 h sisällä Palaavien osuus niistä potilaista, jotka on alun perin ohjattu triagesta toiseen terveydenhuoltopisteeseen Kesken hoitoa poistuneet potilaat Kesken hoitoa poistuneiden potilaiden osuus ≤ 5 % (kyllä/ei) tai vaihtoehtoisesti osuus % 	<ul style="list-style-type: none"> Päivystykseen takaisin tulevien osuus 24 h ja 72 h sisällä
Jatkohoitojärjestelyt		<ul style="list-style-type: none"> Jatkohoitopaikan tarpeesta ≤ 1 h oman sairaalan osastolle (osuus %), ≤ 2 h muuhun jatkohoitopaikkaan (osuus %)

8.2.3 Näyttöön perustuvat tutkimus- ja hoitokäytännöt	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Rintakipupotilaan EKG	<ul style="list-style-type: none"> Rintakipupotilaan EKG otettu ≤ 10 minuutissa (osuus %) 	<ul style="list-style-type: none"> EKG:n ottaminen synkopen vuoksi yli 60-vuotiailla Kuinka suurelta osalta synkopepotilaista on otettu EKG päivystyskäynnin yhteydessä
Kivun mittaaminen ja hoito	<ul style="list-style-type: none"> Käytössä menetelmä (esim. VAS-mittari, 0-10 iältään 13 v tai yli) kivun asteen arvioimiseksi (kyllä/ei) Kipua hoidettu tai hoidon tarve arvioitu, kun kivun aste (esim. VAS-mittarilla, iältään 13 v tai yli) ≥ 7 (osuus %) 	
Liuotushoidon antaminen aivoinfarktipotilaalle	<ul style="list-style-type: none"> CT-tutkimus tehty ≤ 30 minuutissa saapumisesta (osuus %) Hoitotulokset kolmen kuukauden kohdalla <ul style="list-style-type: none"> - oireeton - ei merkittäviä oireita - haitta lievä/kohtalainen/vaikea - kuollut 	<ul style="list-style-type: none"> Hoidon saaneiden osuus hoidon piiriin soveltuvien potilaiden joukossa
Välitön pallolaajennus tai liuotushoito ST-noususydäninfarktissa	<ul style="list-style-type: none"> PCI-toimenpide tehty ≤ 90 minuutissa saapumisesta (osuus %) PCI-toimenpide tehty ≤ 120 minuutissa hälytyksestä (osuus %) Liuotushoito ≤ 30 minuutissa sairaalaan saapumisesta (osuus %) 	
Keuhkohtaumatauti		<ul style="list-style-type: none"> Kortikosterodia annettu tai määrätty tai tarve arvioitu akuutin keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheessa (osuus %) Antibioottia annettu tai määrätty tai tarve arvioitu akuutin keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheessa (osuus %)
Bakteerimeningiitti		<ul style="list-style-type: none"> Aika antibiootin aloitukseen bakteerimeningiittipotilaalla
Vaikea sepsis tai septinen shokki		<ul style="list-style-type: none"> Sepsiksen/septisen sokin yhteydessä on seurattu laktaattia (osuus %). Vaikeaan sepsikseen/septiseen sokkiin annettu laajakirjoista antibioottia ≤ 4 h päivystykseen saapumisesta (osuus %).
Eteisvärinän emboliariskin arviointi	<ul style="list-style-type: none"> Eteisvärinäpotilaat, joiden emboliariski ja siihen liittyvä anticoagulaatiohoidon tarve on arvioitu päivystyskäynnin aikana ja jotka eivät ennestään käytä vastaavaa lääkitystä (osuus %) 	

8.2.4 Lopputulospittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Kuolleisuus	<ul style="list-style-type: none"> Päivystyksessä kuolleet (osuus %) Päivystyspotilaiden kuolleisuus 48 h kuluessa (osuus %) 	
Kustannukset	<ul style="list-style-type: none"> Päivystyksen kokonaiskustannukset/alueen asukas (eur) Keskimääräinen päivystyskäynnin hinta (eur) 	
Potilastyytyväisyys	<ul style="list-style-type: none"> Potilastyytyväisyyttä mitataan säännöllisesti (kyllä/ei) <ul style="list-style-type: none"> - Keskiarvo (asteikolla 1-5) - Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus % 	
Virhediagnoosit ja –arviot		<ul style="list-style-type: none"> Havaitsematta jääneet (osuus %) <ul style="list-style-type: none"> -sydäninfarktit - appendisiitit - ektooppiset raskaudet - subaraknoidaalivuodot Leikkauksessa havaittu appendisiittipotilaan peritoniitti (osuus %)
Sidosryhmytytyyväisyys		<ul style="list-style-type: none"> Asteikolla 1-5 arvosanan 4 ja 5 sekä 1 ja 2 antaneiden osuus %
8.2.5 Riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
Muistutukset, valitukset ja kantelut	<ul style="list-style-type: none"> Valitusten ja muistutusten määrä/1000 potilasta/v Valvontaviranomaisille (aluehallintovirasto, Valvira ja eduskunnan oikeusasiamies) tehtyjen kanteluiden määrä/1000 potilasta/v 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaiden tai omaisten tekemien muistutusten käsittelyaika (vrk)
Muut	<ul style="list-style-type: none"> Työturvallisuussuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) Työtapaturmien määrä (ei verialtistuksia, jos ne on raportoitu täydentävissä mittareissa) Sairauspoissaolokerrat/henkilötyövuosi 	<ul style="list-style-type: none"> Henkilöstön työttytyväisyysmittausten tulokset Veri-altistustilanteiden määrä/1000 päivystyskäyntiä/v Ohjeet infektiosuojauksesta (suojainten käyttö, siivous ja desinfektio, monikäyttöisten tutkimus- ja hoitolaitteiden desinfektio, potilaiden sijoittaminen) (kyllä/ei) Henkilökunnan rokotusohjelma (kyllä/ei) Käsihuuhteen kulutus Ympäristöohjelman olemassaolo (kyllä/ei)

8.2.6 Potilasturvallisuusmittarit	Ydinmittarit	Täydentävät mittarit
	<ul style="list-style-type: none"> • Potilasturvallisuussuunnitelman olemassaolo (kyllä/ei) • Potilasturvallisuusvastaavan olemassaolo (kyllä/ei) • Organisaation sisäisten potilasturvallisuuden vaaratilanneilmoitusten (esim. Haipro) määrä/v (= potilasturvallisuuskulttuurin kehitysmittari) • Systemaattinen haittatapahtumien käsittely henkilöstön kanssa (kyllä/ei) • Systemaattinen raportointitapa potilaan vastaanottamisessa ensihoitopalvelusta (kyllä/ei) (esimerkki liitteessä 11.3. esimerkki) 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilasvahinkoilmoitusten määrä/ 1000 potilasta/v • Korvattujen potilasvahinkojen määrä/1000 potilasta/v • Potilasturvallisuuskoulutuksen määrä(t) ja kattavuus (% henkilöstöstä) • Lääkkeiden haittavaikutusilmoitusten määrä/v (Fimea) • Terveystieteiden laitteen vaaratilanneilmoitus määrä/v (Valvira) • Potilasturvallisuuskulttuurikysely (esim. TUKU- tai HSOPSC mittarilla) (kyllä/ei)

8.3 AUDITOINTI

Itsearviointi. Päivystyksen ja ensihoidon laatua ja potilasturvallisuutta voidaan organisaatiossa arvioida vuosittain itsearviointimenetelmällä. Liitelomakkeessa (liite 11.4.) on kuvattu esimerkkejä ensihoidon ja päivystyksen itsearviointikohteista. Henkilöstö ja esimiehet arvioivat toimintaa lomakkeen kriteerien vaatimusten mukaisesti. Jos toiminta ei vastaa kriteerien vaatimustasoa, kirjataan poikkeama kehittämissuosituksiksi. Kehittämissuosittukset kootaan listaksi, priorisoidaan korjaavat toimenpiteet, vastuutetaan ja aikataulutetaan korjaamislista. Potilaaseen ja henkilöstöön kohdistuvat laatu- ja turvallisuuspuutteet korjataan välittömästi.

Säännöllinen sisäinen auditointi voidaan tehdä mm. sovittujen toimintojen tai prosessien ristiinauditointina, joilloin auditioijilta edellytetään toimintaympäristön ja auditointiperiaatteiden tuntemusta.

Ulkoinen auditointi. Päivystyksen ja ensihoidon laatua ja potilasturvallisuutta voidaan arvioida ulkoisella auditoinnilla käyttäen sertifioitavaa laadunhallintakriteeristöä ja menetelmää koko organisaation laatuauditoinnin yhteydessä. Auditioijina toimivat pätevät terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on koulutus ko. laatuajärjestelmän auditioijaksi. Ulkoinen auditointi voidaan toteuttaa ilman sertifiointia. Ulkoisen auditoinnin esille tuomista laatu- ja turvallisuuspuutteista tehdään kehittämiskohdelista mikä priorisoidaan, vastuutetaan ja aikataulutetaan. Potilaaseen ja henkilöstöön kohdistuvat laatu- ja potilasturvallisuuspuutteet korjataan välittömästi.

Prosessiauditointi. Päivystyksen ja ensihoidon laadun prosessiauditointi voidaan toteuttaa osana koko organisaation ulkoista laatuauditointia/ sertifikaattiauditointia, jolloin tarkastellaan prosessien lisäksi organisaation rakenteellisia edellytyksiä toteuttaa laadukas hoito. Organisaatio voi myös itse auditoida prosessejaan sovittujen mittareiden (liite 11.1. esimerkki ensihoidon prosessiauditoinnista) ja tavoitetasojen toteutuman näkökulmasta ilman, että koko organisaatiota auditoidaisiin. Prosessiauditointiin kuuluu myös prosessin sujuvuuden tarkastelu potilaan kulun mukaisesti. Prosessiauditoinnin laatupuutteista tehdään kehittämiskohdelista mikä priorisoidaan, vastuutetaan ja aikataulutetaan. Potilaaseen kohdistuvat laatu- ja potilasturvallisuuspuutteet korjataan välittömästi.

9 LAATUA JA POTILASTURVALLISUUTTA KORJAAVAT TOIMENPITEET (ACT- KORJAA)

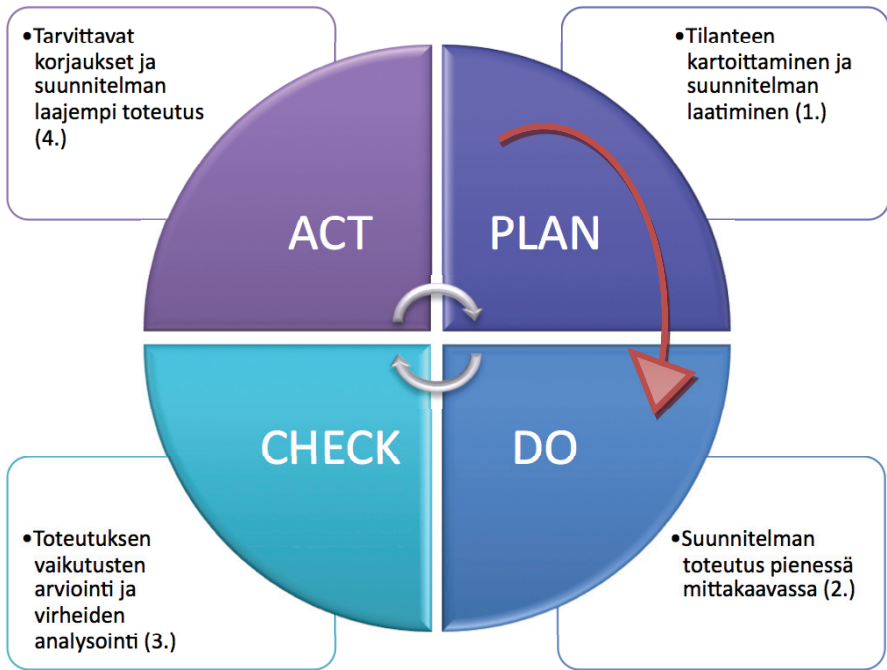
- JA SUUNNITELMIEN/OHJEIDEN/MENETELMIEN PÄIVITTÄMINEN

Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma kuvaa organisaation laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisen kokonaisuuden eri vaiheita. Suunnitelma päivitetään sovituin määräajoin vastuuhenkilöiden toimesta.

Laadun ja potilasturvallisuuden johtamisen keskeinen periaate on toiminnan jatkuva systemaattinen kehittäminen ja parantaminen. Tätä korostaa mm. asetus laadun hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Kehittäminen perustuu omavalvontaan, itsearviointiin, sisäiseen tai ulkoiseen auditointiin pohjautuvaan aineistoon ja organisaation määritellyillä mittareilla saatuun arviointiaineistoon. Kehittäminen tapahtuu hyödyntämällä laadun kehittämisen PDCA-ympyrää (kuva 1.). Korjaustarvetta priorisoitaessa käytetään sekä laadun että potilasturvallisuuden riskiluokittelua. Ajallisesti laadun ja potilasturvallisuuden eri vaiheet sijoitetaan organisaation/yksikön vuosikelloon. Kehittämiskohteista tehdään kehittämissuunnitelma, johon sisällytetään kehittämistavoitteet, vastuuhenkilöt ja aikataulut. Vastaavasti vuosikertomukseen (jos sellainen organisaatiossa laaditaan) sisällytetään aikaansaadut tulokset.

Organisaatiossa mahdollisesti käytössä oleva laadunhallintajärjestelmä edellyttää järjestelmän mukaista aikataulua ja menetelmiä. Laadun ja potilasturvallisuuden arviointi ja korjaavat toimenpiteet tulisi tapahtua vähintään kerran vuodessa talousarviotyön yhteyteen liitettynä. Potilaalle/asiakkaalle ja henkilöstölle vahingolliset tapahtumat/ menetelmät ja laitteet tulee korjata välittömästi. Organisaatiossa määritellään vastuutahot laatudokumenteissa sekä korjaaville toimenpiteille että suunnitelmien/ohjeiden ja menetelmien päivittämiselle.

Kuva 1. PDCA-ympyrä



C. KIRJALLISUUS JA LIITTEET

10 KIRJALLISUUS

Keskeinen kirjallisuus

1. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim, 1. painos 2013.
2. Bigham, B. L., Morrison, L. J., Maher, J., Brooks, S. C., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Atack, L. & Shojania, K. (2010) Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Canadian Patient Safety Institute. www.patient-safetyinstitute.ca.
3. Emergency Medical Services Performance Measures. Recommended Attributes and Indicators for System and Service Performance. U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration 2009. www.nhtsa.gov.
4. EMS System Performance Measurement. Operations Manual. International association of fire fighters and international association of fire chiefs 2003. <http://www.iaff.org/tech/PDF/EMSSystemPerformanceMeasurement.pdf>
5. Graff, L., Stevens, C., Spaite, D. & Foody, J. (2002) Measuring and improving quality in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 9(11), 1091-1107.
6. Lillrank, P. (2003) Laatuajattelu: Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsinki.
7. Lindsay, P., Schull, M., Bronskill, S. & Anderson, G. (2002) The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a Modified-Delphi approach. *Acad Emerg Med*, 9(11), 1131-1139.
8. Mazen, J. El Sayed (2012) Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*, Article ID 161630, 7 p.
9. Myers, J. B., Slovis, C. M., Eckstein, M., Goodloe, J. M., Isaacs, S. M., Loflin, J. R., Mechem, C. C., Richmond, N. J. & Pepe, P. E. (2008) Evidence-based performance measures for emergency medical services system: a model for expanded EMS benchmarking. *Prehosp Emerg Care*, 12 (2), 141-51.
10. Potilasturvallisuusopas. THL Opas 15, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.
11. Schull, M. J., Guttmann, A., Leaver, C. A., Vermeulen, M., Hatcher, C. M., Rowe, B. H., Zearenstein, M. & Anderson, G. M. (2011) Prioritizing performance measurements for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *CJEM*, 13 (5), 300-309.

12. Sosiaali- ja terveysministeriön opas Turvallinen lääkehoito, opas 2005:32
13. Sosiaali- ja terveysministeriön opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä 2012:4
14. Sosiaali- ja terveysministeriön opas Ensihoidon palvelutaso, ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille, 2011:11
15. Sørup, C. M., Jacobsen, P. & Forberg, J. L. (2013) Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 21, 62.
16. Terveidenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Suomen Kuntaliitto, 2011. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf
17. Terveidenhuoltolaki 2011: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Syventävä kirjallisuus

1. Baker, D. W., Stevens, C. D. & Brook, R. H. (1991) Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by the physician: causes and consequences. *JAMA*, 266(8), 1085-1090.
2. Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnel, J., Pines, J. M., Rathley, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M. & Asplin, B. R. (2009) The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*, 16(1), 1-10.
3. Bigham, B. L., Buick, J. E., Brooks, S. C., Morrison, M., Shojania, K. G. & Morrison, L. J. (2012) Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 20–35.
4. Bigham, B. L., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Maher, J., Brooks, S. C. & Morrison, L. J. (2011) Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. *CJEM*, 13(1), 13-8.
5. Caldwell, J. A., Mallis, M. M., Caldwell, J. L. Paul, M. A., Miller, J. C. & Neri, D. F. (2009) Fatigue countermeasures in aviation. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 80(1), 29-59.
6. Canadian Medical Protective Association. Communicating with your patient about harm: disclosure of adverse events. Ottawa: CMPA, 2008. www.cmpa-acpm.ca.
7. Chan, A. W., Kornder, J., Elliott, H., Brown, R. I., Dorval, J. F., Charania, J., Zhang, R., Ding, L., Lalani, A. Kuritzky, R. A. & Simkus, G. J.

- (2012) Improved Survival Associated With Pre-Hospital Triage Strategy in a Large Regional ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Program. *JACC Cardiovasc Interv*, 5(12), 1239-46.
8. Chan, T. C., Killeen, J. P., Kelly, D. & Guss, D. A. (2005) Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med*, 46(6), 491-497.
 9. Cole, M. (2011) Patient safety and healthcare-associated infection. *Br J Nurs*, 20(7), 1122, 1124-6.
 10. Considine, J. & Botti, M. (2004) Who, when and where? Identification of patients at risk of an in-hospital adverse event: Implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1), 21-31.
 11. Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2007) Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10(3), 259-267.
 12. Deilkås, E. T. (2011) Report from a national medical record review using the Global Trigger Tool. Report from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo.
 13. De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G. & Van Bogaert, P. (2013) SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, Sep 84(9), 1192-6.
 14. Docimo, A. B., Pronovost, P. J., Davis, R. O., Concordia, E. B., Gabrish, C. M., Adessa, M. S. & Bessman, E. (2000) Using the online and offline change model to improve efficiency for fast track patients in an emergency department. *Jt Comm J Qual Improve*, 26(9), 503-514.
 15. Dunsford, J. (2009) Structured communication - improving patient safety with SBAR. *Nursing for women's health*, 15(5), 384-390.
 16. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2009:3.
 17. Farrokhnia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsen, H., Asplund, K. & Göransson, K. E. (2011) Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19(42), 19-42.
 18. Fernandes, C. M., Price, A. & Christenson, J. M. (1997) Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med*, 15(3), 397-9.
 19. Flin, R. H., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008) *Safety at the sharp end: A guide to nontechnical skills*. Ashgate Publishing, Ltd.
 20. Flin, R., Burns, C., Mearns, K. Yule, S. & Robertson, E. M. (2006) Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 109-115.

21. Flink, A-L., Reiman, T. & Hiltunen, M. (2007) Heikoin lenkki? Riskienhallinnan inhimilliset tekijät. Edita Publishing Oy.
22. Full Disclosure Working Group. When things go wrong: responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospitals. Boston, Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006. <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>
23. Gallagher, T. H., Studdert, D. & Levinson, W. (2007) Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*, 356(26), 2713–19.
24. Guttman, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J. & Stukel, T. A. (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: Population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342.
25. Haynes, A. B., Weiser, T. G. Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B. & Gawande, A. A. (2009) A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*, 360(5), 491-9.
26. Helmreich, R. L. (2000) On error management: lessons from aviation. *BMJ*, 320(7237), 781-5.
27. Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011) Potilasturvallisuus. Fioca Oy.
28. Heyworth, J. (2011) Emergency medicine – quality indicators: the United Kingdom Perspective. *Acad Emerg Med*, 18(12), 1239-1241.
29. Ikkersheim, D. & van de Pas, H. (2012) Improving the quality of emergency medicine care by developing a quality requirement framework: a study from The Netherlands. *Int J Emerg Med*, 5(1), 20.
30. Jacobs, I., Nadkarni, V., Bahr, J., Berg, R. A., Billi, J. E., Bossaert, L., Cassan, P., Coovadia, A., D'este, K. & Finn, J. (2004) Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. A statement for health care professionals from a task force of the international liaison committee on resuscitation. *Resuscitation*, 63(3), 233–249.
31. Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. (2010) Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 1123–27.
32. Johnson, J. K., Horowitz, S & Miller, S. (2008) Systems-Based Practice: Improving the Safety and Quality of Patient Care by Recognizing and Improving the Systems in Which We Work, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
33. Karjalainen, T. & Karjalainen, E. 2000. Laatujohtamisoppien (TQM) soveltaminen PK-yritykseen. Hollola. Salpausselän kirjapaino Oy.
34. Kärki, T., Meriö-Hietaniemi, I., Möttönen, T., Ruutu, P., Lyytikäinen, O. (2010) Sairaalinfektioiden torjunta vaatii jatkuvaa ponnistelua. Suomen

- Lääkärilehti, 65, 3036–41.
35. Kruger, A. J., Lockey, D., Kurola, J., Di Bartolomeo, S., Castren, M., Mikkelsen, S. & Lossius, H. M. (2011) A consensus-based template for documenting and reporting in physician-staffed pre-hospital services. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 71.
 36. Kuisma, M., Määttä, T., Hakala, T., Sivula, T. & Nousila-Wiik, M. (2003) Customer satisfaction measurement in emergency medical services. *Acad Emerg Med*, 10(7), 812–815.
 37. Kuntaliiton ensihoitopalvelun sopimusmalli (2012): http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/yleiskirjeet/2012/y12802012/01_y12802012.pdf
 38. Kurtz, S. M, Silverman, J. & Draper, J. (2005) Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford, Radcliffe Publishing.
 39. Lazare, A. (2006) Apology in medical practice: an emerging clinical skill. *JAMA*, 296(11), 1401–4.
 40. Lighter, D. & Fair, D. C. (2004). *Quality management in Health Care. Principles and Methods*, second edition. USA, Jones and Bartlett Publishers, Inc.
 41. National Patient Safety Agency NPSA. Seven steps to patient safety. The full reference guide, 2004. <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/7steps>.
 42. NHS, Office of the Strategic Health Services (2009) A comparative review of international ambulance service best practice. *Emergency Services Review*.
 43. O'Meara, P. (2005) A generic performance framework for ambulance services: an Australian health services perspective. *Australasian Journal of Paramedicine*, 3(3), 4.
 44. Pasternack, A. & Kinnunen, M. (2010) Kun haitta on sattunut, on anteeksipyyntöjen aika. *Suomen Lääkärilehti*, 65(22), 2026–2030.
 45. Pasternack, A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 2006, 122(20), 2459-70.
 46. Patterson, P. D., Weaver, M. D., Frank, R. C., Warner, C. W., Martin-Gill, C., Guyette, F. X., Fairbanks, R. J., Hubble, M. W., Songer, T. J., Callaway, C. W, Kelsey, S. F. & Hostler, D. (2012) Association between poor sleep, fatigue and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 86-97.
 47. Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (toim.) *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008*. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
 48. Pesonen, H. (2007) *Laatua! Asiantuntijaorganisaation laatuopas*. Infor Oy.

49. Pham, J. C., Kirsch, T. D., Hill, P. H., De Ruggerio, K. & Hoffmann, B. (2011) Seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: A national study. *Acad Emerg Med*, 18(4), 390-397.
50. Price, R., Bendall, J. C., Patterson, J. & Middleton, P. M. (2013) What causes adverse events in prehospital care? A human-factors approach. *Emerg Med J*, 30 (7), 583-8.
51. Pronovost, P., Weast, B., Rosenstein, B., Sexton, B. J., Holzmueller, C. G., Paine, L., Davis, R. & Rubin, H. R. (2005) Implementing and validating a comprehensive unit based safety program. *J Patient Saf*, 1(1), 33-40.
52. Ranji, S. R. & Shojania, K. G. (2008) Implementing patient safety interventions in your hospital: What to try and what to avoid. *Med Clin North Am*, 92(2), 275–293.
53. Ruuhilehto, K. & Knuuttila, J. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008:16, Helsinki.
54. Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. (2011) HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollonyksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Duodecim*, 127(10), 1033–40.
55. Simpson, N., Bartley, B., Corfield, A. R. & Hearn, S. (2012) Performance measurement in British Helicopter Emergency Medical Services and Australian Air Medical Services. *Emerg Med J*, 29(3), 243-6.
56. Singer, A. J., Thode, H. C. Jr., Viccellio, P. & Pines, J. M. (2011) The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*, 18(12), 1324-1329.
57. Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M. & Haglund, B. (2009) The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*, 21(4), 285–291.
58. Spaite, D. W., Bartholomeaux, F., Guisto, J., Lindberg, E., Hull, B., Eyherabide, A., Lanyon, S., Criss, E. A., Valenzuela, T. D. & Conroy, C. (2002) Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Ann Emerg Med*, 39(2), 168-77.
59. Stock, L. M., Bradley, G. E., Lewis, R. J., Baker, D. W., Sipey, J. & Stevens, C. D. (1994) Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles County. *Ann Emerg Med*, 23(2), 294-298.
60. Takala, R. S., Pauniah, S. L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takala, A., Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K. & Ikonen, T. S. (2011) A pilot study of the implementation

- of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiol Scand*, 55(10), 1206-14.
61. The Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Patient Safety Education Framework 2005, 170-192. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>
62. Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y. Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. (2011) Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgrad Med J*, 87(1027), 340-4.
63. Vincent, C. (2007) Incident reporting and patient safety. *BMJ*, 334(7584), 5156.
64. Vincent, C. *Patient Safety*, 2nd Edition. London, Blackwell, 2010
65. Virtanen, P. & Wennberg, M. (2007) *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*, Edita.
66. Weaver, M. D., Wang, H. E., Fairbanks, R. J. & Patterson, D. (2012) The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 43-52.
67. White, A. L., Armstrong, P. A. & Thakore, S. (2010) Impact of senior clinical review on patient disposition from the emergency department. *Emerg Med J*, 27(4), 262-265.
68. WHO Patient Safety Curriculum Guide. Multi-professional edition 2011, World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

Säädökset

<http://www.stm.fi/julkaisut>

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Suomen perustuslaki (731/1999)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994)

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

Kansanterveyslaki (66/1972)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta, STVOL (733/1992)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)

Asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/1990)

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (341/2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista (340/2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä; päivystysasetus (652/2013)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (377/2011)

Potilasvahinkolaki (585/1986)

II LIITTEET

II.1 ESIMERKKI ENSIHOIDON PROSESSIAUDITOINNISTA (KTS. LUKU 8.3.)

Yleiset mittarit kaikille avainprosesseille	
<i>Esimerkki: ensihoidon laadun mittarit prosessiauditoinneissa</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden tavoittaminen palvelutasopäätöksen määräämässä ajassa • Tutkimuksen ja ensihoidon toteutuminen verrattuna hoito-ohjeeseen tai sellaisen puuttuessa annettuun täydennyskoulutukseen • Hoitopaikan valinnan toteutuminen verrattuna potilasohjausohjeeseen • X-koodien toteutuminen (ovatko turvallisia ja toisaalta, onko tehty silloin kun tulisi tehdä) • Asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot (selvittäminen edellyttää raken-teista potilaskertomusta ja siihen liittyvää raportointiohjelmistoa)
Prosessikohtaiset mittarit	
Aivohalvaus	<ul style="list-style-type: none"> • Ensihoitopalvelun kyky määrittää liuotushoitoharkintaa edellyttävät poti-laat kuljetuskiireellisyteen B • Viive (min) hälytyksestä päivystykseen saapumiseen kuljetuskiireellisyys-ryhmässä B • Verensokerin mittaaminen • Ennakoilmoituksen antaminen vastaanottavaan sairaalaan
Hengitysvaikeus	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoksian korjaantuminen (happisaturaatio $\geq 95\%$ ja COPD potilailla 88–92 %) • Hengitystaajuuden normalisoituminen
Rintakipu	<ul style="list-style-type: none"> • Rintakipupotilaiden osuus, joilta EKG rekisteröity (ikä yli 35 v ja sydänpe-räiseksi sopiva tai ei-traumaattinen kipu) • Aika (min) potilaan luokse saapumisesta ensimmäisen EKG:n rekisteröintiin • Asetosalisylihappoa saaneiden potilaiden osuus (ikä yli 35 v ja sydänpe-räiseksi sopiva tai ei-traumaattinen kipu) • Kivun lievittyminen (asteikolla 0-10) • STEMI:ssä viive hälytyksestä liuotushoidon alkuun (ensihoidossa liuotus-hoidettavat STEMI:t) ja viive hälytyksestä potilaan luovutukseen PCI-sairaalaan (PCI-hoidettavat potilaat)
Sydänpysähdys	<ul style="list-style-type: none"> • Aika hälytyksestä kohteeseen ensimmäisellä yksiköllä ja hoitotason yksi-köllä (mediaani, ja 90 persenttiili tai IQR) • Utsteinin tiedonkeräyssuositusten mukaiset tiedot (tarkemmin kirjalli-suusviitteessä)
Myrkytys	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkehiilen antaminen • Aika hälytyksestä lääkehiilen antoon (min)
Kouristelu	<ul style="list-style-type: none"> • Aika hälytyksestä lääkehoidon aloitukseen (min) lääkehoitoa vaativilla potilailla • Aika lääkehoidon aloituksesta (viimeisen) kouristelun päättymiseen (min)
Hypoglykemia	<ul style="list-style-type: none"> • Tajunnantaso normalisoituminen (osuus potilaista, joiden viimeinen GCS mittaus 15) • Verensokerin normalisoituminen (osuus potilaista, joiden viimeinen veren-sokeriarvo välillä 4-10 mmol/l) • Kohteessa hoidettujen (X-8) osuus insuliinihoitoisista diabeetikoista
Korkeaenerginen trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Traumakeskukseen primaaristi kuljetettujen potilaiden osuus kaikista potilaista, jotka täyttävät traumakeskukseen ohjauksen kriteerit • Ennakoilmoituksen antaminen vastaanottavaan sairaalaan • Aika hälytyksestä traumakeskukseen saapumiseen (min)

11.2 ESIMERKKI POTILASTYYTYVÄISYYDEN MITTAAMISESTA ENSIHOIDOSSA

1. HÄTÄILMOITUKSEN TEKIJÄ

Potilas itse Lähiomainen/ystävä Ulkopuolinen

3. SUKUPUOLI

Olen mies Nainen

4. IKÄ vuotta

Vastaatkaa seuraaviin eri osa-alueisiin liittyviin kysymyksiin seuraavasti: 1= erittäin huono
2= huono, 3= kohtalainen, 4= hyvä, 5= erittäin hyvä ja 0= ei koske minua

Hätäkeskus

	5	4	3	2	1	0
5. VASTAUSAIKA HÄTÄPUHELUUN: Puheluun vastaamisen nopeus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. LÄHETTÄMINEN: Avun lähettämiseen kuluva aika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. PUHELINENSIAPUOHJEET: Puhelimesta annettujen ensiapuohjeiden riittävyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. KOHTELU: Hätäkeskuspäivystäjän käyttäytyminen ja kohtelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TIEDON SAANTI: Hätäkeskuspäivystäjän kyky vastata tiedontarpeeseen häätäpuhelun käsittelyn aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ensihoito

10. AVUN SAAMISEN KESTO: Aika, joka kului avun saamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ENSIHOITAJIEN AMMATTITAITO: Ensihoitajien kyky tunnistaa ongelmani ja taito tehdä hoitotoimenpiteet sujuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. JATKOHOITOPAIKAN VALINTA: Ensihoitajien kyky valita oikea hoitopaikka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. YKSILÖLLISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN Ensihoitajien kyky huomioida yksilölliset tarpeeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. TIEDON SAANTI: Ensihoitajien kyky vastata tiedontarpeeseen tutkimuksen ja hoidon aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. JATKOHOITO-OHJEET: (Mikäli teitä ei kuljetettu sairaalaan), ensihoitajien antama ohjeus asiasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. KOHTELU: Ensihoitajien tapa käyttäytyä ja kohdella minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. PUKEUTUMINEN: Ensihoitajien vaatetus ja vaatteiden siisteys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. TUNNISTAMINEN JA ESITTELY: Ensihoitajien tapa esitellä itsensä ja organisaationsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. TURVALLISUUDEN TUNNE: Ensihoitajien kyky luoda turvallinen ilmapiiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. AMBULANSSIN VIIHTYISYYS JA TOIMIVUUS: Oli mielestäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. OMAISTEN HUOMIOON OTTAMINEN:

Ensihoitajien kyky huomioida omaiseni

22. KIVUN HOITO: (Mikäli koitte kipua)

Kivun lievityksen riittävyys

Kokonaisarvio palvelusta

Mikäli tulevaisuudessa tarvitsette ensihoitopalvelua, mikä on halukkuutenne käyttää jatkossa organisaatiomme palveluita

5 4 3 2 1 0

Jos halukkuutenne on huono tai erittäin huono, kertoisitteko miksi

MINKÄ KOKONAISARVION ANNATTE KOKEMALLENNE ENSIHOITOPALVELULLE

Ensihoidon vaikutus (1= Saamani palvelu ei auttanut minua ollenkaan, 2 = ...jonkin verran, 3= ...kohtalaisesti, 4= ...paljon, 5= Saamani palvelu auttoi minua erittäin paljon).

Vapaamuotoinen palaute palveluntuottajalle

11.3 ESIMERKKI ISBAR-RAPORTOINTIMENETelmäSTÄ

Raportointivaiheessa ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa on hyvä käyttää vakioitua raportointia esimerkiksi ISBAR- menetelmän mukaisesti. Tällöin raportointi sujuu sekä kiireellisessä että kiireettömässä tilanteessa aina samalla tavalla ja näin raportoinnista muodostuu standardoitu toiminto (SOP = standardised operational procedure).

Ensihoidon ja päivystyksen ISBAR: potilaan siirto ensihoidosta päivystykseen

Ensihoitohenkilökunta

1. Tarkistaa potilaan luovutuksen yksityiskohdat ennen saapumista päivystykseen
2. Päivystykseen saavuttua järjestetään noin minuutin rauhallinen aika ISBAR tietojen raportointiin potilaan odottaessa vieressä
3. Kannustaa päivystyksen henkilökuntaa kysymään lisätietoja ja varmistaa yhteisymmärryksen syntymisen
4. Toinen ensihoitaja pysyy potilaan luona koko luovutuksen ajan

Päivystyksen henkilökunta

1. Varmistaa potilaan vastaanottamistilanteen rauhallisuuden
2. Esittää kysymyksiä viimeistään ISBAR- raportin jälkeen
3. Tarkkailee potilasta ISBAR- raportoinnin aikana
4. Pystyy nimeämään vastuuhenkilön

I dentify <i>Potilaan tiedot</i>	<ul style="list-style-type: none">• Potilaan nimi ja ikä (henkilötunnus)
S ituation <i>Tilanteen tiedot</i>	<ul style="list-style-type: none">• Potilaan sairauden tai vamman laatu ja syntymekanismi• Syy päivystykseen tuloon
B ackground <i>Potilaan taustatiedot</i>	<ul style="list-style-type: none">• Oleelliset aikaisemmat sairaudet, hoidot ja ongelmat• Allergiat, (lääkitys,) tartuntataudit• Muu oleellinen tieto
A ssessment <i>Arvio nykytilanteesta</i>	<ul style="list-style-type: none">• Yksityiskohtaiset tiedot (vitaali)elintoiminnoista; ilmatie, hengitys, verenkierto, tajunta ja muut oleelliset potilaan tilaan liittyvät havainnot
R ecommendation <i>Ensihoitajan suositus</i>	<ul style="list-style-type: none">• Potilas siirtyy päivystyksen vastuulle• Ensihoitajan suositus päivystykselle välittömistä toimenpiteistä

(Mukailtu potilaan luovutus päivystykseen -projektin tuloksista: Iedema, R. and Ball, C. (2010) NSW Ambulance/ Emergency department Handover Project Report. Sydney: NSW Health & UTS Centre for Health Communication.)

11.4 ESIMERKKI ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN ITSEARVIOINTIMALLISTA

Kysymykset perustuvat EFQM- European Foundation of Quality Management - malliin. Kysymysten lisäksi itsearvioinnin toteutukseen tarvitaan pe-
rehtyminen arviointimenetelmään ja pisteytyksen ohjeistus.

Organisaation itsearvioinnissa käytettävien kysymysten lomakepohja – Ensihoito ja päivystys				
JOHTAJUUS				
I A Miten esimiehet selkeyttävät toimintayksikölle sen perustehtävän ja edistävät organisaation toiminta-ajatuksen, vision ja arvojen toteutumista?		Kyllä	Ei	%
1	Onko organisaatiossa kirjattu ensihoidon/päivystyksen arvot			
2	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon/päivystyksen visio			
3	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon/päivystyksen strategia			
4	Onko organisaatiossa laadittu ensihoidon/päivystyksen toiminta- suunnitelma			
5	Onko organisaatiossa selkeä ensihoidon/päivystyksen organisaatio			
6	Ensihoidon/päivystyksen johto osallistuu henkilökohtaisesti toiminnan parantamiseen ja toimii esikuvana			
I B Miten johtajat määrittävät, seuraavat, arvioivat ja edistävät organisaation johtamisjärjestelmän ja suorituskyvyn parantamista?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen käytössä on tulosmittareita			
2	Ensihoidon/päivystyksen päätöksenteko perustuu asiapohjaiseen luotettavaan tietoon			
3	Ensihoidon/päivystyksen johto analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa			
4	Ensihoidon/päivystyksen johto osallistuu palveluntuottajiensa strategiseen suunnitteluun			
5	Ensihoidon/päivystyksen johto arvio säännöllisesti omaa toimintaansa (esim. 360 arvio)			
6	Ensihoito/päivystys suorittaa säännöllisesti sidosryhmätyytyväisyyssmittauksia			
7	Ensihoidon/päivystyksen henkilöillä on selkeät tehtäväkuvat			
8	Ensihoidon/päivystyksen henkilöillä on selkeät tavoitteet			
9	Ensihoidossa/päivystyksessä pidetään säännöllisesti kehittämistilaisuuksia			
10	Ensihoito/päivystys on varautunut normaaliolojen erityistilanteisiin			
11	Ensihoito/päivystys on varautunut poikkeusolojen toimintaan			
I C Miten johtajat toimivat vuorovaikutuksessa ulkoisten sidosryhmien kanssa?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys pitää säännöllisesti yhteyttä/palavereita palvelun tilaajan ja tuottajan välillä			
2	Ensihoito/päivystys analysoi omaa toimintaansa yhteistyössä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa			
3	Ensihoidolla/päivystyksellä on aktiivinen yhteistyö muiden viranomaisten kanssa (poliisi, hätäkeskus, pelastustoimi ym.)			
4	Ensihoidon/päivystyksen organisaatio osallistuu aktiivisesti kansalliseen kehittämistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)			

5	Ensihoidon/päivystyksen organisaatio osallistuu aktiivisesti kansainväliseen kehittämistoimintaan (mm. työryhmät, seminaarit)			
6	Ensihoidon/päivystyksen organisaatio osallistuu aktiivisesti alan kansalliseen tuote- tai palvelukehitykseen			
7	Ensihoito/päivystys ottavat käyttöön toimintamalleja, joilla saadaan henkilöstö, kumppanit, asiakkaat ja yhteiskunta mukaan luomaan ideoita ja innovaatioita			
I D Miten johtajat vahvistavat erinomaisuutta edistävää kulttuuria yhdessä henkilöstön kanssa?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen johto tukee uusien ideoiden ja ajatusmallien synnyttämistä ja kehittämistä, joilla rohkaistaan innovointiin ja organisaation kehittämiseen			
2	Ensihoidon/päivystyksen johto varmistaa, että henkilöstö voi myötävaikuttaa omaan ja organisaation jatkuvaan menestykseen			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä pidetään kehityskeskustelut			
4	Henkilöstön kehityskeskusteluissa otetaan huomioon ensihoidon/päivystyksen asiat			
5	Ensihoidon/päivystyksen johto pitää henkilöstön ajan tasalla tärkeissä asioissa			
6	Ensihoidon/päivystyksen johto on henkilöstön tavoitettavissa ja vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa			
7	Ensihoidon/päivystyksen johto kannustaa henkilöstöä oman työn kehittämiseen			
8	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä kannustuslisä-, tulospalkkaus- tai muita palkitsemisen sekä tunnustuksen antamisen käytäntöjä			
I E Miten johtajat varmistavat, että organisaatio on joustava ja toteuttaa muutokset tehokkaasti ja vaikuttavasti?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen johto osoittaa kykyään tehdä viisaita ja oikea-aikaisia päätöksiä saatavilla olevan tiedon ja aikaisemman kokemuksen perusteella sekä arvioimalla päätösten vaikutuksia			
2	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä työkalut, jolla tunnistetaan muutostarpeet (tilastointijärjestelmä, HaiPro, ym.)			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä tunnistetaan sisäiset tarpeet (esim. henkilöstötilanne tai toimintakäytäntöjen kehittäminen)			
4	Ensihoito/päivystys viestii henkilöstölle työnantajan koko organisaatiolle asettamat tavoitteet ja niiden perusteet			
5	Ensihoidon/päivystyksen johto kohdentaa resursseja pitkän aikavälin tarpeisiin			
STRATEGIA				
2 A Miten strategia perustuu sekä sidosryhmien tarpeiden ja odotusten että toimintaympäristön ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys kokoaa tietoa sidosryhmien tarpeista ja odotuksista sekä niissä tapahtuvista muutoksista strategian ja toimintaperiaatteiden kehittämisen lähtötiedoiksi			
2	Ensihoito/päivystys suorittaa säännöllisesti sidosryhmätyytyväisyysmittauksia			
3	Ensihoito/päivystys suorittaa säännöllisesti potilastytytyväisyysmittauksia			
4	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä asiakaspalautejärjestelmä			
5	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä menetelmiä eri kansallisuus- ja kulttuuritaustaisten potilaiden kohtaamiseen			

6	Ensihoito/päivystys seuraa aktiivisesti oman alueen yhteiskunta- ja yhdyskuntarakenteen kehittymistä			
2 B Miten strategia perustuu sisäisen suorituskyvyn ja kyvykkyyksien ymmärtämiseen?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys suorittaa säännöllisesti toiminnan itsearviointia			
2	Ensihoito/päivystys käyttää laajasti eri mittareita analysoidakseen operatiivisen suorituskyvyn kehityssuuntia, ydinosamisia ja tuloksia			
3	Ensihoito/päivystys seuraa aktiivisesti oman alan kansainvälistä ja kansallista tutkimustoimintaa			
4	Ensihoito/päivystys seuraa lääketieteen kehitystä ja toteuttaa hoitokäytännöt sen mukaan			
5	Ensihoidon/päivystyksen toiminta perustuu palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan antamiin lääketieteellisiin ja hoidollisiin ohjeisiin (kirjattu sopimuksiin ja ohjeet on kirjallisina ym.)			
2 C Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita kehitetään, arvioidaan ja päivitetään?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys luo ja ylläpitää strategiaa			
2	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa			
3	Toimintasuunnitelma tehdään säännöllisesti yhdessä henkilöstön kanssa			
4	Toimintasuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti			
5	Toimintasuunnitelman eri tehtävät ja vastuut on jaettu eri henkilöille ja tehtävien valmistumista seurataan			
2 D Miten strategiaa ja sitä tukevia toimintaperiaatteita viestitään, toteutetaan ja seurataan?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys määrittelee tavoiteltavat tulokset ja niihin liittyvät suorituskyvyn tunnusluvut sekä asettavat päämäärät			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä on kuvattu osaamisenhallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä on kuvattu materiaalihallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan			
4	Ensihoidossa/päivystyksessä on kuvattu taloushallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan			
HENKILÖSTÖ				
3 A Miten henkilöstösuunnitelmat tukevat organisaation strategiaa?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä on kuvattu henkilöstöhallinnansuunnitelma ja toiminta toteutetaan suunnitelman pohjalta ja sitä seurataan			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä on tehty työturvallisuussuunnitelma (vaaranarvio, ohjeistus, ym.)			
3	Ensihoito/päivystys ottaa henkilöstön ja sen edustajat mukaan kehittämään ja arvioimaan henkilöstöstrategiaa, toimintaperiaatteita ja -suunnitelmia			
4	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä hoidolliset ohjeet			
5	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä toiminnalliset ohjeet (viestiliikenne, työturvallisuus ym.)			
6	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä säännölliset henkilöstötyytyväisyysmittaukset			

3 B Miten henkilöstön tietämystä ja osaamista kehitetään?		Kyllä	Ei	%
1	Osaamisenhallinnan suunnitelma tehdään yhdessä palvelun tilaajan/järjestämisvastuussa olevan kanssa			
2	Osaamisenhallinnan suunnitelma perustuu osaamistarveanalyysiin (testaus, poikkeamat, suoritteet, henkilöstön toiveet, ym.)			
3	Ensihoidon perustason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti			
4	Ensihoidon hoitotason henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti			
5	Ensihoidossa/päivystyksessä toteutetaan tai mahdollistetaan henkilöstön tehtäväkierto			
6	Ensihoidossa/päivystyksessä järjestetään säännöllisesti työvuorokoulutusta			
7	Ensihoidossa/päivystyksessä järjestetään säännöllisesti systemaattista täydennyskoulutusta			
8	Ensihoito/päivystys tukee oman henkilöstön ammatillista lisäkoulutusta (esim. ensihoitaja-AMK, YAMK)			
9	Ensihoito/päivystys järjestää uusille henkilöille perehdytyskoulutuksen perehdytysuunnitelman mukaisesti			
10	Koulutukseen osallistumista seurataan			
11	Henkilöstön suoritteita seurataan ja niitä käytetään osana ammatillista kehittymistä			
12	Organisaatiossa on menetelmä, millä poikkeamat käsitellään ja viedään osaamisenhallinnan kautta henkilöstön tietoon			
3 C Miten henkilöstöä ohjataan päämäärien suuntaan, osallistetaan ja valtuutetaan?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen henkilöstölle on ideoiden ja aloitteiden kuulemista varten järjestelmä (sisäinen aloite ja palautejärjestelmä)			
2	Ensihoidon/päivystyksen henkilöstöä osallistetaan kehittämiseen, hankintoihin, projektiryhmiin jne.			
3 D Miten henkilöstö käy vaikuttavaa vuoropuhelua koko organisaatiossa?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen johdolla on säännölliset kokouskäytännöt toiminnan kehittämiseen			
2	Ensihoidon/päivystyksen johto tiedottaa säännöllisesti ajankohtaisista asioista (esim. sisäinen tiedotuslehti, intranet ym.)			
3	Ensihoidon/päivystyksen johdolla on säännölliset kokouskäytännöt eri henkilösryhmien/ työpisteiden kanssa			
4	Ensihoito/päivystys luo edellytykset ja rohkaisevat tiedon, tietämyksen ja parhaiden käytäntöjen jakamiseen			
3 E Miten henkilöstöä palkitaan, henkilöstölle annetaan tunnustuksia ja siitä pidetään huolta?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä koordinoitu palautejärjestelmä			
2	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä osaamiseen/työtulokseen perustuva palkkiojärjestelmä			
3	Ensihoito/päivystys huomioi toiminnassa henkilöstön yksilöllisiä tarpeita (esim. tilapäiset työkuvan tai -ajan muutokset)			
4	Ensihoidolla/päivystyksellä on suunnitelmat henkisen väkivallan, työssä kiusaamisen ja syrjinnän estämiseen, päihdeohjelma ym.			
5	Ensihoidossa/päivystyksessä on järjestetty asianmukainen työterveyshuolto			

6	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä ajanmukaiset työvälineet ja kalusto			
7	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä ajanmukaiset tilat			
KUMPPANUUDET JA RESURSSIT				
4 A Miten kumppani- ja toimittajayhteistyötä hallitaan kestävän hyödyn aikaan saamiseksi?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä on tunnistettu ja määritelty toiminnan kannalta tärkeät kumppanit ja yhteistyömahdollisuudet			
2	Ensihoito/päivystys järjestää henkilöstön koulutusta ja motivointia yhteistyöhön kumppaneiden kanssa			
3	Ensihoidon/päivystyksen toiminta ja kehittämistyö on avointa ja läpinäkyvää			
4	Ensihoito/päivystys hoitaa aktiivisesti tiedottamista yhteistyökumppaneiden kanssa (molempiin suuntiin)			
4 B Miten taloutta johdetaan jatkuvan menestymisen turvaamiseksi?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä taloudelliset voimavarat kohdennetaan tavoitteiden mukaisesti			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä tehdään lyhyen ja pitkän aikavälin taloussuunnitelma			
3	Ensihoidon/päivystyksen budjetin toteutumista seurataan säännöllisesti (esim. neljännesvuosittain)			
4	Ensihoidossa/päivystyksessä suoritetaan hintaseurantaa (esim. päivittäistavaroiden säännöllistä kilpailuttamista ym.)			
5	Ensihoidon/päivystyksen investoinnit ja kilpailutuksen vaativat hankinnat toteutetaan hankintasäännösten mukaisesti			
6	Ensihoidon/päivystyksen keskeiset taloudelliset tunnusluvut ovat henkilöstön nähtävillä			
7	Ensihoidon/päivystyksen taloudelliset vastuut ja veloitteet on määritelty			
4 C Miten rakennuksia, laitteita, materiaaleja ja luonnonvaroja hallitaan kestäväällä tavalla?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen irtaimen omaisuuden käyttöä hallitaan (kalustoluettelot, inventaariot, ym.)			
2	Ensihoidon/päivystyksen tarvikkeiden, aineiden ja materiaalien kulutus optimoidaan ja seurataan			
3	Ensihoidon/päivystyksen jätteiden vähentämistä ja kierrättämistä edistetään (suunnitelma asiasta)			
4	Ensihoidolla/päivystyksellä on muita rakennusten, laitteistojen ja kiinteistöjen hallintakeinoja, mahdollisia sopimuksia ja niissä sovitujen asioiden seuranta			
5	Ensihoidon/päivystyksen laitteille ja tietojärjestelmille on olemassa käyttöohjeet henkilöstön saatavilla			
6	Ensihoidon/päivystyksen lääkintälaitteille ja tietojärjestelmille annetaan käyttökoulutus ennen käyttöönottoa			
7	Ensihoidolla/päivystyksellä on toimintamalli välineistön/laitteiston rikkoutuessa			
8	Poikkeamat ja rikkoutumiset tilastoidaan			
9	Ensihoidossa/päivystyksessä käytettävät laitteet ja kalusto ovat alueella yhtenäisiä			
4 D Miten teknologian hallinnalla edistetään strategian toteutumista?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä sähköinen hoidon dokumentointijärjestelmä			

2	Ensihoidossa/päivystyksessä on käytössä sähköinen toiminnan tilastointijärjestelmä			
3	Henkilöstöllä on mahdollisuus ylläpitää tai kehittää omaa teknologian osaamistaan			
4	Henkilöstö saa säännöllisesti viestiliikennekoulutusta (esim. Virve)			
5	Henkilöstö saa säännöllisesti tietoturvakoulutusta			
6	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen ylläpidossa			
7	Teknologiaa hyödynnetään henkilöstön osaamisen testaamisessa			
8	Ensihoidossa/päivystyksessä seurataan aktiivisesti teknologian kehittymistä			
9	Ensihoitopalvelu/päivystys osallistuu aktiivisesti teknologian kehittämiseen kansallisesti			
4 E Miten tietoa ja tietämystä hallitaan tehokkaan päätöksenteon tukemiseksi ja organisaation kyvykkyyden rakentamiseksi?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeet on keskitetty ja henkilöstön saatavilla			
2	Ensihoidon/päivystyksen palvelun tuottamiseen tarvittavat ohjeita päivitetään säännöllisesti			
3	Ensihoidon/päivystyksen tietämystä ja tietoa arvioidaan kriittisesti			
4	Ensihoidolla/päivystyksen on käytössä ATK tukipalvelu			
PROSESSIT, TUOTTEET JA PALVELUT				
5 A Miten prosesseja suunnitellaan ja hallitaan optimoimaan arvon tuottoa sidosryhmille?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystysprosessi on määritelty ja kuvattu			
2	Tukiprosessit on määritelty ja kuvattu			
3	Ensihoidon/päivystyksen keskeisimmät prosessit on kuvattu yhteistyökumppaneiden kanssa (esim. miten hoidetaan rintakipupotilas tai aivohalvauspotilas; hoitoketjut)			
4	Ensihoidon/päivystyksen hoidolliset prosessit on kuvattu ja niitä päivitetään säännöllisesti			
5 B Miten tuotteita ja palveluita kehitetään luomaan optimimaalista arvoa asiakkaille?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä tunnistetaan ja arvioidaan pienet parannus-, kehittämis- ja muutostarpeet			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä asetetaan tavoitteita ja asioita priorisoidaan			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä kokeillaan uusia toimintamalleja			
4	Asetetaan tavoitteita uusille toimintatavoille ja arvioidaan tuloksia			
5	Hoitokäytännöt perustuvat tutkittuun ajantasaiseen lääketieteelliseen näyttöön			
6	Ensihoitopalvelun/päivystyksen arvioiminen ja parantaminen perustuu tutkittuun tietoon (tilastointijärjestelmän avulla saatu tieto, opinnäytetyöt ym.)			
7	Ensihoito/päivystys ottaa henkilöstön, asiakkaat, kumppanit ja toimittajat mukaan kehittämään uusia ja innovatiivisia tuotteita, palveluita			
8	Ensihoito/päivystys ottaa huomioon tuotteiden ja palveluiden elinkaaren vaikutukset taloudelliseen, yhteiskunnalliseen ja ympäristön kestävytyteen			

5 C Miten tuotteita ja palveluita edistetään ja markkinoidaan tehokkaasti?		Kyllä	Ei	%
1	Asiakaspalautteita käsitellään sovitun mallin mukaisesti ja tarvittaessa niihin reagoidaan			
2	Poikkeamiin puututaan ja viedään tieto myös kentälle ja laaditaan tarvittaessa lisäohjeistusta			
3	Asiakaspalautejärjestelmän tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämiseen			
4	Potilaiden tyytyväisyyttä mitataan (potilastyytyväisyysmittaus ym.)			
5	Tehtävä/käyntimäärien lukumäärää seurataan ja niihin reagoidaan			
6	Henkilöstön välityksellä tulleet asiakaspalautteet huomioidaan esim. materiaalihankinnoissa			
7	Tuotteiden kehittäminen yhteistyökumppaneiden kanssa			
8	Ensihoidossa/päivystyksessä seurataan alueellisesti väestön ja terveydentilan muutosten kehittymistä			
9	Ensihoidossa/päivystyksessä on varauduttu maailmalla leviäviin poikkeuksellisiin tilanteisiin (esim. lintuinfluensa, cyberhyökkäys)			
10	Ensihoidossa/päivystyksessä seurataan alueen terveyspalveluiden muutoksia			
5 D Miten tuotteita ja palveluita tuotetaan, toimitetaan ja hallitaan?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen välineiden, tarvikkeiden, laitteiden ym. Hankinta suoritetaan suunnitelman/budjetin mukaisesti			
2	Ensihoito/päivystys tuotetaan sopimusten mukaisesti			
3	Ensihoidon/päivystyksen palveluita tuotetaan tasalaatuisesti/yhdenmukaisesti omalla alueella			
4	Ensihoidon/päivystyksen resursseja pystytään lisäämään kysynnän kasvaessa tilapäisesti (ruuhkatilanteiden hallinta)			
5 E Miten asiakassuhteita hallitaan ja vahvistetaan?		Kyllä	Ei	%
1	Henkilöstölle järjestetään säännöllisesti koulutusta potilaan kohtaamisesta			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä järjestetään alueen asukkaiden informaatiotilaisuuksia			
3	Ensihoidossa/päivystyksen järjestetään alueellisia väestön kuulemistilaisuuksia			
4	Ensihoidossa/päivystyksen potilaskontaktin aikana opastetaan ensihoito/päivystyspalvelun oikeaoppiseen käyttöön			
5	Potilaille annetaan kirjallisia ohjeita (esim. X-koodi potilaat, kuolemantapaustilanteet, jatkohoito-ohjeet)			
ASIAKASTULOKSET				
6 A Asiakkaiden (potilaiden) näkemykset?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä mittareita (asiakaskyselyt ja -tutkimukset) joilla selvitetään asiakkaiden näkemykset			
2	Asiakaspalautejärjestelmä on käytössä			
3	Asiakkaiden yleisvaikutelmaa ensihoidosta/päivystyksestä mm. asiakaslähtöisyyttä, henkilöstön osaamista, tavoitettavuutta, joustavuutta, neuvontaa ja viestintää, oikeudenmukaista kohtelua, muutosvalmiutta ja asiointia omalla kielellään			
6 B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidon/päivystyksen käyttämiin tuotteisiin tai palveluun liittyvien vikojen, virheiden, hylkäysten, positiivisen palautteen, valitusten, takuuajakaisten korvausten ja hyvitysten määrän positiivinen kehitys (esim. viimeisen 5 vuoden aikana)			

2	Ensihoito/päivystys on saanut palveluun liittyviä tunnustuksia/palkintoja			
3	Potilastyytyväisyysmittauksen tulosten positiivinen kehittyminen			
4	Asiakaspalautteiden positiivinen kehittyminen (negatiivisia vähemmän)			
5	Hoidollisten mittareiden positiivinen kehitys			
6	Ensihoidolla/päivystyksellä on käytössä potilasryhmäkohtaisia palvelun vaikuttavuuden seuranta- ja arviointitapoja			
7	Vaikuttavuusmittareiden positiivinen kehittyminen			
8	Ensihoito/päivystys kykenee ohjaamaan potilaan oikean palvelun piiriin (ohjeistus asiasta, poikkeamat ym.)			
HENKILÖSTÖTULOKSET				
7 A Henkilöstön näkemykset?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoidossa/päivystyksessä mitataan henkilöstötyytyväisyyttä			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä pidetään kehityskeskustelut			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin henkilöstötyytyväisyystutkimuksessa esille tulleiden puutteiden korjaamiseksi			
7 B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoitoon/päivystykseen liittyvät tulostavoitteet saavutetaan			
2	Ensihoidossa/päivystyksessä seurataan sairauspoissaoloja/ työtapa-turmia ja niiden kehitystä			
3	Ensihoidossa/päivystyksessä seurataan henkilöstön lähtövaihtu-vuutta, sen kehitystä ja syitä			
4	Työilmapiirin kehittymistä seurataan			
5	Henkilöstön osaamistaso on tällä hetkellä hyvä (esim. kaikki läpäiseet osaamisen arvioinnin, hoidolliset tulokset hyvät)			
YHTEISKUNNALLISET TULOKSET				
8 A Yhteiskunnan näkemykset?		Kyllä	Ei	%
1	Ensihoito/päivystys osallistuu kansalaistoimintaan (mm. paikallisia yhteistyöfoorumeja asiakkaiden ja kuntalaisten kanssa)			
2	Ensihoito/päivystys pitää aktiivisesti yhteyttä kansalaisiin, potilasjär-jestöihin ym.			
3	Ensihoito/päivystys pitää aktiivisesti yhteyttä sidosryhmiin			
4	Ensihoidolla/päivystyksellä on tiedotussuunnitelma (yksikön näky-vyys lehdistössä, operatiiviset tilanteet yms.)			
5	Ensihoitopalvelu/päivystys tukee aktiivisesti oppilaitoksia käytän-nön harjoittelussa			
6	Ensihoito/päivystys toimii aktiivisesti terveydenhuollon oppilaitos-ten kanssa			
8 B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	%
1	Toteuttaako ensihoito/päivystys toiminnasta aiheutuvien haitta-vaikutusten vähentämistä ja ennaltaehkäisyä kestävää kehitystä tukevaa toimintaa esim. kuljetusmuotojen valintaa, jätteiden ja pakkausmateriaalien vähentämistä, vaihtoehtoisten raaka-aineiden ja materiaalien käyttöä, aineiden ja materiaalien esim. polttoaineiden, veden, sähkön, uuden ja kierretyn materiaalin kulutusta.			
2	Ensihoidolla/päivystyksellä on ympäristösuunnitelma			

KESKEISET TULOKSET				
9 A Keskeiset strategiset tulokset?		Kyllä	Ei	%
1	Arvioidaanko toimintasuunnitelman ja toimintaperiaatteiden toteutumista			
2	Onko käytössä mittareita, joilla toimintasuunnitelmaan liittyviä tavoitteiden saavuttamista seurataan			
3	Onko käytössä mittareita ensihoitopalvelun- ja tukiprosesseihin/päivystykseen liittyvien tavoitteiden toteutumisen seurantaan (esim. lähtöviive, toimintavalmiusaika, odotus/läpimenoaika, kuolleisuus, talousraportit, hankkeiden aikataulun pitävyys ym.)			
4	Ovatko ensihoidon/päivystyksen toimintatavat olleet tarkoituksenmukaisia tavoitteiden saavuttamiseksi			
9 B Sisäinen suorituskyky?		Kyllä	Ei	%
1	Onko käytössä mittareita, joilla suorituskykyä seurataan palvelu- ja tukiprosesseissa (viiveet, parannuksia, tuottavuutta, käyttöastetta yms.) sekä niiden tulosten kehitystä			
2	Talouden kehitystä seurataan: organisaation/osaston ja yksikön asettamien talouteen liittyvien tavoitteiden toteutumista mm. budjetin tavoitteiden toteutumista, yksikkökustannuksia, täyttö- ja käyttöastetta, suorituskustannuksia ja niiden kehitystä			
3	Arvioidaanko kumppanuussuhteiden toimivuutta			
4	Seurataanko rakennusten, laitteiden ja materiaalien osalta käyttöastetta, vikojen ja virheiden osuutta, aineiden ja materiaalien kulutusta, varaston kiertonopeutta seurataan			
5	Seurataanko teknologian käytön kehitystä			
6	Kerätäänkö säännöllisesti tietoa hoitoprosesseista			
<i>Lomakepohja on käytössä Helsingin ensihoitopalvelussa (Kari Porthan, Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2013).</i>				