

Liitetaulukko 1. Kyselylomake

Terveydenhuollon organisaatioille suunnatut kysymykset indikaattoriryhmittäin

Vastausaika	(täyttyy automaattisesti)
Kielivalinta	(kaavake valittu suomen- tai ruotsinkielisenä)
Vastaajan tiedot	Nimi Työtehtävä/virka/toimi Vastaaja email Työpuhelin Organisaation virallinen nimi
Vastaaja edustaa	1 = julkista palveluntuottajaa, 2 = yksityistä ostopalvelutoimittajaa tai julkisen ja yksityisen sektorin
Vastaaja edustaa - jos "1", niin: Minkä organisaation osan toimintoja koskeviin kysymyksiin vastaaja tällä kertaa vastaa?	1 = Erikoissairaanhoidon 2 = Perusterveydenhuolto 3 = Sosiaalihuollon ympärivuorokautiset- ja kotiin vietävät palvelut
Vastaaja edustaa - jos "2", niin: Minkä organisaation osan toimintoja koskeviin kysymyksiin vastaaja tällä kertaa vastaa?	1 = Lääkärikeskustoiminta 2 = Julkisrahoitteinen perusterveydenhuollon palvelutuotanto 3 = Julkisrahoitteinen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto 4 = Julkisrahoitteinen sosiaalihuollon palvelutuotanto
Tuotetaanko palvelut, joiden osalta kyselyyn vastataan	1 = julkisesti 2 = yksityisinä ostopalveluina 3 = sekä julkisesti että yksityisesti?

1. Johtaminen ja organisaatio

1. Onko organisaatiossanne käytössä ajantasainen valmiussuunnitelma?
2. Onko organisaatiossa käytössä systemaattinen laadun ja asiakas-/potilasturvallisuuden seurannan malli tai laatujärjestelmä?
3. Onko käytössä laadun- ja asiakas-/potilasturvallisuuden säännöllinen sisäinen auditointi (koulutetut sisäiset auditointijat)?
4. Onko käytössä laadun- ja asiakas-/potilasturvallisuuden säännöllinen ulkoinen auditointi (sertifioitu ulkoinen auditointi)?
5. Tarkistetaanko organisaation asiakas-/potilasturvallisuussuunnitelma vähintään vuosittain?
6. Onko organisaation asiakas-/potilasturvallisuussuunnitelman raportointi- ja seurantamenettelyt kuvattu ja niiden toteutumista seurataan?
7. Tarkistetaanko organisaation/yksikön omavalvontasuunnitelma vähintään vuosittain?
8. Onko organisaation/yksikön omavalvontasuunnitelman raportointi- ja seurantamenettelyt kuvattu ja niiden toteutumista seurataan?
9. Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista työntekijöille?
10. Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista johdolle ja hallitukselle/valtuustolle?
11. Raportoidaanko omavalvonnan /potilasturvallisuuden seurannan tuloksista julkisesti?
12. Tehdäänkö yksikköihin paikan päälle omavalvontakäyntejä, jolloin tavataan henkilöstöä?

13. Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta, esim. saamansa raportoinnin välityksellä
14. Seuraavatko esimiehet/johto säännöllisesti vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtävien hoidon turvallisuutta parantavien toimien määrää ja laatua?
15. Seuraavatko esimiehet/johto jatkuvasti vakavien vaaratapahtumien ilmaantumista ja käsittelevät ne säännöllisesti?
16. Onko käytössä yksikkö-/osastokohtainen, moniammatillisesti ja toimintayksikön tarpeisiin ja käytäntöihin räätälöity lääkehoitosuunnitelma?
17. Onko määritelty prosessi, jolla varmistetaan lääkehoitosuunnitelman toteutuminen käytännössä?
18. Onko organisaatiossa ohje siitä, miten toimitaan potilastietojärjestelmän kaatuessa
19. Onko ulkopuolisilta ostettavien sote-palvelujen ostopalvelusopimuksissa mukana laatu- ja potilas-/asiakasturvallisuuskriteerit?
20. Suoritetaanko organisaatiossanne systemaattista riskienarviointia?
50. Onko RAI-mittarin seuranta- ja toimenpidevastuut kuvattu ja tehdäänkö muutoksia toimintaan myös käytännössä mittareiden perusteella?
- Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.

2. Prosessit ja resurssit

22. Onko keskeisiin hoito- ja palveluprosesseihin laadittu prosessikuvaukset?
23. Onko hoito- ja palveluprosessikuvausten kehittämisessä huomioitu potilasturvallisuuden varmistaminen?
24. Onko hoito- ja palveluprosessikuvaukset tallennettu sähköiseen järjestelmään ja onko sinne myös luotu hälytykset määräaikaikäspäivityksiä varten?
25. Onko organisaatiossanne käytössä potilaiden/asiakkaiden alkoholin riskikäytön seulonta (Audit C)?
26. Tarkistetaanko pitkäaikaispotilaan hoitosuunnitelma säännöllisesti?
27. Onko organisaatiossanne palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitosuunnitelma?
28. Onko ISBAR-raportointimalli (tiedonsiirtomenetelmä potilassiirroissa) käytössä?
29. Onko potilas-/asiakasranneke käytössä vuodeosasto- tai pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla?
30. Onko leikkaustiimin tarkistuslista (WHO:n mallin mukainen) käytössä?
31. Onko käytössä vuode-/hoivaosastoilla/asumispalveluyksiköissä hoidettujen potilaiden/asiakkaiden hoitoisuusmittaus?
32. Käytetäänkö indikaattoria päätoimisten hygieniahoitajien ja infektion torjuntaan osallistuvien infektiolääkärien määrä (tai per 100000 as.)?
33. Käytetäänkö jotain asiakas- ja potilasturvallisuustoimijoiden määrään liittyvää indikaattoria?
34. Onko organisaatiossanne käytössä MET-toiminta (Medical Emergency Team)?
35. Onko organisaatiossanne käytössä APS-toiminta (acute pain service)?

36. Onko käytössä NEWS –pisteytys ja tarkistuslista, jolla määritellään potilaan vuodeosastolle siirtymisen kriteerit (esim. heräämöhoidossa)?

37. Onko käytössä sentraalisen kanyloinnin tarkistuslista?

38. Onko käytössä MRI-tutkimuksen tarkistuslista?

39. Onko käytössä plexuspuudutuksen tarkistuslista?

40. Onko käytössä kardiologisen toimenpiteen tarkistuslista?

41. Onko käytössä ERCP-tutkimuksen tarkistuslista?

42. Onko käytössä tehopotilaan intubaation tarkistuslista?

153. Onko käytössä potilas-/asiakasturvallisuuskävely?

154. Onko käytössä ohjeistus asiakkaan ja potilaan tunnistamiseksi?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luettelkaa ne alla.

3. Toiminnan mittarit ja menettelyt

44. Onko GTT-mittari käytössä organisaatiossanne?

45. Tehdäänkö organisaatiossanne sairaalakuolemien systemaattinen tutkiminen ja estettävissä olevien syiden selvittely?

46. Onko painehaavariskin arvio osa vuodeosaston hoitoprotokollaa ja mitataanko riskinarvion toteutumista organisaatiotasolla ja onko sille myös asetettu tavoitteet ja raja-arvot?

47. Arvioidaanko kaatumisvaara systemaattisesti valtaosalta potilaista vuodeosastoilla ja kotihoidossa?

48. Arvioidaanko vajaanavitsemusta systemaattisesti asumispalveluissa ja vuodeosastolla?

49. Seurataanko virtsatiekatetreihin liittyviä infektioita (infektiot/1000 katetripäivää)?

57. Toimenpiteen jälkeinen syvä laskimotromboosi tai keuhkoembolia?

58. hoidon haittavaikutusten kirjaaminen (Y- ja T-koodit), KUVA:T80-T88?

59. Hoidon aikana ilmaantuneet painehaavat (luokka 2 tai suurempi) per havainnoidut potilaat?

60. kaatumiset / putoamiset lkm per 1000 potilaspäivää? Käsité potilaspäivä tarkoittaa vuodeosastolla hoitopäivää, poliklinikalla käyntiä.

61. haittaa aiheuttaneet (haittaluokka 2-5) kaatumiset / putoamiset per 1000 potilaspäivää?

62. Polven tekonivelleikkauksen uusinta potilaille 2 v aikana?

63. Lonkan tekonivelleikkauksen uusinta potilaille 2 v aikana?

64. Itsemurhat erikoissairaanhoidon hoitosuhteen aikana?

65. Synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät avustamattomissa alatiesynnytyksessä?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.

4. Ensihoito ja päivystys

51. Seurataanko organisaatiossanne päivystykseen suunnittele mattomasti palaavien määrää?

52. Käytetäänkö mittaria päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet 18 vuotta täyttäneet potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavan ikäisistä potilaista?

53. Käytetäänkö mittaria päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet alle 18-vuotiaat potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavan ikäisistä potilaista?

54. Käytetäänkö mittaria vuodeosastohoidon jälkeen paluu päivystykseen 30 vrk sisällä?

55. Käytetäänkö mittaria ei-kuljetetun potilaan ambulanssin käyttö 24 tunnin kuluessa X-koodauksesta?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.

Osa-alueet 5.–7. koskevat RAI-järjestelmän mittareita eri ympäristöissä

(näitä kysymyksiä ei esitetä tässä)

8. Vaaratapahtumien raportointi

146. Onko organisaatiossa käytössä menettelyt vaaratapahtumien raportointiin (esim. HaiPro)?

147. Raportoidaanko vaaratapahtumailmoituksista läheltä piti-tilanteiden osuus?

148. Raportoidaanko vaaratapahtumailmoituksista lääkärin tekemien ilmoitusten osuus?

149. Onko organisaatiossa kirjallinen prosessikuvaus vaaratapahtumien järjestelmällisestä ilmoitus- ja käsittelymenettelystä?

150. Onko organisaatiossa kirjallinen toimintaprosessi vakavien vaaratapahtumien (kuolemaan tai pysyvään haittaan johtanut tapahtuma) käsittelemiseksi ja korjaaviksi/ ennaltaehkäiseviksi toimiksi vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi?

151. Onko eri organisaatioiden välillä tapahtuneiden vaaratapahtumien ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä (ns. rajapinnan ylittävä vaaratapahtumien ilmoittaminen)?

152. Dokumentoidaanko organisaatiossanne systemaattisesti mittarien antaman tiedon perusteella tehdyt muutokset?

9. Infektioiden torjunta

155. Seurataanko henkilöstön influenssarokotekattavuutta ammattiryhmittäin?

156. Seurataanko käsihuuhteen kulutusta (suhteutettuna käyntimääriin ja hoitopäiviin)?

157. Suoritetaanko käsihygieniahavainnointia?

158. Onko verisuonikanyyli-infektioiden ehkäisyssä on käytössä VIPScore mittaristo?
159. Onko käytössä organisaatiokohtainen mikrobilääkesuositus?
161. hoitoon liittyvät infektiot (vuodeosastot, suhteutettuna hoitopäiviin)?
162. hoitoon liittyvät veriviljelypositiiviset infektiot 1 000 hoitopäivää kohti?
163. veriviljelypositiiviset infektiot per 1000 verisuonikatetripäivää
164. sairaala-alkuinen pneumonia, tapauksia/ 1000 hoitopäivää?
165. verisuonikanyyli-infektiot, tapauksia/1000 hoitopäivää?
166. MRSA-veriviljelylöydösten määrä / 100 000 asukasta sairaanhoitopiirin alueella?
167. uudet MRSA tartunnat osastoilla?
168. clostridium difficile-löydökset sairaanhoito piirin alueella / 100 000 asukasta?
169. sairaala-alkuinen C. difficile, tapauksia/ 1000 hoitopäivää
170. osuus (%) potilaista, joille on epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon (J06.9) määrätty antibiootti?
171. polvien ja lonkkien tekonivelinfektioiden (tai syvien infektioiden) osuus kaikista primäärileikkauksista?
172. tehohoidossa keskuslaskimokatereihin liittyvät infektiot per 1000 katetripäivää?
173. Leikkausprofylaksia (antimikrobilääkitys) annettu 0-60 min. ennen tmp (%)
174. Leikkausalue-infektio % kaikissa toimenpiteissä

10. Lääkitysturvallisuus

176. Onko käytössä lääkehoidon tarkistus/arviointi vähintään vuosittain monilääkityillä yli 75-vuotiailla?
177. Onko lääkehoidon osaamisen varmistamisen menettelyt kuvattu kaikille lääkehoitoon osallistuvilla ammattiryhmille?
178. Onko asiakas- tai potilastietojärjestelmissä integroitua päätöksenteontukea lääkemääräysten tekemiseen?
179. Onko asiakas- ja potilastietojärjestelmissä integroidut interaktiovaroitukset lääkemääräysosiossa?
180. Lääkkeen määräysosoikeuden omaavat ammattilaiset (lääkärit, lääkemääräysosoikeuden omaavat sairaanhoitajat) kirjaavat itse lääkemääräykset lääkehoitomoduliin.
181. iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttö 75 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä?
182. lääkehoitosuunnitelman lukukuitanneiden työntekijöiden %-osuus, kokonaisuudessaan ja ammattiryhmittäin?

183. lääkehoidon vaaratapahtumien perusteella tehtyjen turvallisuutta parantavien kehittämistoimenpiteiden lkm/vuosi

184. kuinka suurella osalla henkilöstöstä lääkehoidon pätevydet ja osaamisen varmistaminen ovat edellytetyllä tasolla?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.

11. Osaaminen ja eettisyys

186. Onko organisaatiossa kirjallinen ammattiryhmäkohtainen perehdytysohjelma, jonka toteutuminen rekisteröidään sähköiseen järjestelmään ja sitä seurataan?

187. Onko käytössä indikaattori: terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen mukaiseen vuotuisen koulutukseen osallistuneiden %-osuus ammattiryhmittäin?

188. Onko organisaatiossa kirjallinen kuvaus ammattipätevyksien tarkistamiseksi ja rekisteröimiseksi työhöntulovaiheessa?

189. Suorittavatko potilaan hoitoon osallistuvat potilaan peruselintoimintojen tarkkailun ja arvioinnin koulutuksen ja vaativien potilastilanteiden koulutuksen, esim. elvytyskoulutuksen?

190. Onko lääkehoidon lupakäytäntöjä koskeva menettely kuvattu ja seurataanko sen toteutumista?

191. Suorittavatko organisaatiossanne kaikki hoitoon tai hoivaan osallistuvat koulutuksen potilasturvallisuuden perusteista (esim Potilasturvallisuutta taidolla -kurssi)?

192. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat infektioiden torjuntaan ja varotoimiin liittyvän (verkko) koulutuksen?

193. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat potilastietojärjestelmien käyttökoulutuksen?

194. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käyttökoulutuksen?

195. Suorittavatko potilaan/asiakkaan hoitoon osallistuvat tietoturvakoulutuksen?

196. Onko käytössä potilasturvallisuuskulttuurikysely?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.

12. Palaute ja reklamaatiot

198. Seurataanko, kuinka suuri osa niistä potilaista/asiakkaista, joiden äidinkieli ei ole suomi, on saanut palvelun ymmärrettävästi omalla äidinkielellään?

199. Onko varmistettu riittävät edellytykset sujuvaan kommunikaation myös erityisryhmiin kuuluville (esim. näkö- ja kuulovammaiset)?

200. Onko organisaatiossanne prosessikuvaus muistutusten ja kantelujen käsittelystä (ilmoitusmenettely, käsittely, kehittämistoimenpiteet, niiden seuranta)

201. Tiedotetaanko potilailenne/asiakkailenne aktiivisesti mahdollisuudesta antaa palautetta?

202. Onko käytössä potilaiden-/asiakkaiden vaaratapahtumailmoitukset (esim. Haipro)?

203. Seurataanko indikaattoria muistutukset ja niistä velvoittaviin päätöksiin johtaneet (lukumäärät)?

204. Seurataanko indikaattoria kantelut ja niistä velvoittaviin päätöksiin johtaneet (lukumäärät)

205. Seurataanko indikaattoria korvatut potilasvahingot?

Jos organisaatiossanne on käytössä vielä muita potilas-/asiakasturvallisuuden mittareita tai menetelmiä käsiteltävänä olevalta osa-alueelta, luetelkaa ne alla.