STAKES

LAATUPALA

2 • 2006

Päivystystoiminnan kehittäminen HUS -piirissä

Päivystyskäynnit lisääntyvät jatkuvasti ja päivystyksen ruuhkahuiput ovat entistä suurempia. Päivystystoimintaa ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista työnjakoa pyritään edistämään Helsingissä ja HUS -piirissä.

Potilasturvallisuussanasto tulossa

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Potilasturvallisuussanastolle on ollut selkeä tarve, jotta pystytään puhumaan yhtenäisillä käsitteillä potilasturvallisuudesta.

PERHE-hanke – monitoimijaista kumppanuutta

Perhekeskustoiminnassa pyritään edistämään koko perheen sosiaalista hyvinvointia luomalla tilaa isyydelle, äitiydelle ja vanhemmuuden taitojen vahvistamiselle.

Reumasäätiön toiminnan kehittäminen

Reumasäätiön sairaala sai viime vuonna laatupalkintokilpilussa tunnustuksen toiminnan ja tulosten erinomaisuudesta ensimmäisenä sairaalana Suomessa.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Sisällys

4 **Lyhyesti**

6 **Päivystystoiminnan kehittäminen HUS-alueella**
Ylilääkäri Sinikka Pohjola-Sintonen ja vt. osastonlääkäri Marjut Varpula, HUS

10 **Potilasturvallisuussanasto tulossa**
Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes, Kuntapalvelut

14 **PERHE-hanke – monitoimijaista kumppanuutta**
Projektisuunnittelija Marjatta Kekkonen ja projektipäällikkö Riitta Viitala, Stakes, Sosiaalipalvelut

18 **Reumasäätiön toiminnan kehittäminen**
Aluejohtaja Jaana Pollari, Reumasäätiö

20 **Stakes tiedottaa**

22 **Pieniä paloja**

LaatuPala
LaatuPala -lehti on neljä kertaa vuodessa ilmestyvä ilmainen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan ja laadun kehittämisen tiedotuslehti. Lisätietoa lehdestä saat LaatuPalan toimituksesta.

Toimitus
Stakes,
Kuntapalvelut
Alue- ja kuntapalvelut
PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 3967 2294
fax. (09) 3967 2155
Käyntiosoite:
Lintulahdenkuja 4,
00530 Helsinki

Päätoimittaja
Marleena Ollikainen
puh. (09) 3967 2271
fax. (09) 3967 2155
marleena.ollikainen@stakes.fi

Toimitussihteeri
Aila Teinilä
puh. (09) 3967 2294
fax (09) 3967 2155
aila.teinila@stakes.fi

Taitto ja ulkoasu
Aila Teinilä

Kuviot
Seija Puro

Kannen kuva
Valkeaa unelmaa
Martti Pirinen

Graafinen suunnittelu
Workshop Pälviä Oy

Julkaisija
Stakes

Painopaikka
Kainuun Sanomat Oy

ISSN 1458-8315

Helinä Kotilainen

Hyvä LaatuPala -lehden lukija

Terve-SOS 2006 messuilla Tampereella myönnettiin Stakesin TERVE-SOS -palkinto Kainuun lapsi -hankkeelle, Kemin kaupungin avosairaala -hankkeelle ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Praksis-hankkeelle. Kainuun lapsi -hankkeessa on uusittu lapsuuden kehitystä tukevia käytäntöjä sekä vahvistettu yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Vanhemmuuden tukemiseen on etsitty uusia muotoja ja lisätty perheiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia. Kemin kaupungin avosairaala- hankkeessa yhdistyvät kotisairaanhoito, ensihoito ja sairaankuljetus. Avosairaala-toiminta lisää kotiin annettavia palveluita ja kohdentaa laitoshoidon ja erikoissairaanhoidon, erityisesti päivystyksen, käyttöä tarkoituksenmukaisemmin.

Edellä mainitut hankkeet ovat hyviä esimerkkejä siitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalvelujen eri tuottajien välistä yhteistyötä pyritään lisäämään ja tekemään siten palveluista asiakaslähtöisempiä. Palvelun tuottajien yhteistyön lisäämisestä on puhuttu jo pitkään ja erilaiset toimintakulttuurit sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksiköissä tekevät yhteistyöstä haasteellisen. Palvelujen käyttäjät toivovat ”luukulta toiselle juoksemisen” vähenevän. Myös tässä LaatuPala- lehden numerossa on kerrottu hankkeista, joissa pyritään lisäämään yhteistyötä eri sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien välillä kuten Perhe- hankkeesta sekä Helsingin ja HUS- sairaanhoitopiirin päivystystoiminnan ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen työnjaon edistämisestä.

Ensi syksyksi olemme täällä LaatuPala lehden toimituksessa suunnitelleet vanhusten hoidon laatua käsittelevää teemanumeroa. Mikäli olette organisaatiossanne olleet mukana jossakin kehittämisprojektissa, joka käsittelee vanhusten hoidon laadun kehittämistä, otamme mielellään vastaan juttuja teemaan liittyen. Lehteen tulevan materiaalin tulisi olla täällä mielellään 31.8.2006 mennessä ja sen voi lähettää osoitteella marleena.ollikainen@stakes.fi.

Luonto on nyt vehreimmillään ja kesä kauneimmillaan, joten nautitaan nyt siitä ja ladataan akkuja tulevaa syksyä ja talvea varten.

Hyvää kesää ja rentouttavaa lomaa kaikille LaatuPala- lehden lukijoille!

Marleena

Laatupäällikköpäivät 16.–17.3.2006

Laatupäälliköiden, -valmentajien ja -vastaavien sekä esimiesten ja johdon koulutuspäivät eli Laatupäällikköpäivät pidettiin jo yhdeksännen kerran Stakesissa 16.– 17.3.2006. Päivien teemana olivat kunta- ja palvelurakenneuudistus, kilpailutus ja organisaatiomuutokset sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Valtiosihteeri Leila Kostiainen Sosiaali- ja terveysministeriöstä aloitti laatupäällikköpäivät puhumalla tämän hallituksen suurimmasta poliittisesta haasteesta eli kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Hänen mielestään tämä uudistus on välttämätön väestökehityksen, kustannusrakenteen ja palveluiden tuottavuuden kannalta. Tulevaisuudessa myös palveluiden tarve tulee kasvamaan ja palveluiden tekijöiden määrä tulee vähenemään. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen rakennuskomponentteja ovat kuntaliitokset, palveluiden järjestämis- ja tuottamistapojen tehostaminen, ylikunnallisten palveluiden kokoaminen ja tehostaminen sekä hallinnon ja ohjauksen parantaminen.

Laatupäällikköpäivillä käytiin myös keskustelua julkisen ja yksityisen palveluntuottajan näkemyksistä kunta - ja palvelurakenneuudistukseen. Yksityiset palveluntuottajat näkevät tässä mahdollisuuden lisätä omaa osuuttaan sosiaali- ja terveysalan palvelujen tuottamisessa, mutta toisaalta keskusteluissa oltiin sitä mieltä, että kuntien ei tulisi ulkoistaa ydinpalveluja kokonaan. Joissakin kunnissa on ulkoistettu jokin tietty osa terveydenhuoltosektorista esimerkiksi lääkäreiden yöpäivystys tai suun terveydenhuolto. Niin edellä mainittu uudistuskin kuin kilpailuttaminenkin pitäisi näkyä parempina palveluina kuluttajille. Helsingin sosiaaliasiamies Lilli Autti nosti esiin ongelmat joita palvelujen ulkoistaminen jo nyt aiheuttaa käyttäjille.

”Onko muutosvastarintaa sittenkään olemassa?” kysyi Jaana Utti laatupäällikköpäivien lopuksi. Sytyttävästi ja innostavasti puhunut Imatran kaupungin resurssijohtaja Jaana Utti kertoi muutoksen läpiviennistä Imatran kaupungissa. Hän korosti työntekijöiden osallistumista ja tasa-arvoista johtamista muutoksessa. Jotta henkilökunta pystyy sisäistämään organisaation omat arvot ja visiot, heidän tulee itse olla tekemässä ja suunnittelemassa niitä. Oman oivalluksen avulla henkilökunta pystyy sitoutumaan paremmin organisaation arvoihin ja toiminta-ajatukseen ja he ovat siten motivoituneimpiä työntekijöitä. Oman työn arvostaminen on myös tärkeää ja hän varoitti ns. työsurkuttelun kulttuurista, joka vallitsee erityisesti kuntasektorilla.

Lisätietoa: Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes, puh. 0400 834 987, maarit.outinen@stakes.fi

Arviointiin ja kehittämiseen ratkaisu

Tuli aika jolloin yhteydenottoa tuli helpottamaan kännykkä. Tuli myös aika jolloin tiedonsaantia tuli helpottamaan internet. Nyt on tullut aika asioiden kehittämiseen. Sähköinen tiedonkeruu on tapa kerätä nopeasti palautetta ja käyttää sitä tukijalkana päätöksenteossa. Sähköisessä tiedonkeruussa jokaisella työyhteisön jäsenellä on tasapuolinen mahdollisuus ilmaista mielipiteensä.

ZEF Solutions on sähköisen palautteenkeruun menetelmä. ZEF Solutions Oy on toiminut vuodesta 2001 alkaen. Sosiaali- ja terveysalalle (SoteZEF)on lähdetty maaliskuun alusta. ZEF- menetelmällä vastaaminen on mahdollista nelikentässä.

SoteZEF on internetin kautta toimiva palvelu arviointien suorittamiseen. SoteZEF:ssä on valmiita kyselypohjia asiakaspalautteen keruuseen, työhyvinvoinnin selvittämiseen sekä lakisääteisen vaara- ja riskiarvioinnin toteutukseen. Näiden lisäksi on ideapankki, jonne työntekijät voivat jättää ideoita ja innovaatioita. Organisaatio ratkaisee miten parhaat ideat/innovaatiot palkitaan. Yksittäisen arvioinnin toteutus onnistuu ZEF:llä helposti ja nopeasti. Asiakkaalta tarvitaan ainoastaan sähköpostiosoitteet ja kysymykset, millä asiakas haluaa arvioida esimerkiksi työyhteisön tilaa. Arviointipohjat tehdään ohjelmalla joko itse tai käyttämällä valmiita pohjia. Arviointipohjan valmistumisen jälkeen ohjelmaan syötetään vastaanottajien sähköpostiosoitteet. Tämän jälkeen arviointipohja lähetetään vastaajille sähköpostiin. Sähköpostissa on viesti arvioinnista ja arvioinnin toteuttajasta sekä linkki, jota klikkaamalla arviointipohja aukeaa. Vastaaminen tapahtuu hiirellä klikkailemalla vastausalueelle. Raportin voit tulostaa arvioinnista joko kesken arvioinnin tai arvioinnin jälkeen. Raportti on selkeä ja helppolukuinen ja siitä näkee yhdellä silmäyksellä työyhteisön kipupisteet.

Lisätietoa: Markus Karjula, ZEF Solutions Oy, puh. 045 138 869, markus.karjula@zef.fi, www.zef.fi

Väitöskirjat

Oulun yliopistossa tarkastettiin 10.3.2006 **Kyllikki Syrjäpalon** väitöskirja *Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta.*

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään psykiatrisen sairaalan henkilökunnan arvoja, potilaiden hoidossaan arvostamia asioita ja psykiatrisen hoidon nykytilaa. Henkilökunnan (n = 125) aineisto kerättiin Schwartzin arvomittarilla ja organisaation toiminnan tilan mittarilla. Potilaiden (n = 47) aineisto kerättiin organisaation toiminnan tilan mittarilla.

Henkilökunnalle tärkeimmät yksittäiset arvot olivat rehellisyys, omien vanhempien työn kunnioittaminen, perheen turvallisuus, terveys, vastuuntunto, mielihyvä ja elämänkokemus. Vähiten tärkeitä arvoja olivat uhrautuva työ työnantajan hyödyksi, uskonnollisuus, jännittävä elämä ja varakkuus. Tärkeimmiksi motivaatiotyyppiarvoiksi erottuivat hedonismi, turvallisuus ja universalismi ja vähiten tärkeinä pidettiin vaihtelunhalua, perinteitä ja valtaa. Henkilökunnan arvoina korostuivat kollektiiviset, yhteisölliset arvot. Potilaan hoitoon liittyviä tärkeitä arvoja olivat ihmisarvon kunnioittaminen, inhimillinen kohtelu, luotettavuus ja hoitoympäristön turvallisuus. Hoitamisen, johtamisen ja ilmapiirin toiminnan tila sijoittui tyydyttävän ja hyvän välille. Työyksiköiden vahvuuksina korostuivat ammattitaito, osaaminen, kokemus, yhteistyö ja sitoutuminen työhön. Yksityisyys osastolla ja hengellinen hoito toteutuivat kaikkein huonoimmin.

Ihmisarvo sairaudesta huolimatta oli potilaille tärkeä arvo. Ihmisarvoon potilailla liittyi odotusarvoja, jotka olivat totuus, inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Potilaat arvostivat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Hoitomuodoista arvostettiin lääkehoitoa, kriisiapua, omahoitajuutta ja perushoitoa. Potilaista kaksi kolmasosaa koki omien oikeuksiensa toteutuvan hyvin. Pakottaminen hoitoon, alistetuksi tulemisen kokemus, ympäristöstä johtuvat pelot ja yksityisen tilan puute koettiin vaikeina asioina. Henkilökunnan ja potilaiden arvoissa ja arvostuksissa oli havaittavissa samankaltaisuutta lukuun ottamatta terveyden arvoa, jota potilaat eivät tuoneet esille. Psyykkinen sairaus ei siten näyttäisi muuttavan oleellisesti ihmisen arvomaailmaa.

Tutkimuksen laadullinen osa toi esille ristiriitaisuutta hoitamisen ihanteiden ja käytännön todellisuuden välillä. Työyhteisössä ristiriitoja aiheuttivat väärä vallankäyttö, työmotivaation epätasaisuus, potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät seikat sekä työ- ja hoitoympäristön rakenteiden ongelmat. Ajoittaisista arvoristiriidoista huolimatta hoidon todettiin olevan pääosin hyvää, turvallista, inhimillistä ja oikeudenmukaista.

Lähde: http://herkules.oulu.fi

VTM **Maili Malinin** väitöstutkimus *Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa* tarkastettiin Helsingin yliopistossa 22.4.2006.

Sosiologian alaan kuuluvassa tutkimuksessa selvitettiin sitä, miten lääkärit puhuvat ja kirjoittavat hedelmällisyydestä, sen hoidoista, hoidettavista naispotilaista ja lapsista. Tutkimuksen mukaan äitiyden kulttuuriset reunaehdot korostuvat lapsettomuuden hoidossa, sillä lääkärien puhe sopivasta vanhemmuudesta koski pääosin vain naista.

Lääkärihaastattelujen analyysi osoittaa, että vaikeissa potilasvalintatilanteissa korostuu syntyvän lapsen etu, sillä lääkärien puheen mukaan lapsen hyvän elämän ja hedelmöityshoidon saannin tärkeimmät edellytykset ovat samat: äitiehdokkaan terveys ja elinvoimaisuus. Hedelmöityshoitojen antamista ei lapsen etua ajatellen pidetty sopivina, jos naisella tai hänen puolisollaan on mielenterveys-, päihde- tai muita psykososiaalisia ongelmia. Myös urakeskeisen tai yksinäisen naisen kykyä äitiyteen epäiltiin.

Tutkimuksen mukaan hedelmöityshoitojen yleistymisen myötä lapsen ja vanhemman geneettinen suhde on korostunut. Koska yleensä ihmiset tekevät lapsensa itse, yrittävät näin myös lapsettomuutta kokevat: Ensisijaisesti halutaan geneettisesti oma lapsi, toissijaisesti geneettisesti suomalainen lapsi luovutetuilla tutun tai tuntemattoman suomalaisen sukusoluilla tai alkiolla ja viimeisin vaihtoehto on ulkomaalaista syntyperää oleva adoptiolapsi. Suomalainen alku- ja syntyperä näyttää tutkijan mukaan edustavan lapsen terveyttä, tuttuutta, hyväksyttävyyttä, riskittömämpää elämää ja näin perhe-elämän parempaa hallittavuutta.

Lisätietoa: Maili Malin, puh. 040 7296 640, maili.malin@mll.fi

Lähde: Maili Malin. Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa Stakes, Tutkimuksia 156. Helsinki 2006

Sisätautiopin dosentti, ylilääkäri Sinikka Pohjola-Sintonen
HYKS
Sisätautien erikoislääkäri, vt.osastonlääkäri Marjut Varpula
HYKS

Päivystystoiminnan kehittäminen HUS-alueella

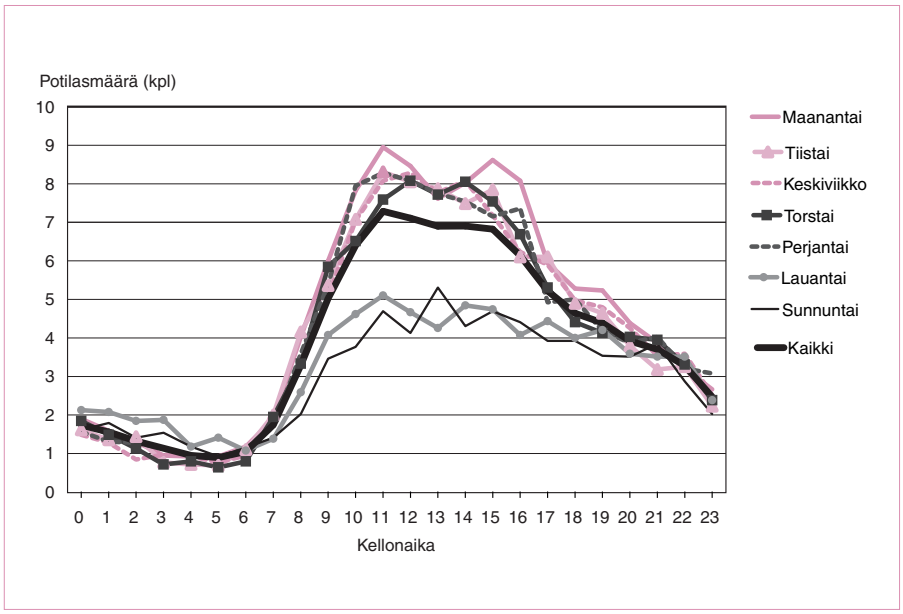
Päivystystoiminnan merkitys on lisääntynyt lääketieteen ja sairaanhoitojärjestelmän kehityksen myötä. Etupainotteisen hoidon edut ovat ilmeiset, mikä näkyy vaikkapa akuutin sepelvaltimokohtauksen hoidossa. Hyvin hoidettu päivystys säästää ja huonosti hoidettu lisää hoidon kokonaiskustannuksia. Päivystyskäynnit lisääntyvät Suomessa jatkuvasti ja ilmiö on kansainvälinen. Päivystyksen ruuhkahuiput ovat entistä suurempia. Yleisö ja media ovat kiinnostuneita päivystyspalveluista. Päivystystä käytetään myös sinne kuulumattomien vaivojen tai ongelmien hoidossa.

HUS-alueen erikoissairaanhoidon päivystys on sisätautien toimialan vastuulla, samoin yhteispäivystyspisteet perusterveydenhuollon kanssa. Vain eriytyneet, yleensä koko aluetta palvelevat erikoisalapäivystykset (esimerkiksi Töölön sairaala) toimivat oman toimialansa puitteissa. Toiminnan kehittämistarpeita varten esitettiin projektisuunnitelmaa päivystystoiminnan selvittämiseksi HUS-piirissä.

Etelä-Suomen lääninhallitus myönsi helmikuussa 2004 HUS:n sisätautien toimialalle valtionavustusta kehittämishankkeeseen, jossa pyritään edistämään päivystystoimintaa ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista työnjakoa Helsingissä ja HUS-piirissä. Kunnallista rahoitusta hanke sai HUS:n kehityshankerahoista. Hankkeen tavoitteena oli

- selvittää, miten päivystys on järjestetty ja ohjeistettu alueella ja noudatetaanko ohjeistusta
- selvittää väestön ja päättäjien odotukset päivystystoimintaa kohtaan
- selvittää, miten päivystys on otettu huomioon laadittaessa hoitopolkuja ja -ketjuja HUS-piirissä
- kehittää ja pilotoida mittareita päivystysten keskeisten prosessien arviointiin
- nimetä syyt ja toimintatavat, jotka rajoittavat sovitun potilasohjeistuksen toteutumista, koettua hoidon laatua tai lääketieteellistä lopputulosta ja nostavat kustannuksia

Projektisuunnitelman laati ylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki ja sen toteutuksesta vastasi toimialajohtaja Carola Grönhagen-Riska yhdessä professori Markku S Niemisen kanssa. Hankkeen toteutukseen osallistui HUS:n ensihoidon ja päivystyksen, sisätautitoimialan ja Helsingin kaupungin terveydenhuollon lääkäreitä. Erikoislääkäri Marjut Varpula toimi projektiryhmän koordinaattorina. Projektiin liittyen järjestettiin 15.9.2005 päivystystoiminnan seminaari Biomedicumissa. Projektin raportti on juuri valmistunut.

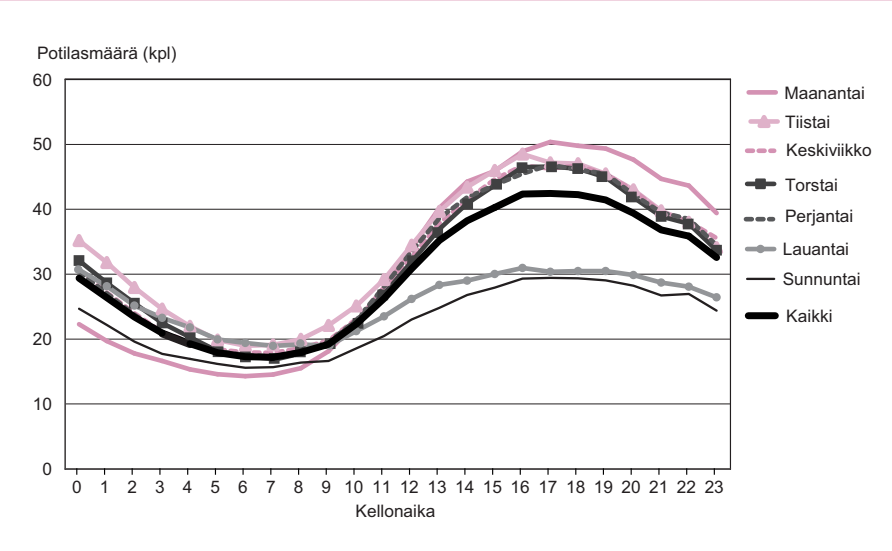


Kuva 1. Päivystykseen saapuvat potilaat jaoteltuna kellonajan ja viikonpäivän mukaan

Päivystystoiminnan järjestäminen

HUS-piiri kattaa noin neljänneksen Suomen väestöstä, joten alueen päivystyspalveluiden yksityiskohtainen selvittäminen oli tuntuva urakka. Volyymit ovat mittavia: HUS:n päivystyspoliklinikkakäyntejä oli vuonna 2004 yhteensä 205 034 ja niistä kertyi 123 miljoonaa euroa kuntalaskutusta. Osoittautui, että päivystys oli keskittynyt jo varsin pitkälle. Erikoissairaanhoidon päivystyspisteitä on HYKS Helsingin sairaaloiden ja Malmin sairaalan lisäksi vain kuusi: Jorvin, Peijaksen, Porvoon, Hyvinkään, Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaalat. Kaikissa näissä toimii ainakin osan vuorokaudesta yhteispäivystys perusterveydenhuollon kanssa.

Koko Uudenmaalla ainoa ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon erillinen päivystyspiste on Kirkkonummella. Helsin-



Kuva 2. Päivystyksessä kirjattuna olevien potilaiden määrä jaoteltuna kellonajan ja viikonpäivän mukaan

gin sairaaloissakin päivystyksen keskitys on edennyt pitkälle. Monet päivystyspisteet ovat erikoisalansa ainoita koko HUS-piirissä (silmäsairaudet, korva-nenä ja kurkkusairaudet, raskas traumatologia, neurokirurgia jne). Suunnitelmissa on vielä yöllisten päivystysleikkausten keskittäminen.

Helsingissä on potilasohjaus, joka ohjaa potilaat hoitoon alueen ja tarvittavan lääketieteellisen tason mukaiseen hoitopaikkaan. Ensihoito on tärkeä osa nykyaikaista päivystystoimintaa. Ensihoidon toiminnasta ei ole toimintatietoja ja niiden keräämiseksi tehtiinkin projektin puitteissa suuritöinen selvitys. Palveluiden tuottajia on paljon ja niiden taso vaihtelee. Helsingin ensihoitojärjestelmä on esimerkki hyvin organisoidusta, toiminnan laatua seuraavasta yksiköstä.

Apua ruuhkien hallintaan

Projektin puitteissa toteutettiin päivystysprosessin selvitys 1.6.–31.12.2005 Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikalla. Selvityksestä valmistui tekniikan ylioppilas Juho Mattilan diplomityö (http://users.tkk.fi/~jimattil/HUS/dippa.pdf). Selvityksessä ilmeni, että potilaiden tulo päivystyspoliklinikalle on vilkkaimmillaan klo 10–15 (Kuva 1) ja että läpimenoaika on keskimäärin 7 tuntia. Niinpä käytännön työssä havaittu iltaruuhka sai selityksensä: potilaita on päivystyspoliklinikalla eniten päivystysajan alkamisesta iltaan klo 22 saakka (Kuva 2). Illan tunteihin kasautuu yhtaikaista työtä, kun samaan aikaan piti kotiuttaa, hoitaa ja ottaa vastaan uusia potilaita enemmän kuin muina vuorokauden aikoina. Sekä hoitohenkilökunnan että lääkäreiden miehitys on taas suurin virka-aikana.

Selvityksessä kävikin ilmi, että työntekijää kohti laskettu kuormitus oli hoitohenkilökunnalla suurin illalla ja pienin yöllä ja aamulla. Selvityksessä todettiin edelleen läpimenoaikaa hidastavia tekijöitä. Merkittävin niistä oli röntgentutkimuksen valmistumisen odottaminen. Aamulla pyydetyn röntgentutkimuksen valmistuminen kesti keskimäärin 4.5 tuntia ja perjantaisin lähes viisi tuntia. Myöhemmin päivällä pyydetyt tutkimukset valmistuivat nopeammin, mutta aamun pitkä viive kasasi vaikeasti hallittavan ruuhkan iltapäivään ja iltaan. Potilaan kirjaus päivystyspoliklinikalle ja siirto hoitopaikalle osoittautui myös päällekkäisiä toimintoja sitovaksi ja aikaa kuluttavaksi. Ruuhkan osoitettiin hidastavan monia toimintoja ja pidentävän entisestään läpimenoaikaa. Puute jatkohoitopaikoista lisäsi ajoittain tuntuvasti läpimenoaikaa.

Projektiin puitteissa koottiin Marian, Jorvin, Peijaksen ja Hyvinkään sairaaloissa toteutettujen päivystystä koskevien hankkeiden tiedot. Näissä nousivat esiin päivystyksen riittämättömät henkilö- ja tilaresurssit, pitkä odotus lääkärintutkimukseen, ajoittain hallitsemattomat ruuhkapiikit ja potilasohjauksen tärkeys. Varsinkin terveyskeskuspäivystykseen tuli selvityksen mukaan paljon potilaita joiden vaiva tai asia ei olisi lainkaan vaatinut päivystyskäyntiä. Tällaisia oli hoitajien arvion mukaan 33 % ja lääkärin arvion mukaan 42 % käynneistä Jorvin terveyskeskuspäivystyksessä.

Päivystystoiminnan ongelmat

Jatkohoitopaikkaa odottavat vaikeuttivat toimintaa kaikilla päivystyspoliklinikoilla. Samat ongelmat nousivat esiin kerättäessä projektin yhteydessä tietoja HUS:n eri sairaanhoitoalueiden päivystystoiminnan järjestelyistä. Myös viime aikoina ilmennyt pula kokeneesta henkilökunnasta vaikeuttaa päivystystoimintaa. Päivystysten ruuhkien lisääntymisen tärkeäksi tekijäksi nähtiin väestön ikääntymisestä johtuva sairastuvuuden lisääntyminen, joka päivystyspisteiden keskittämisen takia johtaa yhä mittavampiin ruuhkiin. Toinen tärkeä tekijä oli akuuttisairaaloiden liian korkea täyttöaste. Lähes kaikkien akuuttisairaaloiden vuotuinen täyttöaste oli korkea, jopa yli 100 %.

Muiden maiden kokemuksista oppia
Projektissa perehdyttiin myös päivystystoimintaa käsitelleisiin eri maiden tutkimusraportteihin. Iso-Britanniassa tavoitteeksi asetettiin päivystyksessä vietetyn ajan vähentäminen neljään tuntiin vuonna 2000. Vielä v. 2003 25 % potilaista viipyi päivystyksessä yli neljä tuntia, mutta vuonna 2005 enää alle 10 %. Tuore arvio piti juuri päivystyksen läpimenoajan lyhenemistä arvokkaana saavutuksena Englannissa. Sen sijaan muita terveydenhuollon tavoitemittareita ei pidetty toiminnan ohjaamisen kannalta aina onnistuneina.

Hankkeen onnistumisen takana on mittava tutkimus- ja selvitystyö sekä hallinnolliset ohjaustoimet. Vuonna 2004 selvitettiin, miksi osa potilaista viipyi päivystyspoliklinikalla yli neljä tuntia. Neljännes heistä odotti vuodepaikkaa ja toinen neljännes erikoislääkärin konsultaatiota. Monisairaiden vanhusten ja psykiatristen potilaiden hoitoaika päivystyspoliklinikalla oli tavoitteita pidempi. Kanadassa tavoitteeksi on asetettu kuuden tunnin läpimenoaika. Sielläkin tärkeimmäksi syyksi päivystysruuhkiin on arvioitu pula akuuttisairaaloiden vuodepaikoista. Keinot päivystyspotilaiden läpimenoajan lyhentämiseksi

- sairaaloiden väliset siirrot optimoitava
- pahimpien ruuhkahuippujen aikana yhteinen käännytysstrategia
- kotihoitoon ja kotisairaalahoitoon panostaminen
- päivystysosastot alle 24 tuntia sairaalahoitoa tarvitseville
- tukiverkostot niille, jotka eivät hyödy sairaalahoidosta mutta tarvitsevat apua arkipäivän pärjäämisessä
- tiedonkulun parantaminen terveydenhuollon yksiköiden välillä

Päivystysalueet

- Perusterveydenhuollon pisteet eri kunnissa.
- Erikoissairaanhoidon pisteet eri alueilla ja vaativa erikoissairaanhoito Meilahden sairaala-alueella

Läntinen päivystysalue

- Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja perusterveydenhuollon toimipisteet

Hanko	Nummi-Pusula
Inkoo	Pohja
Karjaa	Sammatti
Karjalohja	Siuntio
Lohja	Tammisaari

Pohjoinen päivystysalue

- Hyvinkään aluesairaala ja perusterveydenhuollon toimipisteet

Hyvinkää	Mäntsälä
Järvenpää	Nurmijärvi
Karkkila	Tuusula

HYKS päivystysalue

- Meilahti, Jorvi, Peijas, Helsingin itäinen ja perusterveydenhuollon toimipisteet

Espoo	Kerava
Helsinki	Sipoo
Kauniainen	Vantaa
Kirkkonummi	

Itäinen päivystysalue

- Porvoon sairaala ja perusterveydenhuollon toimipisteet

Askola	Pernaja
Lapinjärvi	Pornainen
Liljendal	Porvoo
Loviisa	

Kuva 3. Päivystystoiminnan alueellinen suunnitelma HUS-alueella

Pääkaupunkiseudun nopea väestömuutos lisää päivystyksen kehittämispaineita.

- sairaalan vuodeosastojen käytön tehostaminen: riittävästi vuodepaikkoja, joiden täyttöaste on hallinnassa, nopeat potilassiirrot, kotiutuspäivän suunnittelu ennalta, sairaalapaikkojen vapauttaminen niitä välttämättä tarvitseville (vastauksia tai kotiutusta odottavat pois sängystä)

Akuuttisairaaloiden täyttöaste on yksi keskeisimmistä päivystyksen sujuvuutta säätelevistä ehdoista. Täyttöasteen ylittäessä vuositasolla 85 % alkavat siitä koituvat hankaluudet kuormittaa päivystystä ja myös nostaa toiminnan kokonaiskustannuksia.

Päättäjien ja käyttäjien mielipiteet

Potilastyytyväisyyskysely tehtiin marraskuussa 2004 kaikilla HUS:n poliklinikoilla. Se toteutettiin jakamalla potilaille poliklinikkakäynnin yhteydessä kyselylomake. Eniten tyytymättömyyttä aiheuttivat odotusajat päivystyspoliklinikoilla. Erityisesti odotusaika lääkärin tutkimukseen arvioitiin liian pitkäksi, mutta myös odotusajat röntgen- ja laboratoriotutkimuksiin koettiin pitkiksi. Toimitilojen viihtyvyys arvioitiin huonoksi useimmissa paikoissa. Saatuun hoitoon oltiin erittäin tyytyväisiä (4.2/5).

Johtaville virka- ja luottamusmiehille osoitetun kyselyn tulokset osoittivat, että päättäjät olivat hyvin perillä päivystykseen liittyvistä ajankohtaisista keskusteluaiheista. Päättäjille tulleessa palautteessa korostui tarkoituksenmukaisten tilojen, henkilöstön riittävyyden sekä hyvän hoidon ja kohtelun merkitys. Yhteispäivystyksiä pidettiin päivystystoiminnan kehittämismallina.

Projekti käynnisti muutoksia

Projektin seurauksena on käynnistetty monia hankkeita ja muutoksia. Meilahden sairaalassa potilaan tuloprosessia on yksinkertaistettu ja järjestetty aulahoitaja vastaamaan istuvista potilaista. Muutokseen ovat sekä henkilökunta (alkuvastustuksen jälkeen) että potilaat olleet tyytyväisiä, ja muutoksen vaikutusta tuloprosessin kestoon mitataan paraillaan.Päivystyspoliklinikalle sairaalan ulkopuolelta tuleva puhelinliikenne on runsasta ja häiritsee potilaiden sisäänkirjausta. Osaa soitoista valmistellaan siirrettäväksi 10023 puhelinpalveluun. Röntgenin läpimenoajan lyhentämiseksi on yhdessä Kuvantamisen liikelaitoksen kanssa asetettu tavoitteeksi viiveen puolittaminen. Sen toteutuminen vähentäisi läpimenoaikaa lähes kahdella tunnilla. Tämä taas madaltaisi iltapäivän kuormitushuippua jopa kolmanneksella ja vähentäisi iltavuoron kuormaa.

Muutokset on toteutettu helmi–huhtikuun aikana, ja kontrollimittaus tehdään toukokuun alussa. Työvuoroja on sovitettu kohtaamaan aiempaa paremmin poliklinikan kuormitusta. Hoitotietojärjestelmän raporttityökalua on kehitetty ja se antaa nyt ajantasaisen kuvan eri erikoisalojen potilasmääristä, läpimenoajoista, hoitoontulooireesta ja päivystyspoliklinikan kuormituksesta. Muutosten vaikutukset näkyvät jo: läpimenoaika oli helmikuussa 400 minuuttia, eli tunnin lyhyempi vuotta aiemmin mitattuun läpimenoaikaan verrattuna

Mitä on tulossa

Pääkaupunkiseudun nopea väestömuutos lisää päivystyksen kehittämispaineita. Muuttovoitto tuo alueelle uusia asukkaita ja varsinkin Hyvinkään, Jorvin ja Peijaksen alueiden väestö vanhenee nopeasti. Suuret ikäluokat ovat tulleet sairastamisikään ja esimerkiksi aikuisiän diabeteksen lisääntymisen seuraukset heijastuvat päivystyspalveluiden käytön kysyntänä. Alueen metropoliluonne näkyy suurena yksinasujien, päihderiippuvien, HIV-potilaiden ja maahanmuuttajien määränä, samoin väestön olojen polarisoitumisena.

Päivystystoiminnan merkityksen ymmärtäminen näkyy lisääntyneinä vaatimuksina kokeneen työvoiman käytöstä päivystyspisteissä. HUS:ssa muun muassa Meilahden ja Marian sairaaloiden päivystyspoliklinikalla työskenteekin virka-aikana alan erikoislääkäri. Kehitys vie kohti päivystysalan ammattilääkäreiden muodostamaa päivystyksen selkärankaa.

Päivystystoiminnan kehittämisen haasteet jatkuvat voimakkaina. Marian sairaalan päivystyspoliklinikalla tavoitteena on saada ajoittain useita vuorokausia päivystyspoliklinikalla vuodepaikkaa odottavat potilaat viimeistään 15 tunnin kuluessa vuodepaikalle ja kaikkien päivystyspotilaiden hoitoaika lyhenemään. Vuonna 2009 Meilahden alueelle valmistuvan yhteispäivystyssairaalan myötä päivystys pääsee asianmukaisiin toimintatiloihin. Itäiselle suunnalle tarvitaan toinen yhteispäivystyspiste Helsingissä ja siitä onkin periaatepäätös. Peijaksen sairaalan päivystysalueen laajennus valmistuu vuoden 2006 lopussa. Se on projektinkin selvitysten mukaan osoittautunut erittäin tarpeelliseksi. Myös Jorvin sairaalan päivystys vaatii tarkastelua. Koko HUS-alueen päivystys on hahmotettavissa neljäksi alueelliseksi kokonaisuudeksi (Kuva 3). Päivystyksen selvitysprojekti raportteineen on hyvä perusta toiminnan kehittämiselle.

Lisätietoa:
Sisätautiopin dosentti, ylilääkäri
Sinikka Pohjola-Sintonen
HYKS, Päivystys ja valvonta
sinikka.pohjola-sintonen@hus.fi

LL, sisätautien erikoislääkäri,
vs. osastonlääkäri Marjut Varpula
HYKS, Anestesiologian klinikka
marjut.varpula@hus.fi

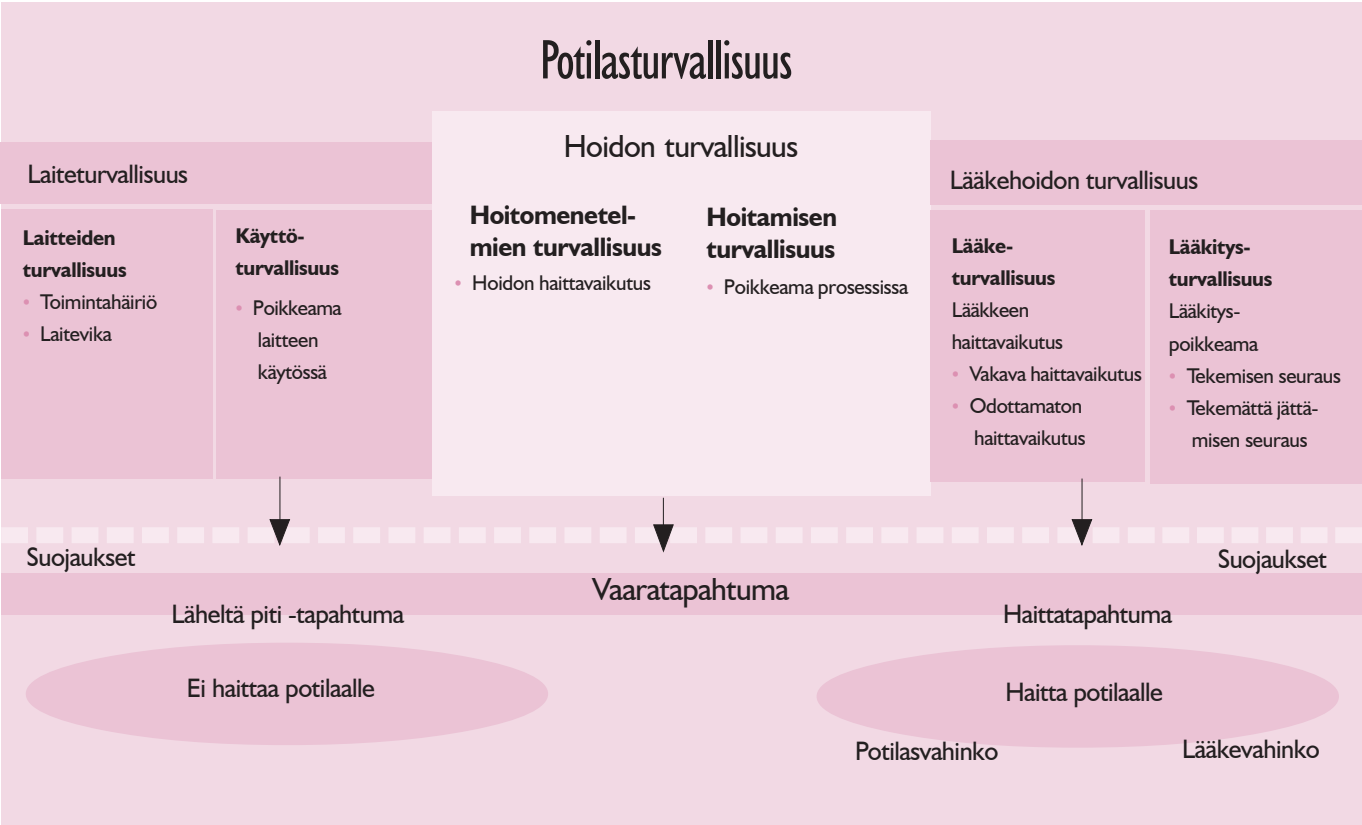
Erikoissuunnittelija
Maarit Outinen
Stakes
Kuntapalvelut

Potilasturvallisuussanasto tulossa

Monien kaipaama potilasturvallisuussanasto on laadintansa viime metreillä. Esittelemme sen LaatuPalan lukijoille sellaisella varauksella, että pieniä viilauksia joihinkin määritelmiin voi vielä tulla. Kesän aikana lopullinen versio tulee ainakin Stakesin verkkosivuille. Lääkehoidon turvallisuussanasto on samassa kehitysvaiheessa ja se esitellään lehden seuraavassa numerossa.

Potilasturvallisuussanaston laatimisen keskeinen kimmoke on ollut se, ettei potilasturvallisuuteen liittyvässä keskustelussa ole ollut suomenkielistä, yhdenmukaisen käyttötavan ja keskustelun mahdollistavaa sanastoa/termistöä. Vakiintunutta termien käyttötapaa ei ole ollut muissakaan kielissä, mikä on vaikeuttanut kirjallisuuteen tutustumista. Kansainvälisesti on kuitenkin aivan viime vuosina käynnistynyt hankkeita, jotka tähtäävät yhdenmukaiseen sanastoon. WHO:ssa on käynnissä potilasturvallisuuden kehittämishanke, johon liittyy sanaston laadinta. Sen pohjana tullaan oletettavasti käyttämään JCAHO:n laatimaa sanastoa ja luokittelua, joka on ollut käytettävissä tätä työtä Suomessa tehtäessä. Euroopan Neuvoston asiantuntijaryhmässä on laadittu potilasturvallisuustermistö, jonka laadinta on tapahtunut yhteistyössä toisen työryhmän lääkehoidon turvallisuussanaston laadinnan kanssa. Nämä sanastot ovat olleet pohjana tällekin nyt luonnosvaiheessa olevalle sanastolle. Taustalla on myös laaja kansainvälinen kirjallisuus, johon työn aikana on tutustuttu.

Perinteinen näkemys potilasturvallisuudesta on yksilökeskeinen ja korostaa yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen tekemiä virheitä. Virheitä ei saa tapahtua, virheisiin syyllistyneet on löydettävä ja heitä on rankaistava. Nämä sanastot toivottavasti auttavat analysoimaan myös järjestelmätasoa ja laajemmin erilaisten poikkeaminen syitä, oppimaan niistä sekä löytämään ratkaisuja poikkeamien ehkäisyyn.



Kuva 1. Potilasturvallisuus

Sanastoille on selkeä tarve. Yhteisen kielen ja sanaston puute vaikeutta kommunikaatiota ja on omiaan aiheuttamaan väärinkäsityksiä. Sekä systemaattinen kehittämistyö että tieteellinen tutkimus edellyttävät yhteisesti hyväksyttyä käsitteistöä. Oman haasteensa tuovat mukanaan nopeasti kehittyvät raportointijärjestelmät, jotka edellyttävät tarkkaan mietittyjä luokituksia ja käsitehierarkioita.

Potilasturvallisuussanaston laadinta on käynnistynyt Lääkäriliiton laatuneuvoston koolle kutsumasta työryhmästä keväällä 2005 ja sanaston tarve todettiin myös Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän potilasturvallisuusverkoston ensimmäisessä kokouksessa marraskuussa 2005. Sanaston ovat laatineet Maarit Outinen ja Ulla Idänpään-Heikkilä Stakesista sekä Terhi Toivo ja Anne Lehtonen Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdosta. Laatijat kiittävät ansiokkaasta kommentoinnista Kaarin Ruuhilehtoa ja Jari Knuuttilaa VTT:ltä. Molempia sanastoja on täydentänyt keväällä 2006 asiantuntijaryhmä ja sanastoihin pyydettiin kommentit sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusverkostolta.

Määrittelyt ja niiden käyttö

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja turvallisuutta (quality and safety of care; vårdkvalitet och säkerhet). Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus (kuva 1). Periaatteessa lääkehoidon turvallisuus ja laitteen käyttöturvallisuus ovat osa hoidon turvallisuutta, mutta ne on tärkeytensä vuoksi nostettu esiin itsenäisinä alueinaan.

Näissä kaikissa turvallisuuden osa-alueissa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus (hoitomenetelmän, lääkkeen, laitteen turvallisuus) sekä hoitoprosessin turvallisuus (hoitamisen turvallisuus, lääkitysturvallisuus, laitteen käyttöturvallisuus). Menetelmän turvallisuuden yhteydessä puhutaan haittavaikutuksesta (hoidon tai lääkkeen haittavaikutuksesta tai laitteen turvallisuudesta). Hoitoprosessin turvallisuutta voi vaarantaa poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista (poikkeama sovitusta hoitotavasta, lääkityspoikkeama, laitteen virheellinen käyttö).

Sanastossa määritellään keskeiset potilasturvallisuuteen liittyvät käsitteet. Seuravassa numerossa esiteltävä Lääkehoidon turvallisuussanasto noudattaa näitä yleisiä periaatteita ja määrittelyjä. Laiteturvallisuuteen liittyy oma lainsäädäntö ja siihen perustuvat menettelyt (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 1505/1994).

Sanastoon on pyritty kokoamaan keskeisin sanasto ja siksi se ei voi kattaa koko potilasturvallisuuden kenttää. Joillekin käyttäjille sanasto toimii tukena potilasturvallisuusasioista puhumiseen ja kirjoittamiseen. Raportointijärjestelmiä kehittävät saattavat joutua poimimaan molemmista sanastoista käyttökelpoisimmat ja vielä täsmentämään niitä edelleen. Tarkkoja luokitteluja ja raportointijärjestelmiä kehittävät saattavat myös huomata joidenkin tarpeellisten sanojen puuttuvan. Luokituksessa on lähdetty organisaatiotason tarpeista. Kansallisen tason haittatapahtumaluokitukselle asetetaan tiukemmat vaatimukset esimerkiksi vertailtavuuden suhteen (lisää kohdassa rajaukset). Jatkossa haittatapahtumien kansallinen luokitus on välttämätön osa kansallisen raportointijärjestelmän kehittämistä.

Ei haittatapahtumaluokittelua

Potilasturvallisuutta vaarantavia haittatapahtumia tai läheltä piti -tilanteita koskevan tiedon raportointi organisaatiossa edellyttää erilaisia luokituksia, jotka liittyvät esimerkiksi haittatapahtuman vaikutuksiin (millainen ja minkä asteinen haitta potilaalle syntyi), haittatapahtumatyyppeihin (missä prosessissa tai minkä toimenpiteen yhteydessä haittatapahtuma sattui), tapahtumaolosuhteisiin/tilannetekijöihin (mikä organisaatio tai sen osa, mikä ammattiryhmä), haittatapahtuman syytekijöihin (ei-toivottuun tulokseen johtaneet tekijät) tai ennaltaehkäisemisen keinoihin (toimet joihin ryhdytään vaikutusten vähentämiseksi). Tässä esimerkissä luokittelu perustuu Changin artikkelissaan esittelemään luokitteluun, mutta se voidaan myös tehdä monella muullakin tavalla.Tätä potilasturvallisuussanastoa laadittaessa erilaiset luokitukset rajattiin sanaston ulkopuolelle. Ajatus perustuu siihen, että kukin organisaatio toimialasta ja organisaatiotyypistä riippuen halunnee tehdä luokitukset itse, omista tarpeista johtaen. Yhdenmukaisen luokittelutavan laatimiseen tulee kuitenkin palata sitten, kun kansallisen raportointijärjestelmän luominen tulee ajankohtaiseksi.

Niukasti järjestelmätason sanastoa

Sekä potilasturvallisuus- että lääkehoidon turvallisuussanasto keskittyvät potilastyön turvallisuuteen. Siksi niissä sanastoissa ei käsitellä esimerkiksi lääkkeiden tuotantoprosessiin liittyviä tai palvelujen rakenteeseen ja järjestämistapaan liittyviä asioita. Sanastoissa on jonkin verran järjestelmätason sanoja (esim. suojaukset), mutta siitä puuttuu laajempi aihepiirin sanasto. Muun muassa johtaminen ja johdon vastuu ovat keskeisiä potilasturvallisuuden edistämisessä, mutta eivät edellytä tässä yhteydessä erityistä sanojen määrittelyä. Sanastosta puuttuvat myös erilliset kirjaamiseen ja muuhun tiedonkulkuun sekä seurantaan ja raportointiin liittyvät sanat. Mikään ei estä käyttämästä sanaston logiikkaa muidenkin sanojen määrittelyssä (esimerkiksi kirjaamispoikkeama).

Sanastoa laadittaessa on otettu mukaan

Potilasturvallisuuden määritelmät

Potilasturvallisuus / Patientsäkerhet / Patient safety

- Terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden. On osa hoidon laatua.

Suojaukset / Barriärer, skydd / Barriers, defences

- Tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosessiin suunnitellut ja sisältyvät rakenteet ja menettelyt, joiden tarkoituksena on tunnistaa haitalliset poikkeamat ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumaan.

Poikkeama / Avvikelse / Nonconformity, error

- Mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä sellainen 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 sävyltään 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 / Patient safety incident

- Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle.

Haittatapahtuma / Negativ händelse / Adverse event

- Sellainen vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle.

Läheltä piti –tapahtuma / Tillbud / Near miss

- Sellainen vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, mutta ei aiheuttanut tai poikkeama, joka havaittiin ja korjattiin ennen kuin se pääsi aiheuttamaan haittaa.

Haitta / Skada / Harm

- Potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus, joka voi olla fyysinen, psyykkinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan kokema ja/tai ammattihenkilöstön toteama.

Haittavaikutus / Adverse effect (of medical care)

- Hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus, joka esiintyy sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen tai hoitoon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä. Se aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Joskus samaa tarkoittavana on käytetty myös sanaa komplikaatio (lisätauti, jälkitauti, sivuhäiriö, hoidon sivuvaikutus).

Lääkkeen haittavaikutus

- Lääkevahinko. *(Käsitellään lääkehoidon turvallisuussanastossa.)*

Potilasvahinko / Patienskada / Patient injury

- Potilasvahinkolain määrittelemä, vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä. Terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko (Potilas-vahinkolaki 879/1998). Henkilövahinko on sairaus, vamma tai muu terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai kuolema. Potilasvahinkojen seitsemän (7) ryhmää ovat hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisvahinko, kohtuuton vahinko.

potilasvahinkolain (Potilasvahinkolaki 585/1986) vakiintuneista määritelmistä vain potilasvahinko -termi lain määritelmän mukaisena. Sama rajaus pätee myös lääkevahinko -termiin. Niiden asema potilasturvallisuussanastossa näkyy kuvassa 1. Molemmat ovat juridisia määritelmiä, koska ne säätelevät korvauskäytäntöjä. Muissa määritellyissä termeissä ei ole käytetty samoja ilmauksia kuin potilasvahinkolaissa sekaannuksien välttämiseksi.

Kirjallisuutta

World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005
www.who.int/patientsafety

Chang et al
The JCAHO patient event taxonomy: a standrdized terminology and classification schema for near misses and adverse events
International Journal for Quality in Health Care, Advence Access published February 21, 2005

Prevention of adverse events in health care, a system approach. Working glossary
Committee of experts on management of safety and quality in health care. 10 June 2005

Kirjallisuuskoonnos riskienhallinnasta
Stakesin ylläpitämä vuosittain täydentyvä koonnos
www.stakes.fi

Lisätietoa:
Erikoissuunnittelija Maarit Outinen
Puh. 0400 834 987
maarit.outinen@stakes.fi

Uudet ohjeet!

Uudet ohjeet vaaratilanteiden ilmoittamisesta

Lääkelaitos on uudistanut käyttäjän ja valmistajan vaaratilanneilmoitusta koskevat ohjeet. Uudet ohjeet ovat voimassa 1.1.2006–31.12.2009. Molempiin ohjeisiin on lisätty ohjeelliset määräajat vaaratilanneilmoituksen tekemiselle.

Ohjeessa tarkoitettu ilmoitusvelvollisuus koskee sellaisia terveydenhuollon laitteen tai tarvikkeen ominaisuuksien tai suorituskyvyn muutoksia ja häiriöitä, jotka ovat aiheuttaneet potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveydentilan vakavan heikkenemisen tai kuoleman.

Käyttäjän ja valmistajan on ilmoitettava vaaratilanteesta Lääkelaitokselle niin pian kuin mahdollista. Vakavasta vaaratilanteesta ilmoitus tulisi tehdä 10 vuorokauden kuluessa siitä, kun valmistaja tai ammattimainen käyttäjä on ensimmäisen kerran saanut tiedon tapahtumasta. Läheltä piti –tapauksesta ilmoitus tulisi tehdä 30 vuorokauden kuluessa.

Uusilla ohjeilla on kumottu seuraavat ohjeet Valmistajan vaaratilanneilmoitus, ohje 6/2001 ja Käyttäjän vaaratilanneilmoitus, ohje 7/2001. Nyt julkaistut ohjeet palvelevat laajempaa eurooppalaista vaaratilannejärjestelmää (vigilance system). Kyseisessä järjestelmässä lähetetään valmistaja- ja käyttäjäilmoituksien lisäksi eri viranomaisten välisiä ilmoituksia. Vaaratilannejärjestelmän käyttämisestä Eurooppa-tasolla on tekeillä uusi versio ”Vigilance Guidelines (MEDDEV)”-ohjeesta, joka löytyy Euroopan komission kotisivuilta.

Lomakkeet ovat saatavilla Lääkelaitoksen verkkosivuilla osoitteessa www.laakelaitos.fi/julkaisut/lomakkeet.

Lisätietoa:
Yli-insinööri
Hannu Seitsonen
Lääkelaitos
Puh. (09) 473 341
hannu.seitsonen@laakelaitos.fi

Syksyn 2006 koulutustapahtumia!

Ajankohtaispäivä turvallisuudesta 16.11.2006

Stakes ja Kuntaliitto järjestävät 16.11.2006 koulutuspäivän turvallisuuden kehittämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.

Aiheina muun muassa

- kaatumistapaturmien ennalta ehkäisy ikääntyneiden laitoshoidossa
- riskien arviointimenetelmä sairaaloille
- päivähoidon turvallisuussuunnittelu
- potilasturvallisuuden kehittäminen.

Lisätietoa 15.8.2006 jälkeen: Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes, maarit.outinen@stakes.fi

Yksityiskohtainen ohjelma katsottavissa syyskuun alussa Stakesin nettisivuilla www.stakes.fi

Kuntaliiton ITE -käyttäjäpäivä 15.11.2006

Lisätietoa: www.kunnat.net>tapahtumat ja koulutus

Projektipäällikkö
Riitta Viitala
Projektisuunnittelija
Marjatta Kekkonen
PERHE-hanke
Stakes

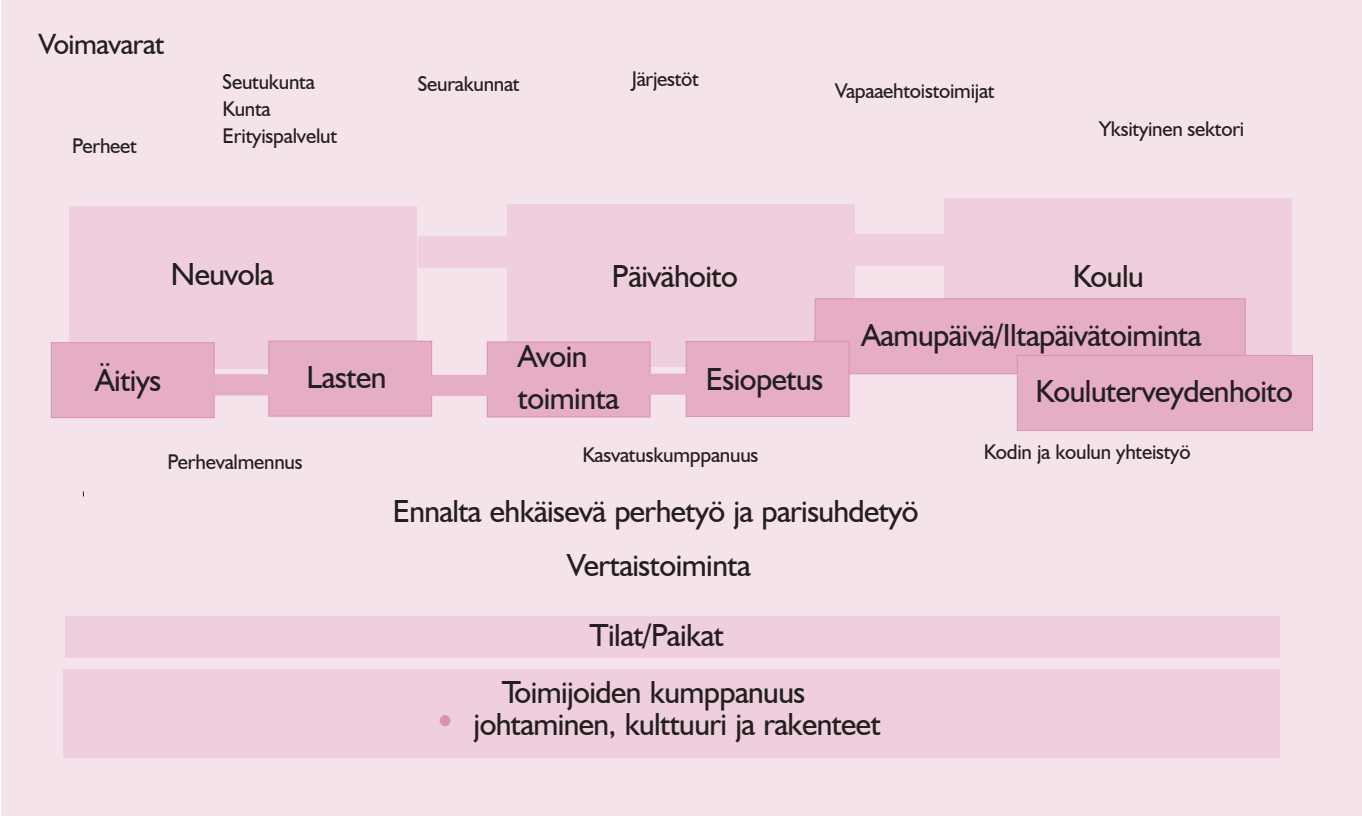
PERHE-hanke – monitoimijaista kumppanuutta

Lapsi rakentaa hyvinvointiaan niissä yhteisöissä, joissa hän elää. Lapsen elinvoima, terveys ja hyvä olo saavat sisältönsä siinä ympäristössä, vuorovaikutuksessa ja ihmissuhteissa, joita lapsen lähipiirissä on. Lapsen hyvän elämän ensisijainen kasvualusta on perhe, mutta myös päivähoidon, koulun, leikkipuiston, harrastusten, naapuruston ja asuinalueen lukuisat kohtaamispaikat. Leikkiympäristöjen ja kaverisuhteiden ohella lasten ja nuorten hyvinvointi rakentuu aikuisten kautta ja välityksellä.

Palvelujen kehittämiseksi on tärkeää arvioida, vastaavatko ne perheiden tarpeisiin ja odotuksiin. Perheiden oman äänen kuuntelu ja kuuleminen onkin noussut aikaisempaa tärkeämpään asemaan. PERHE - hankkeessa painotetaan perheiden, vanhempien ja lasten – siis palvelun käyttäjien – mukana oloa ja osallisuutta kehitysyhteisöjen toiminnassa. PERHE - hankkeen tavoitteena on edistää perhekeskusten ja perhepalveluverkostojen syntymistä lapsi- ja perhepalveluihin. PERHE -hankkeen tavoitteena on edistää

- pysyvien perhekeskusten / perhepalveluverkostojen syntymistä,
- lapsiperheiden peruspalvelujen toimintakulttuuria ja toimintatapoja,
- palvelujen, järjestöjen, seurakuntien ja muiden toimijoiden kumppanuutta, ja
- perheiden välistä vertaistoimintaa.

Perhekeskusmalli on alkujaan kehitetty Leksandissa, Ruotsissa. Lasten ja perheiden kanssa työskentelevät ryhtyivät etsimään keinoja siihen, miten perheet voisivat saada aiempaa paremmin tukea perheellistymisen ja pikkulapsivaiheen mukanaan tuomiin muutoksiin. Etsittiin keinoja sii-



Kuva 1. Perhekeskusvisio

”Lasta autetaan parhaiten tukemalla ja vahvistamalla lapsen omia kehitysyhteisöjä, sillä lapsi on yhteisönsä ”kuumemittari”.”

Rimpelä 2006

hen, miten jo ennakolta voitaisiin puuttua niihin riskitekijöihin, jotka altistavat perheitä avio- ja avoeroille, parisuhdekriiseille ja vaikeuksille vanhemmuudessa.

Perhekeskus verkostona

Mikä perhekeskus on? Perhekeskus on toimintaa, jolla edistetään koko perheen – lasten, äitien ja isien – terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Perhekeskus on monitoimijaiseen kumppanuuteen perustuvaa toimintaa, joka kokoaa yhteen paikalliset voimavarat. Kunnallisten palvelujen lisäksi toimijaverkostoon voivat kuulua seurakunnat, järjestöt, perheet itse, muut vapaaehtoistoimijat sekä yksityinen sektori. Lähtökohtana on perheiden tarpeiden ja toimintaympäristön muutosten tunnistaminen. Ydinajatus on, että perhekeskustoiminta on tarkoitettu kaikille lapsiperheille. Siksi liikkeelle lähdetään peruspalvelujen kehittämisestä. Tavoitteena on pysyvien uudistusten aikaan saaminen palvelurakenteissa, toimintakäytännöissä ja johtamiskulttuurissa. Ylimmän johdon lisäksi lähiesimiestason merkitys uuden toimintakulttuurin vakiinnuttamisessa on suuri.

Perhekeskus voi olla peruspalvelujen ja eri toimijoiden palveluverkosto, jossa koordinoidaan alueen, kunnan tai seutukunnan lapsiperheiden palveluja toimimaan suunnitellusti yhteistyössä. Perhekeskus voi myös olla konkreettinen toimitila, johon on saman katon alle koottu äitiys- ja lastenneuvolan, päivähoidon, perhetyön, sosiaalityön, järjestöjen ja vapaaehtoisten toiminnot. Monitoimijaisessa verkostoimisessa on kysymys kunnallisten lapsi- ja perhepalvelujen sekä lasten ja perheiden kanssa toimivien muiden toimijoiden yhteistyöalueiden uudelleen arvioinnista ja perhelähtöisten työkäytäntöjen kehittämisestä (Kuva 1) .

Perhekeskus – kohtaamispaikka

Perheiden ja vanhempien näkökulmasta perhekeskus näyttäytyy palvelujen uudenlaisena tapana kutsua ja ottaa perheitä mukaan perheitä itseään koskevien elämänmuutosten, taitekohtien, lapsen kasvatusasioiden, perheen tai parisuhteen kysymysten käsittelyyn. Vanhempien näkemykset, mielipiteet ja toiveet pyritään sisällyttämään alusta alkaen osaksi peruspalvelujen toimintaa. Perheille perhekeskus voi ilmetä uudistuneena toimintakäytäntönä (esimerkiksi perhevalmennusryhmät) tai konkreettisena toimitilana (Perhetalo). Tavoitteena on mahdollistaa uudella tavalla perheiden kohtaaminen ja niistä asioista puhuminen, jotka perheiden kulloisessakin elämänvaiheessa ovat ajankohtaisia. Toiminta kohdistuu erityisesti siihen kohtaan lasten ja perheiden elämää, jolloin merkittäviä ongelmia perheessä tai lapsen kehityksessä ei vielä ole.

Vanhemmuuden peilipinnaksi tarvitaan toisia vanhempia. Perhekeskusmallissa tavoitteena on luoda tilaa isyydelle ja äitiydelle ja vanhemmuuden taitojen vahvistamiselle. Vanhempien vertaisryhmät antavat mahdollisuuden vanhemmuudessa kasvamiselle, perheiden keskinäiselle verkostoitumiselle ja yhteisöllisyyden edistämiselle. Ajatuksena on, että vanhempien keskinäinen vertaistoiminta vahvistaa paitsi vanhempia itseään, myös niitä kehitysyhteisöjä, joissa lapsi elää. Vanhempainryhmät ovat avoimia, kaikille tarkoitettuja matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja.

Palveluissa vanhemmuus tulkitaan usein yksinomaan äitiydeksi. Kuitenkin yhä useammassa perheessä isät ovat mukana lastensa elämässä alusta alkaen. Lasten kanssa olemisen ja tekemisen alue on se perheeseen liittyvien tehtävien alue, jossa miesten osallistuminen on lisääntynyt eniten. PERHE-hankkeen tavoitteena on edesauttaa tilojen ja paikkojen luomista myös isien keskinäiselle vertaistoiminnalle ja isien ja lasten yhteisen olemiselle. Perhekeskustoiminnan edellytys on, että

- asuinalueelta löytyy perheiden omaa toimintaa varten tila
- toiminta vahvistaa lasten ja vanhempien keskinäisiä verkostoja
- luo vanhempien ja lasten osallisuutta vahvistavia toimintatapoja
- tarjoaa helposti saatavilla olevaa tukea
- on tiedon ja osaamisen keskus ja
- kehittää hyvää palvelua.

Perhekeskus perhelähtöisinä työkäytäntöinä

PERHE-hankkeessa perhelähtöistä toimintamallia viedään eteenpäin monin eri työ- ja toimintakäytännöin. Neuvola, päivähoito, esiopetus ja koulu muodostavat kunnissa pikkulapsiperheiden peruspalvelujen kehikon. Lapsen syntymä, lapsen päivähoidon aloitus, esiopetukseen siirtyminen ja kouluun meno ovat niitä lapsen tavanomaisia elämän siirtymävaiheita, jotka yhdistävät valtaosaa perheitä ja vanhempia. Miten auttaa isiä ja äitejä löytämään itselle ominaisia keinoja valmistautua ja työstää uutta elämäntilannetta? Kehitettäviä työkäytäntöjä ovat neuvoloiden perhevalmennus, moniammatillinen tiimityö, kasvatuskumppanuus ja peruspalvelujen perhetyö.

Neuvoloiden perhevalmennuksessa vanhempainryhmät kokoontuvat sekä ennen että jälkeen lapsen syntymän, yhteensä 5+5 kertaa. Raskausaikaan, synnytykseen, imetykseen ja lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvän tiedon lisäksi vanhemmat voivat jakaa keskenään odotus- ja pikkuvauva-ajan kokemuksia. Ryhmissä perheet saavat tietoa saatavilla olevista toimintamahdollisuuksista, ja solmivat ystävyyssuhteita ja keskinäisen avun ver-

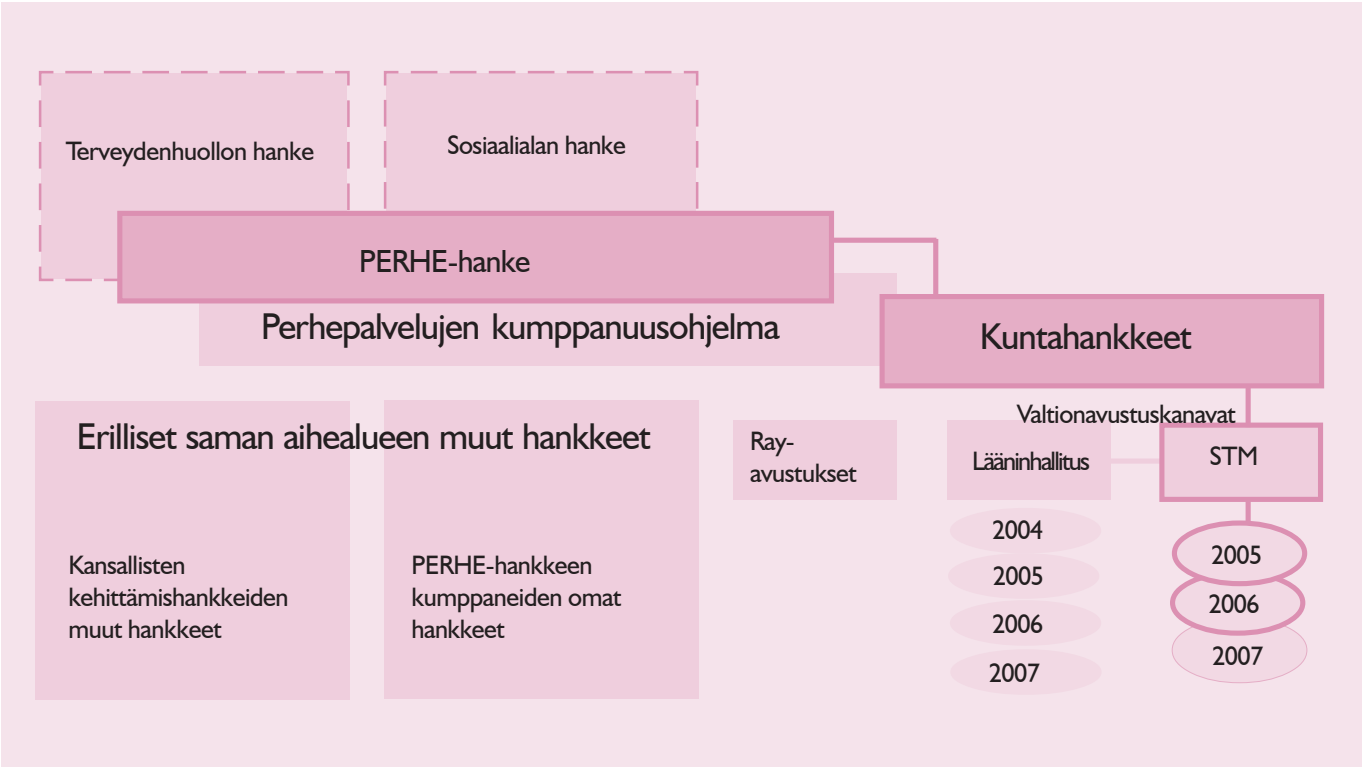
kostoja. Perhevalmennuksessa kiinnitetään huomiota myös vanhempien parisuhteen tukemiseen sekä tuetaan miesten isyyttä tasavertaisina vanhempina. Paikallisen tarpeen mukaan järjestetään lisäksi vertaisuuteen perustuvia suunnattuja ryhmiä.

Kasvatuskumppanuudessa lapsen kasvua kannatellaan lapsen kehitysyhteisöissä päivähoidossa, perhepuistoissa ja avoimissa varhaiskasvatuspalveluissa. Kasvatuskumppanuudessa lapsen elämismaailmat kodin ja päivähoidon, kodin ja perhepuiston tai kodin ja koulun välillä saatetaan vastavuoroiseen vuoropuheluun. Kasvatuskumppanuudessa vanhemmat ja työntekijät tietoisesti sitoutuvat toimimaan lapsen kasvun, kehityksen ja oppimisen tukemiseksi niin, että siinä yhdistyvät vanhempien oman lapsensa tuntemus ja työntekijöiden ammatillinen asiantuntemus. Kasvatuskumppanuutta ohjaavat kuulemisen, kunnioituksen, luottamuksen ja dialogisuuden periaatteet. Kasvatuskumppanuus on prosessi, joka alkaa työntekijän ja vanhempien ensimmäisessä tapaamisessa, pohjustetaan kotona käytävässä aloituskeskustelussa, etenee lapsen päivähoitoon tutustumisen ja säännöllisten kohtaamisten kautta keskinäiseksi luottamukseksi ja päättyy lapsen siirtyessä uusiin kehitysyhteisöihin.

Perhekeskuksen perhetyö keskittyy erityisesti siihen kohtaan perheen elämänkaarta, jolloin perheellä ei vielä ole merkittäviä pulmia tai huoli perheen tilanteesta on vaalean harmaa. Perhetyötä tehdään ryhmissä; vanhempien ja perheiden erilaiset keskustelu-, kohtaamista - ja kasvuryhmät ovat tyypillisiä. Perhetyön teemoja ovat lapsen hoidon ja kasvatuksen asiat, kodin ylläpito, sosiaaliset verkostot, siirtymävaiheet, elämänvaiheisiin liittyvät pulmat. Perhetyö on perheen arkista auttamista ja tukemista elämän erilaisissa tilanteissa.

Taustalla Valtioneuvoston päätös

Valtioneuvosto kirjasi sosiaalialan tulevaisuuden turvaamista koskevaan periaatepäätökseensä tavoitteen kehittää perhekeskustoimintaa, joka pohjautuu perheiden tarpeisiin ja vahvistaa perheiden keskinäistä vertaistukea. Pyrkimyksenä on uudistaa ja nykyaikaistaa peruspalvelujen toimintakulttuuria sekä tunnistaa ja ottaa käyttöön yhteiset voimavarat. Kyse on myös perheiden ja palvelujen välisestä vuoropuhelusta ja ammatillisten työtapojen sisällöllisestä



Kuva 2. PERHE-hanke lapsi- ja perhepalvelujen kehittämisessä

muutoksesta. Hanke on osa sosiaalialan kehittämishanketta ja sillä on tiiviit liittymäkohdat myös terveydenhuollon kansalliseen kehittämiseen.

PERHE-hankkeelle on asetettu valtakunnan tason johtoryhmä, jossa ovat edustettuna sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Opetushallitus, Suomen Kuntaliitto, Lastensuojelun Keskusliitto, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Väestöliitto, Suomen Vanhempainliitto ja Suomen evankelisluterilainen kirkkohallitus. Kuntahankkeissa yhteistyökumppaneita ovat myös oppilaitokset ja yliopistot. Kehittämistyötä tehdään valtakunnallisella, seudullisella ja paikallisella tasolla yhdessä eri toimijoiden kanssa. PERHE -hankkeen toimijoiden kumppanuus ja keskinäinen yhteistyö perustuu kunnan lapsipoliittiseen strategiaan ja sitä tukeviin palvelukohtaisiin ohjausasiakirjoihin (varhaiskasvatussuunnitelman perusteet, lastenneuvolan opas, kouluterveydenhuollon laatusuositus, esiopetussuunnitelman perusteet, perusopetussuunnitelman perusteet).

Tällä hetkellä hankkeessa on mukana yhteensä 16 paikallishanketta, joille on myönnetty vuosina 2005 ja 2006 valtionavustusta sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta. Valtaosa hankkeista on useita kuntia käsittäviä seudullisia projekteja. Kaikkiaan mukana on 60 kuntaa. PERHE-hankkeet ovat

- Helsingin perhepalveluverkoston kehittämishanke
- Lahden Perhe-hanke
- Espoon perhekeskus kumppanina -hanke
- Helsingin Etablering svenskspråkigt familjecenter -hanke (Helsinki, pääkaupunkiseutu)
- Jyväskylän seudun perhehanke (Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Laukaa ja Muurame)
- Salon seudun lapsiperheiden palvelut ja perhekeskustyö -hanke (Salo, Muurla, Kisko, Perniö, Somero, Suomusjärvi ja Halikko)
- Tampereen Hyvinvointia neuvolasta -hanke
- Keski-Karjalan seudullisen perhetyön kartoitus ja kehittämishanke (Kesälahti, Kitee, Rääkkylä ja Tohmajärvi)
- Perhepalveluverkostoja Pohjois-Pohjanmaalle -hanke (Raahen seutukunta: Pyhäjoki, Siikajoki, Ruukki, Raahe ja Vihanti. Ylivieskan seutukunta: Alavieska, Kalajoki, Merijärvi, Oulainen, Sievi ja Ylivieska)
- Heinolan Proomu - alueellinen perhe- ja kehittämiskeskus (Heinola, Hartola, Sysmä)
- Familjecenter och välfärd för barnfamiljer i Västra Nyland (Karjaa, Tammisaari, Pohja, Hanko, Siuntio, Inkoo)
- Järviseudun perhehanke (Alajärvi, Evijärvi, Lappajärvi, Vimpeli)
- Lastentalo -toimintamalli. Kotkan perhepalveluverkoston muodostaminen
- Perhekeskuksen Kainuuseen (Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi, Vuolijoki)
- Torniolaakson Perhe -hanke (Pello, Ylitornio, Övertorneå)
- Tunturi-Lapin Perhepalveluhanke (Kolari, Kittilä, Muonio, Enontekiö)

PERHE -hankkeen valtionavustusten lisäksi perhekeskustyyppistä kehittämistyötä tehdään myös lääninhallitusten rahoittamissa hankkeissa. Karkeasti arvioiden perhekeskustyyppistä kehittämistyötä tehdään yli 80 kunnassa Suomessa.

PERHE -hankkeen kotisivut sijaitsevat Sosiaaliportissa: www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/PERHE-hanke. Sivuilta löytyvät kuvaukset vuonna 2005 alkaneista kuntahankkeista sekä materiaalia perhekeskusjulkaisuista ja linkeistä. Hankkeessa työskentelee projektipäällikkö Riitta Viitala, projektisuunnittelija Marjatta Kekkonen 31.8.2006 saakka ja projekti-

Lähteet

PERHE -hanke.Perhepalvelujen kumppanuusohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 4/2005
Helsinki 2005

Valtakunnallisen PERHE -hankkeen arviointisuunnitelma

www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/PERHE-hanke

Rimpelä M

Opiskeluhuoltoa yhteistyössä. Oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämispäivät. Pidetty puheenvuoro

Opetushallitus 23.1.2006

Lisätietoa:
Projektisuunnittelija
Marjatta Kekkonen
Stakes, Sosiaalipalvelut
PERHE -hanke
Puh. (09) 3967 2401
marjatta.kekkonen@stakes.fi

Projektipäällikkö
Riitta Viitala
Stakes, Sosiaalipalvelut
PERHE -hanke
Puh. 09-39 67 2111, 050-55 99 171
riitta.viitala@stakes.fi

Aluejohtaja
Jaana Pollari
Viestintä ja kehitys
Reumasäätiö

Reumasäätiön toiminnan kehittäminen

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon ja kuntoutukseen sekä alan tutkimukseen ja koulutukseen erikoistunut Reumasäätiön sairaala sai Suomen vuoden 2005 laatupalkintokilpailussa tunnustuksen toiminnan ja tulosten erinomaisuudesta ensimmäisenä sairaalana Suomessa. Ammatillinen osaaminen, uudenlaiset toimintamallit ja rohkea kehittäminen olivat keskeisimmät raadin esiin nostamat vahvuudet. Kiitosta annettiin myös ennakkoluulottomasta otteesta ja toimialan tulevaisuuden haasteiden tunnistamisesta. Saatu tunnustus kannustaa jatkamaan organisaation laadun kehitystyötä potilaiden hoito- ja kuntoutusprosessien toimivuuden takaamiseksi.

Reumasäätiön vuonna 1947 saama yhteiskunnallinen tehtävä reumaa sairastavien hoitajana ja kuntouttajana sekä alan tutkimuksen ja opetuksen edistäjänä on tänäkin päivänä sairaalan strategian perusta. Sairaalan johtamista, osaamista ja toimintaa kehitetään tätä tehtävää tukemaan.

Reumasäätiön toiminnan kehittämisen vankka perusta on johdon systemaattinen kouluttautuminen ja sitoutuminen sekä vastuun jakaminen. Vastuuta jaettiin konkreettisesti vuoden 2004 organisaatiouudistuksessa, jossa sairaalaan nimitettiin talon sisältä uusi keskijohto. Tässä yhteydessä organisaatioon määriteltiin uudet johdon ja keskijohdon toimenkuvat, joissa roolit ja vastuut kirjattiin entistä selkeämmin.

Toimitusjohtaja Hannele Kalse vaastaanottamassa laatupalkintokilpailun tunnustusta presidentti Tarja Haloselta.

Prosessit varmentavat laatua

Uudistuksen yhteydessä hoito- ja kuntoutuspalvelut tuotteistettiin. Tuoteprosesseja johtamaan nimettiin tuotepäälliköt. Heidän tehtävänään on kehittää tuotettaan potilas-asiakkaiden, palvelun maksajien ja lähettävien lääkäreiden tarpeet huomioiden.

- Meillä tuotepäällikkö osallistuu asiakastyöhön. Lisäksi olemme aktiivisesti yhteydessä lähettäviin lääkäreihin ja palvelun maksajiin. Näin saamme tietoa tuotekehitykseen, sanoo yksilökuntoutuksen tuotepäällikkö Kimmo Launiainen.

- Tuoteprosessimme on palveluketju, jossa on yhteisesti sovitut työ- ja toimintaperiaatteet. Huomioimme palvelusta sopiessa kuntoutuspalvelun tilaajan asettamat kysymykset oman toiminnan kehittämisen pohjaksi. Rakennamme prosessit läpinäkyviksi, jossa on kuvattu roolit, vastuut ja avaintoiminnot sekä niiden arviointimenettely. Tällä turvaamme tuotteidemme korkean laadun. Olemme kuitenkin säilyttäneet toiminnassamme joustavuuden. Asiakasta kuunnellaan ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioidaan tehtyjen sopimusten mukaan, jatkaa Launiainen.

Myös ortopediassa prosessit on kuvattu esitarkastuksista jälkikontrolleihin. Prosessikuvaukset liitetään tehtäviin tarjouksiin. Asiakastyytyväisyyden lisäksi potilasvahinkoilmoitukset, muistutukset johtavalle ylilääkärille ja infektioiden lukumäärä ja niiden prosentuaalinen osuus tehdyistä toimenpiteistä ovat tärkeitä laatumittareita ortopediassa. Merkityksellistä ladun kannalta ovat myös odotusajat toimenpiteisiin ja toimenpiteiden kokonaisvolyymi ja sen jakautuma, kertoo erikoissairaanhoidon aluejohtaja, dosentti Eero Belt. Iso rooli on myös leikkaajien kokemuksella, taitotasolla ja tieteellisellä pätevyydellä, sillä ortopediassa laatu personoituu usein heihin, toteaa Belt.

Kuvatut tuoteprosessit ovat myös maksajan kannalta hyvä asia. Maksaja tietää, mistä maksaa. Uudessa mallissa myös tuotteen hinnoittelu on läpinäkyvää.

Osaamistarpeet määrittyvät tuoteprosesseissa

Tuotepäällikkö huolehtii siitä, että hänen tuotetiiminsä ammatillinen osaaminen vastaa tuoteprosessin vaatimuksia. Osaamisen kehittäminen tapahtuu ammatillisena täydennyskoulutuksena, jonka muotoja ulkoisen koulutuksen lisäksi ovat sisäinen koulutus, työnohjaus, mentorointi ja projektit.

- Eri koulutusmuotojen käyttö on lisääntynyt viime vuosien aikana. Esimerkiksi oppisopimuskoulutusta suorittaa 50 reumalaista. Näistä 15 on johtamisen erikoisammattitutkintoa (JET) suorittavia keskijohdon edustajia, toteaa HR-päällikkö Minna Lähteenmäki.

- Tavoitteena on, että Reumasäätiön henkilöstö on huippuosaajia, jotka voivat työskennellä useassa eri tuoteprosessissa. Tällä tavoin tuetaan henkilöstön eri osaamisalueiden kehittymistä ja työssä viihtyvyyttä, lisää Lähteenmäki.

Saatu erinomaisuuden tunnustus oli kannustus koko organisaatiolle tehdyistä mittavista kehitysponnisteluista. Reumasäätiö ei kuitenkaan jää lepäämään laakereilleen, vaan kehitystyö jatkuu. Eteenpäin kannustaa sairaalan missio vaikeiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisijänä, hoitajana ja kuntouttajana. Reumasäätiössä asiakkaat ja työ otetaan tosissaan.

Taustatietoa Reumasäätiöstä

Suomalaisista yli miljoonalla on tuki- ja liikuntaelinoireita. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (tules) kuuluvat työkyvyttömyyden aiheuttajina keskeisiin kansantauteihimme ja ovat toiseksi yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeisiin. Väestön ikääntyessä tule-sairaudet lisääntyvät.

Tuki - ja liikuntaelinsairaudet voidaan jakaa tulehduksellisiin reumasairauksiin, raajojen ja selkärangan nivelrikkoihin, pehmytosakudosten reumaattisiin vaivoihin ja luuston tauteihin. Nivelreuma on tärkein tulehduksellinen reumasairaus. Sitä esiintyy vajaalla prosentilla aikuisväestöstä. Muita reumatauteja ovat muun muassa selkärankareuma ja psoriasiksen niveltulehdus. Alle 16-vuotiaiden reumatulehduksessa on kyse lastenreumasta, johon sairastuu vuosittain noin 150 lasta.

Reumasäätiö on vaikeiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon ja kuntoutukseen erikoistunut osaamiskeskus. Säätiön ylläpitämä sairaala toimii Heinolassa ja henkilöstöön kuuluu 370 terveydenhuollon ammattilaista. Sairaalan palveluihin kuuluvat erikoissairaanhoito, kuntoutus sekä lastenreuman hoito ja kuntoutus. Reumasäätiön asiakkaita ovat Kela, kunnat ja kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, vakuutusyhtiöt, valtiokonttori, työnantajat ja työhallinto, joiden lähettämille asiakkaille Reumasäätiö tuottaa mm. kuntoutusta, vaativia ortopedisiä toimenpiteitä ja reumatologista erikoissairaanhoitoa.

Monipuolinen tutkimustyö on kiinteä osa Reumasäätiön toimintaa. Reumatauteihin ja niihin liittyvien tules-ongelmien tieteellinen tutkimus ja alalla työskentelevien henkilöiden koulutus ovat Reumasäätiön toiminnan ydintä. Laaja-alaista tutkimustyötä kuvastaa sairaalan 54 väitöskirjaa.

Hoitotoimenpiteitä Reumasäätiön sairaalasssa.

Lisätietoa:
Aluejohtaja Jaana Pollari
Reumasäätiö
Viestintä ja kehitys
(03) 8491598, 050 4037924
jaana.pollari@reuma.fi

Rintasyöpäseulontojen vaikutus

Stakesin Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohta on arvioinut rintasyöpäseulonnan tarpeellisuutta 60–69 -vuotiaille naisille. Tieto mammografiaseulonnan vaikutuksesta rintasyöpäkuolleisuuteen on tarkentunut. Vaikutus on hieman vähäisempi kuin viisi vuotta sitten arvioitiin. Seulonta voi vuodessa estää yhden rintasyöpäkuoleman noin 6 100 seulontaohjelmaan kuuluvaa naista kohden.

Uusimpien seurantatutkimusten mukaan seulontaan kutsutuilla yli 50-vuotiailla naisilla rintasyöpäkuolemien määrä on noin viidenneksen (22 %) pienempi kuin niillä, joita ei kutsuta seulontaan. Seulonnan vaikutusta 60–69 -vuotiaitten rintasyöpäkuolemien määrään ei voida tästä eritellä. Seulonta kuitenkin tunnistaa vanhemman ikäluokan naisten rintasyövistä suuremman osan kuin 50–59 -vuotiailla. Lisäksi yli 60-vuotiaiden seulonta tuottaa vähemmän turhiksi osoittautuvia syöpäepäilyjä.

Finohtan raportin mukaan rintasyöpäseulonta mammografialla voi estää Suomessa noin 16,5 rintasyöpäkuolemaa sataatuhatta seulontaohjelmaan kuuluvaa naista kohti vuodessa. Toisin sanoen seulonta voi estää vuodessa yhden rintasyöpäkuoleman noin 6 100 seulontaohjelmaan kuuluvaa naista kohden.

Seulonnan ja rintasyövän hoidon vaikutuksia on vaikeaa erottaa, mutta niiden on arvioitu olevan yhtä suuret. Hoito muuttuu nopeasti ja uudet hoidot ovat todennäköisesti tehokkaampia ja kalliimpia kuin vanhat. On vaikea arvioida johtaako seulonta keveämpiin tai kustannustehokkaampiin hoitoihin. Digitaalikuvaus on tulossa seulontamenetelmäksi, mutta tarkkaa tietoa sen luotettavuudesta verrattuna filmikuvaukseen ei vielä ole. Laiteinvestoinnit voivat lisätä seulontakustannuksia, mutta kuvien luennan hinta voi kilpailutuksessa laskea. Seulonta- ja hoitomenetelmien meneillään olevien muutosten takia on mahdotonta arvioida seulonnalla saavutettavan lisäelinvuoden kustannuksia.

Osana raporttia selvitettiin seulontayksiköiden tapaa tarjota tietoa seulonnasta. Kutsu- ja vastauskirjeiden sisältö vaihtelee seulontayksiköstä toiseen ja niiden tieto todettiin osittain puutteelliseksi. Tärkeää on, että etenkin positiivisesta seulontalöydöksestä tiedotetaan tavalla, joka ei lisää ahdistusta tarpeettomasti. Kun seulottavat saavat

keveämpiin tai kustannustehokkaampiin hoitoihin. Digitaalikuvaus on tulossa seulontamenetelmäksi, mutta tarkkaa tietoa sen luotettavuudesta verrattuna filmikuvaukseen ei vielä ole. Laiteinvestoinnit voivat lisätä seulontakustannuksia, mutta kuvien luennan hinta voi kilpailutuksessa laskea. Seulonta- ja hoitomenetelmien meneillään olevien muutosten takia on mahdotonta arvioida seulonnalla saavutettavan lisäelinvuoden kustannuksia.

Osana raporttia selvitettiin seulontayksiköiden tapaa tarjota tietoa seulonnasta. Kutsu- ja vastauskirjeiden sisältö vaihtelee seulontayksiköstä toiseen ja niiden tieto todettiin osittain puutteelliseksi. Tärkeää on, että etenkin positiivisesta seulontalöydöksestä tiedotetaan tavalla, joka ei lisää ahdistusta tarpeettomasti. Kun seulottavat saavat enemmän tietoa seulonnan vaikutuksista, seulontaan osallistuminen ja samalla seulonnan vaikuttavuus saattavat muuttua.

Lähde: Mäkelä M, Saalasti-Koskinen U, Saarenmaa I, Autti-Rämö I ja asiantuntijaryhmä. Rintasyöpäseulonnan laajentamisen vaikutukset Päivitys Finohtan raporttiin 16/2000. Finohtan raportti 28/2006

Lisätietoa: Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä, Finohta puh. (040) 526 7880, marjukka.makela@stakes

Uusi Mielenterveysalan yhteistyökeskus

Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä Suomeen saatu Maailman terveysjärjestön WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus on aloittanut toimintansa vuoden 2006 alusta. Keskuksen työ liittyy mielenterveyden edistämiseen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn ja mielenterveyspolitiikan kehittämiseen. Keskusta ohjaa sekä kansainvälinen että kansallinen ohjausryhmä.

Yhteistyökeskus toimii kansainvälisesti ja kansallisesti: yhteistyötä tehdään Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan aluetoimiston ja sen yhteistyökeskusten verkoston sekä lukuisten kotimaisten toimijoiden kanssa. Keskukselle on määritelty johtava rooli esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen ja työmielenterveyden alalla. Yhtenä tärkeimmistä painopistealueista on vuonna 2005 hyväksytyn WHO:n mielenterveystyön toimintasuunnitelman täytäntöönpano. Olennainen osa keskuksen toimintaa on myös asiantuntijoiden verkostoituminen ja tiedon välittäminen kotimaasta kansainväliseen tietoisuuteen ja päinvastoin. Tavoitteena on muun muassa tuottaa työkalupakki, jolla voidaan tuoda esille hyviä käytäntöjä kouluissa ja työpaikoilla.

Tällaiselle keskukselle on ollut sosiaalinen tilaus, koska

riittämättömien resurssien takia mielenterveyden edistämisen (promootion) ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisen (prevention) tarve on suuri. Siksi keskuksen työllä ja etenkin työn tuloksilla tulee olemaan huomattava merkitys tulevien vuosien aikana. Keskuksessa tulee työskentelemään aluksi kolme työntekijää, joista kaksi sijoittuu Stakesin Vaasan alueyksikköön.

Lisätietoa: Yhteistyökeskuksen johtaja Juha Lavikainen, juha.lavikainen@stakes.fi, puh. (09) 3967 2184, 050 323 5564

Alkoholipolitiikkaa ei haluta höllentää

Alkoholipoliittiset asenteet ovat muuttuneet parin vuoden takaisen suuren hintojen alennuksen jälkeen. Tuoreen kyselyn mukaan nykyisiä alkoholipoliittisia rajoituksia pitää sopivina 61% väestöstä. Enää vain 10 % haluaisi väljentää alkoholipolitiikkaamme. Tiukentajien osuus on noussut 27 %. Lisäystä viime vuodesta oli yhdeksän prosenttiyksikköä.

Stakesin vuosittaisessa tutkimuksessa tiedustellaan väestön näkemyksiä alkoholijuomien hinnoista, ikärajoista ja juomien myyntitavasta sekä yleisarviota nykyisten alkoholipoliittisten rajoitusten sopivuudesta. Kyselyn teki tämän vuoden maaliskuussa TSN-Gallup. Alkoholiveroja alennettiin 1.3.2004 keskimäärin 33 %.

Suomalaiset vaikuttavat olevan varsin tyytyväisiä alkoholijuomien hintoihin. Hieman yli puolet vastaajista piti niitä sopivina. Väkevien alkoholijuomien ja viinien hintoja liian korkeina pitäviä oli enemmän kuin liian matalina pitäviä. Oluen hintoja liian matalina pitäviä oli muutama prosenttiyksikkö enemmän kuin niitä liian korkeina pitäviä.

Kyselyn mukaan väestön valtaenemmistö hyväksyy alkoholijuomien myyntiä säätelevät ikärajat. Viinejä ja olutta voidaan myydä 18 vuotta täyttäneille, ja tätä ikärajaa piti sopivana 88 % ja liian matalana kahdeksan prosenttia vastanneista. Väkeviä alkoholijuomia voidaan myydä 20 vuotta täyttäneille. Ikärajaa piti sopivana 85 % ja liian matalana kahdeksan prosenttia vastanneista.

Suomalaiset eivät halua väkeviä alkoholijuomia elintarvikeliikkeisiin eivätkä keskiolutta pois niistä. Vastanneista 93 % oli sitä mieltä, että väkeviä alkoholijuomia on saatava ostaa vain Alkon myymälöistä, ja 89 % oli sitä mieltä että, keskiolutta on saatava ostaa myös päivittäistavarakaupoista.

Näkemykset viinien ja vahvan oluen myyntitavasta eroavat selvemmin, mutta nykyinen myyntitapa sai enemmistön tuen. Vahvan oluen pitämistä vain Alkon myymälöissä kannatti 65 % vastanneista. Tässä suhteessa näkemykset ovat muuttuneet, sillä vielä vuonna 1998 hieman yli puolet vastanneista tuki vahvan oluen myynnin aloittamista elintarvikeliikkeissä.

Viinien myymistä vain Alkosta kannatti nyt 52 % vastanneista, naisista 57 % ja miehistä 48 %. Usein alkoholia käyttävienkin ryhmässä Alkoon pitäytyvien osuus oli 42 %, nousua viime vuodesta kahdeksan prosenttiyksikköä. Mielipiteet viinien sopivasta myyntitavasta ovat muuttuneet viime vuosina huomattavasti, sillä vielä vuonna 1998 kaksi kolmesta halusi viinit päivittäistavarakauppaan.

Tuoreimman kyselyn mukaan sekä miesten että naisten selvä enemmistö ajatteli, että viinien myynnin aloittaminen elintarvikeliikkeissä johtaisi alkoholin käytön lisääntymiseen. Kun vastaajille esitettiin tutkimuksissa todetun, että viinien myynti elintarvikeliikkeissä lisäisi alkoholin kulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja, osa vastaajista muutti kantaansa viinien myynnin vapauttamisesta. Tuloksena oli, että nyt enää 41 % vastaajista halusi viinit elintarvikeliikkeisiin.

Vastaajien mielipiteiden vakautta selvitettiin myös tiedustelemalla heidän suhtautumistaan viinien myynnin aloittamiseen elintarvikeliikkeissä, jos se samalla merkitsisi joka toisen Alkon myymälän sulkemista. Tällöin viinien myynnin kannatus päivittäistavarakaupoissa väheni 31 %. Viinin vapaamman myynnin kannatus putoaa siis enemmän, jos sen arvellaan johtavan Alkon myymälöiden vähenemiseen kuin jos sen muistutetaan lisäävän alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja.

Lähde: Alkoholiasenteet kiristyvät yhä. Alkon henkilöstölehti Korkki 3/2006, ss. 6-7

Lisätietoa: Erikoistutkija Esa Österberg, Stakes, puh. 0400 417 514 tai (09) 39 671, esa.osterberg@stakes.fi

Pilottitutkimus potilasturvallisuusmallin kehittämisestä

Pilottitutkimuksen tehtävänä oli tutkia ja kehittää terveyttä edistävään sairaalaan soveltuvaa mallia hoidon haittojen selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Tutkimuksessa sovellettiin James Reasonin systeemiteoreettisen mallin pohjalta terveydenhuoltoon kehitettyä nk. Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999). Erityispiirteenä tutkimuksessa oli potilaan ja omaisen ottaminen mukaan tutkimusprosessiin yhdessä henkilökunnan kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja potilaan hoitoon liittyvissä työyksiköissä vuonna 2004. Nelivaiheisen tutkimusasetelman testaamiseen käytetyt kolme potilastapausta poimittiin 2162 päivystyspotilaan joukosta henkilökohtaisen yhteydenoton perusteella. Aineisto muodostui potilaiden ja omaisten kertomuksesta, Vincentin tutkintamallin käytön kokemuksista ja tutkintaraporteista, yhteiskeskusteluista ja niihin osallistuneiden teemahaastatteluista. Kertomukset, yhteiskeskustelut ja teemahaastattelut tallennettiin ääninauhalle ja litteroitiin osaksi tutkimusaineistoa. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä ja sisällön erittelyä.

Potilaan kertomuksissa kuvatut hoidon haitat koskivat kivun lievitystä, tutkimuksiin pääsyä, perushoidon ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan puutteita. Kertomukset avasivat uudenlaisen näkökulman koko hoitoketjun toimivuuteen. Vincentin tutkintamallin sovellus osoittautui työlääksi, mutta sen avulla saatiin esille järjestelmässä olevia turvallisuutta vaarantavia, ehkäistäviä puutteita. Yhteiskeskustelu toi uudenlaisen mahdollisuuden haittatilanteiden rakentavaan selvittelyyn ja vapautti henkilökuntaa syyllistämisen kulttuurista. Keskustelun johtajan rooli osoittautui merkitykselliseksi.

Pilottitutkimuksen perusteella kehitettiin uusi, terveyttä edistävän sairaalan viitekehykseen soveltuva potilasturvallisuusmalli. Mallissa toimet kohdennetaan yhtäaikaisesti organisaatioon, potilaisiin ja henkilökuntaan. Tutkimuksen tuloksena esitetään myös uusia potilasturvallisuuden laadun kehittämismahdollisuuksia. Jatkotutkimuksella tulisi selvittää mm. kulttuurimuutosta syyllistämisestä avoimuuteen, potilasturvallisuusjohtamista sekä potilaiden ja henkilökunnan hoidon haittoihin liittyviä selviytymiskeinoja.

Lisätietoa: Ylihoitaja Maria Hallman-Keiskoski, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, puh. (014)-269 1421, 044-702 1421
maria.hallman-keiskoski@ksshp.fi

Terveyskeskuksen palveluiden saatavuus

Terveystieteiden maisteri Teija Honkonen selvitti lopputyössään terveyskeskuspalveluiden saatavuutta 21 terveyskeskuksessa palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Tutkimuksen ideana oli ajatus kipeästä ja kärsivästä asiakkaasta, joka ei pääse terveyskeskuksessa hoitoon. Kokemukset puhelimitse terveyskeskukseen pääsemisestä ovat mahdottomia ja lähes ylitsepääsemättömiä. Vastaanottoaikojen huono saatavuus sekä odotusajat saivat jo kymmenen vuotta sitten negatiivista palautetta. Myös uusimmissa tutkimuksissa negatiivista palautetta saavat puhelinyhteyden saaminen terveyskeskuksiin sekä niiden pitkät odotusajat.

Aineisto kerättiin tammikuussa 2004, eli hetkeä ennen hoitotakuun astumista voimaan. Tarkoituksena oli selvittää, mitä mieltä asiakkaat ovat terveyskeskuksen palveluiden saatavuudesta puhelinyhteyden toimivuuden kannalta ja miten odotusaika ilmoittautumisessa ja lääkäreiden vastaanotolla on sujunut. Saatavuutta tarkastellaan lisäksi lääkäreiden vastaanoton tyytyväisyyden ja terveyskeskuksen kokonaispalvelun arvioinnin kautta.

Tutkimus suoritettiin Stakesin käytössä olevalla ”terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma” – lomakkeella. Tutkimukseen osallistui 21 terveyskeskusta ja kuntayhtymää, joihin jokaiseen lähetettiin 300 kysymyslomaketta eli yhteensä 6300 kyselylomaketta. Vastauksia palautui 4303 kappaletta eli vastausprosentiksi tutkimukseen saatiin 68 %. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti, terveyskeskuksia identifioimatta. Tutkimusaineisto analysoitiin kuvailevilla tilastomenetelmillä.

Tutkimuksen tuloksina selvisi, että asiakkaat ovat tyytyväisiä puhelimitse terveyskeskukseen pääsemiseen, odotusaikaan ilmoittautumisessa sekä odotusaikaan lääkärin vastaanotolle. Tyytyväisyyttä esiintyy myös lääkärin vastaanoton toimintaan sekä terveyskeskuksen kokonaispalveluun. Tutkituista terveyskeskuksen palveluiden saatavuuden osa-alueista asiakkaat ovat eniten tyytyväisiä lääkärin vastaanottotoimintaan ja vähiten odotusaikaan lääkärin vastaanotolle.

Keskeiseksi tutkimustulokseksi nousi vähiten terveyskeskusten palveluita käyttävät ”yliopistotutkinto tai vastaavat” -ryhmään kuuluvat asiakkaat, sekä näiden korkeasti koulutettujen asiakkaiden huomattava tyytyväisyys terveyskeskuksen toimintaa kohtaan. Toinen keskeinen tulos

oli ”nuorten ja nuorten aikuisten” vähäinen terveyskeskuksen palveluiden käyttö. Ihmetystä aikaansaa heidän vähäinen terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluiden hyödyntäminen, sillä tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi kaikki korvakipuiset lapset.

Mielenkiintoista olisi tietää, miten tässä tutkimuksessa saadut tulokset muuttuvat hoitotakuun myötä. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuotta ennen hoitotakuun voimaantuloa, eikä hoitotakuun vaikutuksia ole siksi voitu käsitellä suhteessa aineistoon. Tämä tutkimus on kuitenkin niitä viimeisiä, joita on tehty terveyskeskusten asiakastyytyväisyydestä ennen hoitotakuun voimaantuloa ja on siten hyvä vertailukohde tulevaisuudelle.

Tutkimuksen positiivinen lopputulos yllätti tutkijan. Tutkimuksen aineisto on kerätty terveyskeskuksista, joissa ei tehdä säännöllisiä asiakastyytyväisyysmittauksia. Siitä huolimatta asiakkaat ovat tyytyväisiä.

Lisätietoa: TtM, sairaanhoitaja Teija Honkonen, Keski-Pohjanmaan keskussairaala, päivystyspoliklinikka
teija.honkonen@kpshp.fi

LomaPala

Kenen homma!

Tämä on kertomus neljästä henkilöstä, joiden nimet ovat Jokainen, Joku, Kukatahansa ja Kukaan.

Piti tehdä tärkeä työ,
ja jokainen oli varma,
että Joku tekisi sen.

Kukatahansa olisi voinut sen tehdä,
mutta Kukaan ei tehnyt sitä.

Tästä Joku suuttui,
koska se oli Jokaisen työ.

Jokainen ajatteli,
että Kukatahansa voisi tehdä sen,
mutta Kukaan ei ymmärtänyt,
että Jokainen ei tekisi sitä.

Kaikki päättyi siihen,
että Jokainen syytti Jotakuta,
kun kukaan ei tehnyt sitä,
minkä Kukatahansa olisi voinut
tehdä....

Huolestuttaako?

Mistä me huolestumme?

40 %
- Asioista jotka eivät koskaan toteudu

35 %
- Asioista joihin emme voi vaikuttaa

15 %
- Asioista jotka toteutuivat paljon paremmin kuin mitä odotimme

8 %
- Mitättömät huolet

2 %
- Aiheelliset huolet

Siirrä yksi tunti päivässä turhiin huoliin käyttämästäsi ajasta rakentavaan toimintaan ja saat yhdeksän uutta 40-tuntista työviikkoa vuoteen! Löydätkö paremman sijoituskohteen?

KIRJOITA LAATUPALAAN!

Iloksemme iso osa LaatuPalan kirjoituksista tulee spontaanisti teiltä lukijoilta. Jotta kirjoittaminen olisi helppoa, tässä muutama huomioitava asia:

* **Kirjoita pitkästi tai lyhyesti**.
LaatuPalassa on tilaa sekä pidemmille kirjoituksille (max noin 10 000 merkkiä) että lyhyemmille kirjoituksille, myös ihan uutisille ja informaatiolle. Lehden taittoa helpottaa mahdollisimman muotoilematon teksti, mielellään Word-asiakirjana. Lähetä mielellään mustavalkoiset taulukot, kaaviot yms. erillisinä Excel-tiedostoina.

* **Otsikoi lyhyesti ja lukijan mielenkiinnon herättävästi**.
Tee myös ingressi eli muutaman lauseen pituinen teksti kirjoituksen alkuun, jonka tarkoitus on kertoa lukijalle ydinasiat ja toisaalta innostaa lukemaan koko kirjoitus. Voimme halutessasi auttaa otsikon ja ingressin muotoilussa.

* **Liitä kirjoitukseen yhteystiedot, keneltä lukija halutessaan saa lisätietoja**.
Lähetä meille myös kaikkien kirjoittajien yhteystiedot. Julkaisemme mielellään sekä kirjoittajan valokuvan että mahdollisesti kirjoitukseen liittyviä valokuviasi. Valokuvien lähettämisestä saat yksityiskohtaiset ohjeet meiltä.

* **Lähetä kirjoitus osoitteella:**
marleena.ollikainen@stakes.fi

Kysy lisää kirjoitusasioista Marleenalta tai Ailalta!

Tilaan LaatuPala -lehden

lehtitilaaja ☐ verkkolukija* ☐

* LaatuPalan verkkolukijana saat lehden verkko-osoitteen sähköpostiisi lehden ilmestyttyä

Henkilön nimi

Toimipaikka

Ammattinimike

Jakeluosoite

Rastita, onko kyseessä työpaikan osoite ☐ kotiosoite ☐

Postinumero Postitoimipaikka

Puhelin Telefax

Sähköposti

Lehti on maksuton.

Osoitteen muutos

Faksaa tai postita koko sivu:
Aila Teinilä, Stakes / Alue- ja kuntapalvelut, PL 220, 00530 HELSINKI
Puh. (09) 3967 2294, faksi (09) 3967 2155
aila.teinila@stakes.fi