

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Outokummun kuntoutussairaala

Laatijat	Sari Kortelainen, osastonhoitaja Ossi Syrjänen, vs. apulaislääkäri
Tarkastajat	Riitta Myyry, vs. palvelupäällikkö Nina Utriainen, vs. ylihoitaja
Hyväksyjä	Riitta Myyry, vs. palvelupäällikkö
Pvm.	25.3.2024

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	7
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	10
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	10
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	11
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	11
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	11
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	12
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	13
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	14
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	15
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	16
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	16
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	17
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	17
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	18
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	20
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	20
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	20
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	21
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu.....	23
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	23
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	25

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	25
6.5.2	Asiakasviestintä	26
7	Henkilöstö	29
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	29
7.2	Rekrytointi	31
7.3	Perehdytys	32
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	33
7.5	Johtamisosaaminen.....	34
7.6	Työhyvinvointi	35
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	36
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	36
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	38
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	39
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	40
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	43
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	43
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	46
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	48
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	50
9.5	Infektioiden torjunta	55
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	55
9.5.2	Yleiset hygieniäkäytännöt.....	56
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	57
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	59
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	59
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	60
9.7.3	Terveydensuojelu	62
10	Palvelun sisällön omavalvonta	64
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	64
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	65

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	66
10.4	Kivunhoito	68
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	69
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	72
10.7	Painehaavojen ehkäisy	74
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	75
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	76
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	77
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	77
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	78
10.10.3	Huumaussaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	79
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	80
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	80
10.11	Itsemurhien ehkäisy	82
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	83
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	84
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	85
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	86
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	86
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	86
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	87

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon omavalvonta perustuu palveluyksikössä toteutettavaan riskienhallintatyöhön, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä palvelun käyttäjiltä ja henkilöstöltä saadun palautteen näkökulmasta. Omavalvontasuunnitelma on suunnitelma siitä, miten palveluyksikössä käytännön toimenpitein varmistetaan, seurataan ja arvioidaan oman toiminnan laatua ja turvallisuutta.

Palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman laatimisveloitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelman sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus sekä Valviran yksityisen terveydenhuollon omavalvonnan lomakepohjan sekä Valviran yksityisen sosiaalihuollon omavalvontasuunnitelman laadintaan liittyvien ohjeiden sekä kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) sisältökokonaisuudet.

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317–4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Vastaanottopalvelut/Kuntoutumispalvelut
Vastuualue	Terveysasemat
Palveluyksikkö	Outokummun kuntoutussairaala, Sairaalankatu 8, Outokumpu
Palvelumuoto	Yleislääketieteen akuuttisairaanhoidon terveyskeskussairaala
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Hoidetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuispotilaita
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	20 potilaspaikkaa

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Sari Kortelainen, sari.kortelainen@siunsote.fi, 013 3306073
Palvelupäällikkö	Vs. Riitta Myyry, riitta.myyry@siunsote.fi , 013 3307589
Palvelujohtaja	Mikael Ripatti, mikael.ripatti@siunsote.fi , 013 330 9556

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialuejohtaja vastaa toimialueensa toiminnasta ja taloudesta. Toimialuejohtajan ratkaisuvallan siirtopäätöksen mukaisesti toimialuejohtaja on siirtänyt toimivaltaansa Vastaanottopalveluiden palvelujohtajalle, vastuualueen palvelupäällikölle sekä ylihoitajille ja palveluyksikön lähiesihenkilöille: ylilääkärille, apulaisyliääkärille ja osastonhoitajalle. Vastuualueen palvelupäällikkö ja ylihoitajat kuuluvat Vastaanottopalveluiden johtotiimiin, palveluyksiköiden ylilääkärit ja osastonhoitajat sekä esihenkilöt kuuluvat vastuualueen johtotiimiin.

Yksikössä työskentelevät hoitotyön lähiesihenkilöinä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, jonka työnkuva jakautuu hallinnollisiin ja hoitotyön tehtäviin sopimuksen mukaisesti. Apulaisosastonhoitaja sijaistaa osastonhoitajaa hänen poissa ollessaan. Lääketieteellisenä johtajana toimii ylilääkäri.

Lähiesihenkilöt ovat työnantajan edustajia, joiden tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä. Ja vastata omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Lisäksi he huolehtivat henkilöstövoimavarojen suunnittelusta ja johtamisesta, työhyvinvoinnista ja –turvallisuudesta sekä osallistuvat työn kehittämiseen ja osaamisen varmistamiseen omilla vastuualueillaan. Työssään heidän on otettava huomioon lainsäädännölliset näkökulmat ja toimintaohjeet sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset.

Lähiesihenkilöiltä edellytetään omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Lähiesihenkilöt vastaavat toiminnan suunnittelusta, kehittämisestä, organisoinnista, konkreettisten puitteiden luomisesta, resursoinnista sekä uuden ja ajantasaisen tiedon välittämisestä. Lisäksi he vastaavat omalla vastuualueellaan toiminnan operatiivisesta johtamisesta sekä toiminnan pitkäjänteisestä kehittämisestä siten, että tehtävällä on vaikutusta laajan työympäristön toimintaedellytyksiin.

Lähiesihenkilö on vastuussa päivittäistoiminnoista. Heillä ei ole henkilöstöhallinnollista esihenkilöasemaa muiden toimialueiden ja palvelujohtajien vastuulla olevaan henkilöstöön.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella ostopalvelujen ja palveluseleiden koordinaatiovastuu on hankinta- ja sopimuspalvelut yksiköllä. Kaikki Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen työntekijät pääsevät tarkastelemaan ostopalvelusopimuksia ja palveluseleitä sopimuksenhallintajärjestelmässä.

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta. Listaus palveluyksikön ostopalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Henkilöstövuokraus (etä- ja lähilääkärin palvelut)	Useita palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus (hoitohenkilöstön lyhytaikaiset sijaisuudet)	1 palveluntuottaja

Outokummun kuntoutussairaalan ostopalveluista vastaa ylilääkäri. Osaston hoitohenkilöstön resurssoinista vastaa osastonhoitaja ja/tai apulaisosastonhoitaja.

Lyhytaikaisiin, akuutteihin hoitohenkilöstön sijaisuuksiin (alle 42 vuorokautta kestävät sijaisuudet) haetaan sijaisia Tempore -palvelualustan kautta. Sijaisena voi toimia toiminnan tarpeet huomioiden sairaanhoitaja, lähihoitaja, hoiva-avustaja tai sote-alan opiskelija.

Ostopalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ja seurataan säännöllisesti potilaiden/henkilöstön palautteiden sekä kertomuskirjausten kautta. Palautetta saadaan myös henkilöstöltä ja jatkuvan asiakaspalautteen kautta. Lähiesihenkilö yhdessä henkilöstön ja asiakkaiden kanssa seuraa hoidon laatua ja asiakasturvallisuuden toteutumista. Henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus kertoa lähiesihenkilölle havaitsemistaan epäkohdista, joka vie asian tiedoksi yksikön ylilääkärille ja palveluntuottajan esihenkilölle.

Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta hyödynnetään osittain yksikön lähijohtajien ostopalveluosaamisen varmistamisessa.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

Toiminta-ajatus ilmaisee, kenelle ja mitä palveluita tuotetaan. Toiminta-ajatuksen tulee perustua toimialaa koskevaan lainsäädäntöön. Keskeiset terveydenhuollon palvelua ohjaavat lait ovat [terveydenhuoltolaki](#)

[\(1326/2010\)](#) (linkki), [laki potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992\)](#) (linkki), [tartuntatautilaki \(1227/2016\)](#) (linkki) sekä [laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä \(612/2021\)](#) (linkki).

Terveysasemien perustehtävä on tuottaa terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisia perusterveydenhuollon palveluita hyvinvointialueen asukkaille ja kiireellistä hoitoa sitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta sekä edistää hyvinvointialueen asukkaiden terveyttä. Vastuualueen pääasiallisesti tuottamat perusterveydenhuollon palvelut ovat väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, avosairaanhoidon, kotisairaanhoidon lääkäripalvelut soveltuvin osin, kotisairaala- ja sairaalahoito ja mielenterveyden hoito soveltuvin osin.

Tartuntatautilain (1227/2016) mukaisena tartuntatautien torjuntatyön yhteensovittavana tartuntataudeista vastaavana lääkärinä toimii infektioiden torjuntayksikön ylilääkäri. Vastuualueelta on nimetty riittävä määrä virkasuhteessa olevia tartuntataudeista vastaavia lääkäreitä sekä kullekin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille ensisijainen alue, josta nimettynä hän pääasiallisesti vastaa.

Outokummun kuntoutussairaalan tehtävänä on järjestää ensisijaisesti Outokummun seudun aikuisväestölle yhdenvertaisuuden periaatteilla lainsäädännön mukaiset terveydenhuollon palvelut. Tavoitteena on tukea, ohjata ja motivoida ihmisiä kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja terveydestään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi Outokummun seudun asukkaille turvataan joustava jatkohoitoon pääsy erikoissairaanhoidosta ja sujuva kotiutuminen omaan kotiin tai palveluasumiseen. Potilasta hoidetaan hänen kuntoutumistaan tukien. Toiminnassa painottuu akuutisti sairastuneiden potilaiden kokonaisvaltainen ja hänen elämänlaatuun tukeva moniammatillinen kuntouttava ja toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö. Elämän loppuvaiheessa tuetaan potilasta ja omaisia heidän tarpeidensa mukaisesti.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä turvata yhdenmukaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja turvalliset terveyspalvelut. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveyspalvelujen toteutuminen.

Arvot liittyvät läheisesti myös työn ammattieettisiin periaatteisiin ja ohjaavat valintoja myös silloin, kun laki ei anna tarkkoja vastauksia käytännön työstä nouseviin kysymyksiin. Arvot kertovat työyhteisön tavasta tehdä työtä. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen toimintaa ohjaavat arvot ovat asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus ja vastuullisuus.

Terveysasemilla toimimme aina asiakkaan parhaaksi. Osallistamme asiakkaita päätöksenteossa, toimimme inhimillisesti ja arvostavasti. Toimimme avoimesti ja ennakkoluulottomasti sekä olemme valmiita muuttamaan

toimintaamme paremman palvelun aikaan saamiseksi. Henkilöstömme on ammattitaitoista ja kannustamme sekä tuemme kouluttautumaan sekä kehittämään ammattitaitoamme. Toimimme yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti sekä asiakkaiden että henkilöstön, sidosryhmien ja kumppaneiden kanssa. Toimimme vastuullisesti, vaikuttavasti, luotettavasti ja eettisesti. Autamme yksilöä vastaamaan omasta hyvinvoinnistaan, mutta huolehdimme myös niistä, joilla on haasteita huolehtia omasta hyvinvoinnistaan itse. Toimimme YK:n yleissopimuksen lasten oikeuksista ja vammaisten henkilöiden oikeuksista mukaisesti.

Terveysthuollon keskeiset arvot sekä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot näkyvät yksikön toiminnassa:

- **Asiakaslähtöisyys:** Asiakaslähtöisyys toteutuu kohtelemalla ja hoitamalla jokaista potilasta yksilönä historiasta ja taustatekijöistä riippumatta, sekä kunnioittamalla heidän itsemääräämisoikeuttaan hänen hoitoaan koskeissa asioissa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta ja potilaan päätöstä kunnioitetaan. Potilaalla on oikeus ilmaista tahtonsa esim. siitä, kenelle hänen hoitoonsa liittyvistä asioista annetaan tietoa ja hänen laatimaa hoitotahtoa noudatetaan. Jos potilas ei ole terveydentilansa takia kykenevä ilmaisemaan mielipiteitään ja tahtoaan, tilanteessa kuullaan omaisia/läheisiä.
- **Avarakatseisuus:** Toimintakulttuuri on avoin, muutoksiin valmis ja ennakkoluuloton.
- **Turvallisuus:** Potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin perehdytään heti perehdytysvaiheessa. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.

Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Moniammatillinen koulutettu henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden. Työ- ja potilasturvallisuuteen liittyviin asioihin kiinnitetään huomiota kokoaikaisesti, perehtymisestä lähtien.

Jatkohoidon suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Käytössä on SEPA-taulu (seisontapalaveritaulu), jonka avulla pystytään moniammatillisesti suunnittelemaan mm. kotiuttamista oikea-aikaisesti. Yhteistyötä tehdään tiiviisti kotiutusyhdyshenkilön, sijoittajahoitajan, omaisten/läheisten ja muiden jatkohoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Huolellinen jatkohoidon kirjaaminen tukee ja varmentaa tiedon siirtymistä kaikille hoitoon osallistuville tahoille.

- **Yhdenvertaisuus:** Turvataan asiakkaan yhdenvertaisen kohtelun ja hoitotyössä näkyy asiakkaan aito kohtaaminen ja välittäminen. Hoitotyötä toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Kaikkia kohdellaan kunnioittavasti ja tasapuolisesti. Kaikille potilaille turvataan yhtenäinen oikeus saada tarpeiden mukaista hoitoa ja huolenpitoa sekä ajantasaista tietoa omasta tilanteesta. Potilaan tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu toteutuu käytännössä ja potilas tulee kuulluksi häntä koskeissa asioissa.
- **Vastuullisuus:** Vastuullisuus tarkoittaa ammattitaitoista, säännöllisesti koulutuksiin osallistuvaa henkilökuntaa. Jokaisella työntekijällä on itsellä velvollisuus oman ammattitaidon kehittämiseen ja

ylläpitoon. Vastuullisuus tarkoittaa oman, työtoverin ja moniammatillisen tiimin työn arvostusta ja yhteistyöhön sitoutumista. Potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi perustuvat potilaslähtöiseen ajatteluun. Henkilökunta noudattaa tietosuoja- ja tietoturvaohjeita potilasasioiden käsittelyssä.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen on varmistettava omavalvonnalla sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviensä lainmukainen hoitaminen. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen on valvottava toimintaansa siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin asiakkaiden ja potilaiden tarve ja turvallisuus edellyttävät.

Palveluntuottajan on laadittava palveluyksiköittäin päivittäisen toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi sekä asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seurantaa varten omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut.

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaavat ylilääkäri ja osastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

Omavalvonnan suunnittelu on koko työyhteisön asia, johon osallistuu palveluyksikön/palvelusta vastaava esihenkilö, henkilökunta sekä mahdollisuuksien mukaan myös asiakkaat/potilaat.

Omavalvontasuunnitelma laaditaan osastonhoitajan, palvelupäällikön ja henkilöstön kanssa yhteistyössä. Osastonhoitaja kantaa päävastuun omavalvontasuunnitelmasta. Henkilöstö osallistetaan omavalvontasuunnitelmaan laatimiseen ja sen päivitykseen, joka tapahtuu pääosin osastokokouksissa. Yksikön toiminnasta annettu palaute huomioidaan omavalvontasuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä.

Omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaen yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi yhdistys- tai potilasjärjestötapaamisissa, nämä huomioidaan omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluysikkökohtainen omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka tulee julkaista julkisessa tietoverkossa tai muuten julkisuutta edistävällä tavalla. Omavalvontasuunnitelma tulee olla asiakkaiden ja potilaiden sekä muiden asiasta kiinnostuneiden nähtävillä julkisesti (esim. ilmoitustaululla tai muutoin) palveluysikössä ilman erillistä pyyntöä.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen oman palvelutuotannon palveluysikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla osoitteessa [Omavalvonta - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki).

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä kuntoutussairaalan aulan ilmoitustaululla. Ja henkilökunnalle myös perehdytyskansiossa sekä sähköisenä versiona osaston omassa verkkokansiossa ja Siun soten intrassa (sisäinen verkko).

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluysikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimeenpanon lähtökohta. Ilman riskien tunnistamista ei riskejä voi ennaltaehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin voida puuttua suunnitelmallisesti. Hyvä turvallisuuskulttuuri rohkaisee tunnistamaan turvallisuuspoikkeamia sekä toimintaan liittyviä riskejä ja kannustaa tuomaan nämä avoimesti esille.

5.1 Riskienhallinnan vastuut

Jokainen palveluysikkö ja työntekijä on vastuussa oman toimintansa riskien tunnistamisesta ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Jokainen työntekijä on myös velvollinen tuomaan esille havaitsemansa riskit ja epäkohdat.

Aluevaltuusto vastaa sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteista. Aluehallitus ja hyvinvointialuejohtaja vastaavat riskienhallinnan järjestämisestä. Sisäinen tarkastus arvioi objektiivisesti riskienhallinnan järjestämistä ja tuloksellisuutta sekä esittää tarvittaessa toimenpide-ehdotuksia sen kehittämiseksi. Siun soten johtoryhmä arvioi hyvinvointialueen strategian toteuttamista ja tavoitteiden saavuttamista uhkaavia riskejä säännöllisillä riskienarvioinneilla. Johtoryhmän jäsenet johtavat ja seuraavat oman alueensa riskienhallinnan asianmukaisuutta ja vastaavat riskienhallinnan toteuttamisesta prosessien puitteissa. Toimialueiden johtoryhmissä riskienhallinnan painopiste on operatiivisissa riskeissä eli prosessien ja turvallisuuden päivittäisessä hallinnassa ja turvaamisessa. Strategisen riskin tunnistaminen voi tapahtua myös toimialueilla.

Jokainen palvelualue, yksikkö ja työntekijä on vastuussa oman toimintansa riskien tunnistamisesta ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Riskienhallinnan järjestämistä edellytetään myös ostopalveluilta ja konserniyhteisöiltä, jonka tulee toteutua samoilla periaatteilla kuin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen itse järjestämässä palveluissa.

Lähiesihenkilöt vastaavat riskienhallinnasta oman yksikön osalta. Jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla on vastuu/velvollisuus ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden ilmoittaa havaitsemistaan riskeistä. Jokainen henkilökuntaan kuuluva huolehtii omalta osaltaan potilasturvallisuudesta kaikessa toiminnassaan ja havaittuaan turvallisuusriskin, pyrkii poistamaan sen välittömästi tai huolehtii korjaamisesta/huollosta tai tiedottaa asiasta eteenpäin lähiesimiehelle, joka ryhtyy toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

Riskien hallinta laaditaan ja päivitetään vuosittain Laatuportti -järjestelmään (Laatuportti) esihenkilön johdolla yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. Esihenkilö vastaa suunniteltujen toimien toteuttamisesta, seurannasta sekä toiminnan kehittamisestä. Henkilökuntaa ja opiskelijoita kannustetaan sekä ohjataan potilasturvallisuuden noudattamiseen sekä kertomaan havainnoistaan työtovereille, ohjaajalle ja esihenkilölle. Potilasturvallisuutta ja ilmoitusvelvollisuutta korostetaan kaikessa toiminnassa jo perehdytyksestä alkaen.

Henkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista tiedotetaan ja suunnitellaan mahdollisuuksien mukaan kehittämistoimenpide osastokokouksessa. Osastokokouksista kirjataan muistiot, jotka jokainen on velvollinen lukemaan ja toimimaan yhdessä sovitulla tavalla. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella pyritään parantamaan potilas- ja työturvallisuutta. Mikäli kehittämistoimenpide vaatii ohjausta tai koulutusta, esihenkilö järjestää sitä ja mahdollistaa työntekijöiden osallistumisen.

Terveysthuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että jokainen voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojään ja taitojään voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Yksikön riskienarvioinnit ovat henkilöstön luettavissa sähköisesti Laatuportissa sekä tulostettuna turvallisuuskansiossa.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

Riskienhallinta perustuu siihen, että toimintaan sisältyvät riskit ja vaarat tunnistetaan mahdollisimman varhain. Erityisen tärkeää on tunnistaa ennakoivasti toimintaan sisältyvät kriittiset työvaiheet. Ennakoivaa riskien arviointia suoritetaan osana toimintaan kohdistuvien muutosten suunnittelua tai osana toiminnan tavanomaista kehittämistä.

Riskien hallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskien hallintaan kuuluu

suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi sekä toteutuneiden haittatapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja jatkotoimien toteuttaminen.

Outokummun kuntoutussairaalan henkilökunta ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta)-ilmoitusmenettelyllä, suullisella, sähköisellä (esim. sähköposti) tai kirjallisella ilmoitusmenettelyllä. Lisäksi, jos yksikön henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta Epäkohta tai epäkohdan uhka – ilmoituslomakkeella. Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

Outokummun kuntoutussairaalan henkilöstöllä on vastuu tehdä tarvittaessa ja potilaan tilanteen niin vaatiessa myös huoli-ilmoituksia tai lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoituksia. Potilaat ilmoittavat riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä. Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kehoitetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee tarvittaessa ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella ilmoitetaan vaaratilanteista, poikkeamista ja turvallisuushavainnoista Laatuportti -järjestelmään. Järjestelmään ilmoitetaan asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamien lisäksi myös henkilöstön työturvallisuusilmoitukset sekä henkilökuljetuksiin, ruokahuoltoon, pyykki- ja laitoshuoltoon, palo- ja toimintaympäristöturvallisuuteen, ympäristöturvallisuuteen, säteilyturvallisuuteen ja tietosuojaan/-turvaan liittyvät poikkeamat. Myös palveluja käyttävät ja heidän läheisensä sekä yhteistyökumppanit voivat tehdä [vaaratilanneilmoituksen Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

Henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoitukset tehdään Laatuporttiin. Lomakkeilla voi ilmoittaa monipuolisesti erilaisia turvallisuushavainnoja, vaaratilanteita ja laatu-poikkeamia. Henkilökunta voi ilmoittaa havainnoistaan myös suullisesti tai kirjallisesti. Suullisen ja/tai kirjallisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset dokumentoidaan Laatuporttiin.

Henkilökunta on ohjeistettu poistamaan viallinen laite heti käytöstä vian havaittuaan ja ilmoittamaan asiasta viipymättä lähiesihenkilölle. Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin ja lisäksi tehdään ilmoitus Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle Fimealle. Lisäksi tehdään ilmoitus laitevalmistajalle erillisten ohjeiden mukaan. Ilmoitusvelvollisuus koskee pääsääntöisesti kaikkia terveydenhuollon laitteita käyttäviä henkilöitä riippumatta ammattiryhmästä tai asemasta.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviralle sähköisesti (<https://turvaviestivalvira.fi/>) (linkki)

Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset tehdään vakavista ja odottamattomista haittavaikutuksista Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.

Verensiirtoihin liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus laatuporttiin sekä Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta.

Potilastietojärjestelmän haittatapahtumakirjaus on käytössä yksikössä kaatumisten, putoamisten ja painehaavojen osalta.

Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään Laatuporttiin ja Pelastustoimelle:

<https://pelastustoimi.fi/asiointi/lomakkeet/ilmoitus-ilmeinen-palonvaara> (linkki)

Mikäli yksikön henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta ja yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä. Tarvittaessa tehdään sähköinen huoli-ilmoitus Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - [Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut](#) (linkki) kautta.

Tarvittaessa tehdään viranomaisyhteistyötä hätäkeskuksen kanssa.

Potilaat sekä heidän läheisensä voivat tuoda esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoituksia voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti henkilökunnalle tai verkkosivujen virallisen ilmoituskanavan kautta.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyyn kuuluu niiden kirjaaminen, analysointi ja raportointi. Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn tavoitteena on arvioida ja analysoida tapahtumaan liittyvä riski ja hyödyntää tätä tietoa toiminnan kehittämisessä, jotta samankaltaisen tapahtuman toistuminen voidaan estää.

Vaaratilanneilmoituksen käsittelijä saa ilmoituksen uudesta Laatuporttiin kirjatusta ilmoituksesta sähköpostiinsa. Käsittelyä odottavat ilmoitukset näkyvät Laatuportin etusivulla. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset ilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa. Ilmoitukset käsittelee osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja erillisen ohjeistuksen mukaisesti.

Käsittelyssä arvioidaan riskin suuruus, tapahtumien seuraukset, toimenpiteet riskien pienentämiseksi ja vastuuhenkilö toimenpiteen toteuttamiselle. Ilmoituksia käsitellään osastokokouksissa tarvittaessa viikoittain. Tavoitteena on yhdessä kehittää toiminnan turvallisuutta ja laatua ketään syyllistämättä. Toimintatapojen

muuttamisesta tehdyt yhteiset päätökset kirjataan kokousmuistioon, jonka lukeminen on kaikkien vastuulla. Kokousmuistio löytyy tallennettuna osaston omasta teams-kansiosta.

Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa. Riskin suuruus (jännösriski) arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen. Tarvittaessa tehdään lisäselvityspyyntö osallisille, joita yleisimmin ovat henkilöstö, toinen yksikkö ja yhteistyökumppanit. Lisäselvityspyyntö tehdään Laatuportin kautta. Kehittämistoimenpiteille nimetään vastuuhenkilö ja asetetaan määräaika.

Mikäli vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavat organisatoriset tekijät, joihin yksikössä ei itsenäisesti voida vaikuttaa tai tapahtuma koskee laajempaa kokonaisuutta, voi ilmoituksen käsittelijä siirtää ilmoituksen käsiteltäväksi organisaatiossa ylemmälle tasolle tai ehdottaa tapahtunutta vakavien vaaratapahtumien tutkintaan. Palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa tai vastata jätettyyn soittopyyntöön.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

Riskien hallinnassa tulee selvittää laatu- ja turvallisuuspoikkeamien juurisyyt ja myötävaikuttaneet tekijät. Tämä mahdollistaa tehokkaiden toimenpiteiden laatimisen riskin pienentämiseksi ja vastaavan tapahtuman estämiseksi tulevaisuudessa. Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten seurannan avulla valvotaan ja arvioidaan tehtyjen kehittämistoimenpiteiden toteutumista ja niiden riittävyyttä.

Todennettuja riskejä ja turvallisuuspoikkeamia pyritään ennaltaehkäisemään. Ennaltaehkäiseviä toimia arvioidaan ja niitä muutetaan tai lisätään tarvittaessa. Outokummun kuntoutussairaalassa niitä ovat esimerkiksi henkilöstön koulutus- ja perehdytys, organisaation ja toimintayksiköiden erilaisten ohjeiden ja suunnitelmien noudattaminen (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, infektioidentorjunnan ohjeistus, ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä).

Outokummun kuntoutussairaalassa osastonhoitaja seuraa haittatapahtumien määrää, syitä ja kehittämistoimenpiteitä kuukausi- ja vuositasolla. Kuntoutussairaaloiden Laatuportti- järjestelmän yhdyshenkilö seuraa yleisellä tasolla ilmoituksia ja toimenpiteitä, joita raportoidaan ja käsitellään osavuosittain yhdessä yksiköiden lähiesihenkilöiden kanssa.

Vaaratilanneilmoituksiin liittyviä toimenpiteitä, voivat olla esimerkiksi keskustelu ja viestintä henkilöstön kanssa. Niiden pohjalta pyritään suunnittelemaan kehittämistoimenpiteitä, joiden avulla ennalta ehkäistään vastaavanlaisia tapahtumia. Outokummun kuntoutussairaalassa osastonhoitaja vastaa sovittujen kehittämistoimenpiteiden toimeenpanosta. Kehittämistoimenpiteiden määräaika vaihtelee aiheen ja laajuuden mukaan. Organisaation tavoite on, että vähintään **10** % ilmoituksista sisältää kehittämistoimenpiteen.

Palvelujohtaja ja lähiesihenkilöt seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja toiminnan kehittymistä kuukausi- ja vuositasolla. Lähiesihenkilöt kirjaavat kehittämistoimenpiteiden toteuttamisen ja seurannan Potilasturvallisuus –ilmoitukseen (PaTu –ilmoitus).

Myös potilaan sekä hänen läheisensä antamaa palautetta toiminnan epäkohdista sekä vaara- ja poikkeamatilanteista hyödynnetään Outokummun kuntoutussairaalan toiminnan kehittämisessä. Esimerkiksi potilaan kohtaamiseen liittyvä palaute käsitellään henkilöstön kanssa, ja pohditaan yhdessä keinoja vakavasti sairaan potilaan parempaan kohtaamiseen sekä ohjataan tarvittaessa henkilökuntaa potilaan kohtaamiseen liittyvään koulutukseen. Ilmoitukset käsitellään samalla tavalla kuin henkilöstön tekemät Patu-ilmoitukset nimettöminä moniammatillisesti, ellei kyseessä ole henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluonteisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn. Tällöin potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa ja asiasta riippuen joko osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajan toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehitymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Lähiesihenkilö tiedottaa sovitusta muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä henkilökunnalle suullisesti, osastopalavereissa, sähköpostilla ja teamsillä. Muille yhteistyötahoille tiedotetaan tarvittaessa sähköisesti.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

Asiakkaalle/potilaalle kerrotaan avoimesti, mikäli hoidon tai palvelun seurauksena tai sen viivästyminen vuoksi on aiheutunut vaaratapahtuma. Tapahtuma käydään läpi asiakkaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa.

Potilaalle kerrotaan avoimesti, mikäli hoidon tai palvelun seurauksena tai sen viivästyminen vuoksi on aiheutunut vaaratapahtuma. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi asiakkaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa. Potilas tai läheinen voi tarvita apua ja tukea tapahtuman tai sen seurausten ymmärtämiseksi tai käsittelemiseksi. Potilaalle tulee antaa potilasasiamiehen tai sosiaaliasiamiehen yhteystiedot: he neuvovat ja ohjaavat asiakasta mm. vahinkoilmoituksen tekemisessä.

Potilas tai omaisen tuodessa esille mahdollisen havaitsemansa vaaratapahtuman, ohjataan hänet tekemään vaaratapahtumailmoitus [Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki) Laatuporttiin. Lähiesihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenoton.

Haittatapahtumien käsittelyyn kuuluu keskustelu potilaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Mikäli tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut vaaratapahtuma, potilasta tai omaista informoidaan korvausten

hakemisesta. Potilasta tai omaista ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteyttä esim. potilasasiavastaavaan, kuluttajaneuvontaan tai sosiaalityöntekijään.

Yhteenveto keskeisimmistä (edellä kuvatuista) riskienhallinnan prosessiin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallinta		Riskien hallintaan ja valvontaan löytyy organisaatiosta sisäisiltä verkkosivuilta ohjeita
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus	Vaaratilanneilmoitusten ohjeistukseen löytyy organisaation sisäisiltä verkkosivuilta ohjeita Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintaohje	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (libkki)

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Palvelun, hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehtoista on kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Asiakasta/potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään.

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

Terveysthuollossa hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010, luku 6 §47–55).

Terveysthuollossa on saatava yhteys arkipäivisin virka-aikana välittömästi. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä samana arkipäivänä, kun potilas ottaa yhteyttä toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnissa tehdään yksilöllinen arvio potilaan tutkimusten tai hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Hoidon tarpeen arvioinnin suorittaa lähtökohtaisesti laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. sairaanhoitaja).

Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt (esim. lähihoitaja) voivat tehdä hoidon tarpeen arviointia perusterveydenhuollon sairaanhoidossa 31.8.2027 saakka, mikäli heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus.

Välittömän yhteyden saannin toteutumista seurataan vastuualueen ja palvelualueen johtotiimissä säännöllisesti.

Outokummun kuntoutussairaalassa hoidon tarpeen arvioi lääkäri yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Hoidon tarpeen arvio perustuu potilaan terveyden- ja sairaudentilaan sekä kuntoutuksen tarpeeseen. Käsitöksen potilaan hoidon- ja kuntoutuksen tarpeesta lääkäri muodostaa yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa hyödyntäen kliinistä tutkimusta, kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten perusteella, lääketieteellistä näyttöä ja hyvää käytäntöä noudattaen. Lääkäri päättää potilaan hoitoon ottamisesta ja hoitojakson päättämisestä sekä jatkohoidosta. Nämä päätökset laaditaan potilaan terveyden- ja sairaudentilan kokonaisuus huomioiden lähettävän yksikön ja jatkohoitoa toteuttavan tahon kanssa, sekä tutkitun lääketieteellisen näytön ja hyvän käytännön ohjaamana. Virka-ajan ulkopuolella päivystävä lääkäri tekee tarvittaessa hoidon tarpeen arvon.

Outokummun kuntoutussairaalaan potilaat saapuvat pääasiassa toisesta hoitoyksiköstä kuten erikoissairaanhoidon osastoilta ja päivystyksestä. Näissä yksiköissä on jo aloitettu potilaan hoito ja tehty hoitosuunnitelma mitä jatketaan. Hoidon tarvetta arvioidaan osastojaksolla moniammatillisesti yhteistyössä lääketieteen, hoitotyö ja tarvittaessa terapiapalvelun näkökulmasta osallistaen potilaat ja heidän omaisensa hoitoon. Arvioinnissa käytetään erilaisia hoitotyön mittareita mm. FRAT-kaatumisen ehkäisy, Braden-painehaavaehkäisy, MMNA-ravitsemuksen arviointi. Lääketieteen mittareita ovat mm. lääkkeiden yhteisvaikutukset, laboratorio tulokset, kuvantamistulokset.

Potilaan toipumista havainnoidaan päivittäin, hänen toimintakykensä, terveyttä ja yleisvointia. Lääkärinkierto on arkisin virka-aikana. Hoidon mittareita ovat mm. potilaan oma kokemus hoidosta, omaisten havainnot, hoitohenkilökunnan tekemät havainnot, laboratoriokokeet, kuvantamiskokeet. Potilas tai hänen asiaansa hoitava läheinen on keskeisessä roolissa hoitotarpeen arviointiprosessissa ja häntä kuullaan aina, mikäli se on mahdollista.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyn määrääjät ovat erilaiset perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluissa.

Kiireellinen sairaanhoito on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikais sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Potilaan on saatava arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvio ja hoito kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei

potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellyttä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys sijaitsee Pohjois-Karjalan keskussairaalan yhteydessä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon.

Perusterveydenhuollossa tulee päästä kiireettömään hoitoon 14 vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista tilanteissa, joissa on kysymys sairastumisesta, vammasta, pitkäaikaissairauden vaikeutumisesta, uusista oireista tai toimintakyvyn alenemasta. Hoitoon pääsyn määräaika koskee sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia.

Perusterveydenhuollon 14 vuorokauden enimmäisaika ei koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanottoja, hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan terveydenhuollossa laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi, terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia eikä muita ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluita. Nämäkin palvelut tulee kuitenkin järjestää kohtuullisessa ajassa enintään kolmen kuukauden kuluessa tai hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Hoitoon pääsyn määräaika ei koske myöskään seulontoja, tiettyjä määräaikaistarkastuksia sekä osaa rokotuksista, sillä näiden palveluiden antamisesta säädetään erikseen.

Laissa on säännökset myös niihin tilanteisiin, joissa potilas on arvion perusteella ohjattu ensin muun terveydenhuollon ammattilaisen kuin lääkärin vastaanotolle. Jos ensimmäisellä hoitokäynnillä todetaan, että potilas tarvitsee lääkärin, tämä lääkäriin pääsy on järjestettävä seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä. Enimmäisaika ei koske tilanteita, joissa potilaalle on laadittu yksilöllinen hoitosuunnitelma, ellei esille tule seikkoja, joiden perusteella yksilöllisestä tutkimus- ja hoitovälistä tulee tai voidaan poiketa.

Hoitoon pääsyn toteutumista seurataan vastualueen ja palvelualueen johtotiimissä säännöllisesti. Hoitoon pääsyn tiedot raportoidaan Siun soten julkisilla verkkosivuilla, ajankohtaiset tiedot päivittyvät päivittäin.

Outokummun kuntoutussairaalaan hoitoon pääsemiseksi ei ole määritetty määräaika, vaan osastolle tuleminen perustuu arvioon siitä, missä potilaan hoito olisi asiakaslähtöisesti tarkoituksenmukaisinta toteuttaa.

Hoitoon pääsyä seurataan ja raportoidaan säännöllisesti vastualueella käytössä olevin mittarein (esim. osastojaksojen läpimenoajat, hoitajaksojen määrät / kk). Vallitsevassa tilanteessa, jossa varsinkin palveluasumiseen pääseminen on jopa valtakunnallisesti ruuhkautunutta, on sairaalayksiköistä jatkohoitoon eteneminen hidastunutta, ja yksiköillä on vaikeuksia pystyä ottamaan uusia potilaita lyhytkestoiseen sairaalahoitoon. Ruuhkautumisen myötä julkista viestintää on lisätty ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on tiivistetty tilanteen korjaamiseksi.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmien lähtökohtana on asiakkaan/potilaan kokemus avun, palvelun tai hoidon tarve, palvelulle tai hoidolle asetetut tavoitteet sekä asiakkaan ja potilaan voimavarat.

Hoitosuunnitelma laaditaan potilaan tullessa Outokummun kuntoutussairaalaan yhteistyössä potilaan, hänen omaisten/läheisten ja moniammatillisen tiimin kanssa. Tavoitteet asetetaan heti tulovaiheessa kuntoutumista edistäväksi, toimintakykyä ylläpitäväksi sekä alustavan kotiutumissuunnitelman sisältäväksi. Potilasta kuullaan aina hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunnitellessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan diagnoosi, hoidon tarve ja tavoite, työnjako, hoidon toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi, lääkitys ja toteutusaikataulu. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tarvittaessa. Hoitohenkilökunta tutustuu työvuoron alussa potilaan tilanteeseen ja terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoitotyön suunnitelmaa tarkastellaan päivittäin ja päivitetään tarpeen vaatiessa. Hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen tehdään päivittäin. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita seurataan ja niihin pyritään aktiivisesti. Pitkäaikaispotilaille kirjataan vähintään kolmen kuukauden välein seurantayhteenveto.

Potilastietojärjestelmän kertomuskirjausten lisäksi tiedonsiirtoa vahvistetaan suullisella raportoinnilla tarvittaessa vuorovaihtojen yhteydessä. Perehdytyksellä (uudet työntekijät/sijaiset/pitkään poissaolleet) ja henkilökunnan jatkuvalla osaamisen kehittämisellä varmistetaan, että toiminta on kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaista.

Mikäli huomataan, ettei terveys- ja hoitosuunnitelman laadinta toteudu asianmukaisesti hoitohenkilökuntaa ja hoitavaa lääkäriä muistutetaan asiasta. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisesta ja sen asianmukaisuudesta vastaa viime kädessä potilasta hoitava lääkäri.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 8.6

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen, yksityisyyteen ja turvallisuuteen sekä oikeudesta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja mahdollisuudesta elää yksilöllistä ja omannäköistä elämää.

Hoitohenkilökunta kunnioittaa ja vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä tukee hänen osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toiminta perustuu lainsäädäntöön ja lakien toimenpanoa koskeviin

ohjeistuksiin. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu osallistamalla hänet hoidon ja palveluiden suunnitteluun. Hänen toiveensa huomioidaan siten, että potilas saa yksilöllistä neuvontaa ja palvelua tarvitsemisissaan asioissa.

Jokaisella ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista sitä, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään koskevia päätöksiä. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan, hänen tekemälleen ratkaisulle on annettava etusija laillisen edustajan tai muun läheisen mielipiteen asemasta. Potilaalla voi olla kyky ja oikeus päättää hoidostaan, vaikka hän olisi enää kelpoinen hoitamaan esim. taloudellisia asioitaan.

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tahtoa ja mielipidettä kunnioittaen, mikäli se ei vaaranna hänen tai muiden terveyttä ja turvallisuutta. Ristiriitatilanteissa pyritään löytämään kompromissi, joka ei vaaranna potilaan itsemääräämisoikeutta tai kenenkään turvallisuutta. Kunnioitetaan ja noudatetaan potilaan laatimaa hoitotahtoa.

Potilaan yksityisyys varmistetaan huolehtimalla hoitotoimenpiteissä yksityisyyden säilymisestä. Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuudesta huolehditaan siten, että potilaan asioista puhutaan vain tiloissa, joissa ei ole ulkopuolisia kuulemassa. Potilasasiakirjat pidetään ulkopuolisten saavuttamattomissa, paperitulosteet hävitetään asianmukaisesti ja säilytettävät asiakirjat skannataan potilastietojärjestelmään. Potilastietoa käsitellään tietoturvallisesti ja sitä käsittelee vain potilaan hoitoon osallistuva hoitohenkilöstö.

Laatuporttiin voi antaa palautetta asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksella koskien eettistä osaamista ja toimintaa sekä tehdä ilmoituksen vaara- tai poikkeamailmoituksen epäkohdasta tai sen uhkasta. Potilas ja omaiset/läheiset voivat antaa myös suullista palautetta henkilökunnalle. Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien on puututtava välittömästi havaittuun potilaan epäasialliseen kohteluun. Asiasta ilmoitetaan aina lähiesimiehelle, joka keskustelee työntekijän kanssa sekä tarvittaessa vie asian ylemmän tahon tietoon. Työntekijää voidaan sanktioida Siun soten ohjeistuksen mukaisesti.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Henkilöstön osaaminen varmistetaan, mikäli herää keskustelua potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyvistä epäkohdista. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin.

[Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992](#) (linkki), [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000](#) (linkki), [Mielenterveyslaki 1116/1990](#) (linkki)

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino ja

rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

Hoitoa rajattaessa kuullaan ja keskustellaan potilaan lisäksi myös hänen omaistensa kanssa. Rajoittaminen on yksilöity päätös ja sallittua lääkärin luvalla potilaan tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden turvaamiseksi. Rajoittamisessa otetaan huomioon lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa ohjaavat oikeussäännökset ja eettinen normisto. Rajoittaminen saa kestää vain niin kauan, kuin on tarpeen. Rajoittamispäätös kirjataan asiakas- ja potilastietoihin: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi.

Rajoittamisenohjeet voivat kuitenkin olla vain lainsäädäntöä täydentäviä, eikä niillä voida rajoittaa tai sulkea pois oikeutta lainsäädännössä turvattuihin oikeuksiin. Siltä osin kuin ohjeet eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ohjeet ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa.

Liikkumisen rajoittaminen (Valvira 27.1.20): Henkilön liikkumista esimerkiksi sitomalla voidaan rajoittaa ainoastaan henkilön turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Ennen turvavälineen käyttöpäätöstä sekä jokaisella käyttökerralla tulee harkita, onko rajoittaminen välttämätöntä, vai voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta edistäviä keinoja. Liikkumisen rajoittamista on mm. lepositeiden käyttö, haaravöillä/magneettivyöillä sitominen tuoliin tai sänkyyn tai sängyn laitojen nostaminen ylös. Muuta rajoittamista on esim. hygieniahaalarin käyttö.

Lääkäri arvioi, milloin turvavälineen käyttö voidaan lopettaa, tai ohjeistaa hoitohenkilökuntaa arvioinnin tekemiseen. Rajoitustoimenpiteet toteutetaan lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti mahdollisimman lyhyen ajan ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen. Esimerkiksi potilasturvallisuuden vaarantuessa potilaan vuoteen laidat voidaan nostaa ylös, mutta asiasta on keskusteltava potilaan ja hänen läheistensä kanssa, ja sekä toimenpide että keskustelu on kirjattava hoitotietoihin.

Kävelykykynsä menettäneellä potilaalla voidaan kuitenkin käyttää turvavöitä kaatumisen ennaltaehkäisyyn ilman lääkärin lupaa, eikä niiden käyttämistä pidetä liikkumisen rajoittamisena. Sitominen lyhytaikaisesti ruokailun tai muiden päivittäisten toimintojen ajaksi saattaa olla välttämätöntä turvallisuuden tai toimintaan osallistumisen vuoksi.

Yksikössä ovet ulos, vastaanotolle ja rapukkoon voidaan tarvittaessa lukita potilas- ja työturvallisuuden vuoksi. Tupakointi on sallittua potilaalle vain ns. tupakkaparvekkeella, mikäli hän kykenee siihen omatoimisesti (vaikka kyseessä on savuton sairaala). Terveyskeskussairaalan piha-alueella oleva tupakointipaikka on rinteessä, kaukana terveystakeskussairaalan ulko-ovesta. Tupakoinnin salliminen parvekkeella on ollut erityisesti päihdeasiakkaiden rauhoittamisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta tärkeä asia. Tupakointiin on asetettu tarkat määräykset, joihin potilaan on sitouduttava: tupakat ja tulivälineet saa käyttöönsä vain pyynnöstä, tupakoinnilla käynnin ajaksi.

Suositus on, että potilaat käyttävät omia puhelimiaan. Osastolla ei ole erillisiä puhelimia potilaskäyttöön. Potilaat tai omaiset/läheiset vastaavat mukana olevasta irtaimesta omaisuudesta – toiveena on, että sairaalassa olisi potilaan mukana ainoastaan välttämättömimmät henkilökohtaiset tavarat. Potilaan tullessa osastolle, hänen mukansa oleva omaisuus tulee kirjata erilliseen arvotavaraluetteloon.

Potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimiin ja -välineisiin liittyvä henkilöstön osaaminen ja ohjeiden noudattaminen varmistetaan hyvällä perehdytyksellä, koulutuksella (esim. Avekki -koulutus) ja ohjeilla, joita kerrataan yksikössä vähintään vuosittain tai useammin. Henkilöstön osaamisen seurannan välineitä ovat asiakas- ja potilastietojärjestelmän kirjaukset, vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset sekä palautteet.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakasta/potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Asiakkaan/potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen kohtelussaan ja sosiaali- ja terveystalveluita toteutettaessa.

Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien on puututtava välittömästi potilaan/omaisen epäasialliseen kohteluun ja omaisten/vierailijoiden epäasialliseen tai muita loukkaavaan käyttäytymiseen. Asiasta huomautetaan asianomaiselle kahden kesken ja ilmoitetaan lähiesihenkilölle suullisesti tai kirjallisesti, joka vie tarvittaessa asiaa eteenpäin. Potilas ja omaiset/läheiset voivat antaa suullista palautetta sairaalassa ollessaan tai vieraillessaan. Henkilökunta keskustelee ja kyselee aktiivisesti potilaan kokemuksista hoitajakso aikana, sekä siitä millaiseksi he ovat kokeneet sairaalan toiminnan.

Potilaiden, heidän perheidensä ja läheistensä huomioon ottaminen on olennainen osa hoidon sisällön, laadun, potilasturvallisuuden ja omavalvonnan kehittämistä. Koska laatu ja hyvä hoito voivat tarkoittaa eri asioita henkilöstölle ja potilaalle, on systemaattisesti eritavoin kerätty palaute tärkeää saada käyttöön yksikön kehittämisessä.

Tarvittaessa hyvän kohtelun varmistamiseksi käytetään tulkkipalvelua sekä vieraskielisiä potilasohjeita tai erilaisia tukitoimia kuten kommunikaatiokortit.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus tehdä reklamaatio palvelun tai hoidon laatuun tai saamaansa kohteluun liittyen. Palveluyksikön omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja muutettaessa on otettava huomioon myös valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset.

Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoasiat osoitetaan toimialuejohtajalle. Toimialuejohtajat voivat hallintosäännön nojalla delegoida ratkaisuvalltaansa em. asioissa eteenpäin. Asian käsittelijässä noudatetaan

kunkin toimialuejohtajan voimassa olevaa toimivallansiirtopäätöstä. Mikäli asian käsittelystä vastaava viranhaltija on asiassa jäävi, asian käsittely siirtyy ylemmälle viranhaltijalle. Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen käsittelyyn on Siun soten erillinen ohje.

Asiakirjat kirjataan Dynasty-asianhallintajärjestelmään asian käsittelyn seurantaan ja tilastointia varten. Asiat kirjataan salassa pidettävänä asioina erilliseen aineistoon, johon on rajatut käyttöoikeudet. Kirjaaminen asianhallintajärjestelmään tapahtuu keskitetysti kirjaamon toimesta koko Siun sotessa. Käsittelyssä suositaan sähköisiä toimitustapoja prosessin nopeuttamiseksi. Kirjaamon sähköpostiosoite reklamaatioasioiden hoitamista varten on sotereklamaatiot@siunsote.fi. (linkki) Asiakas- ja potilastietoja sisältävissä viesteissä käytetään suojattua sähköpostia.

Asiakas voi ottaa yhteyttä muistutusasiassa yksikköön suullisesti. Jos yhteydenotto on suullinen, asia voidaan selvittää asiakkaan, potilaan tai hänen omaisensa kanssa suullisesti. Mikäli suullisen neuvottelun lopputulos johtaa muutokseen tutkimuksissa, hoidoissa tai palveluissa, kirjaa neuvottelut hoitanut henkilö muutokset asiakas-/potilaskertomukseen.

Kirjaamon kautta asiointi tapahtuu ainoastaan kirjallisen yhteydenoton perusteella. Kirjaamo välittää selvityspyynnön ao. ylihoitajalle tai osastonhoitajalle, joka pyytää selvitystä hoitoon osallistuneilta henkilöiltä. Selvitys annetaan joko kirjallisena tai suullisesti, jonka pohjalta osastonhoitaja laatii oman selvityksensä ja toimittaa laatimansa kirjallisen selvityksen kirjaamoon ensisijaisesti Miun-palveluiden kautta, selvityksen antaminen -lomakkeella. Yksittäisiä palautteita käsitellään yksikössä joko kahden kesken asianomaisten kanssa tai viikkopalaverissa riippuen palutteen laadusta ja laajuudesta. Yksikön toimintaa koskevat muistutukset tai viranomaisohjaus käsitellään osaston viikkopalaverissa yleisellä tasolla toiminnan kehittämisen näkökulmasta esimerkiksi kertaamalla organisaation työohjeita.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asiakasta/potilasta tai hänen omaisiaan sosiaalihuollon asiakaslain sekä potilaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, tiedottaa asiakkaan ja potilaan oikeuksista sekä toimii muutoinkin asiakkaan/potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo, miten menetellään, kun asiakas/potilas tai hänen omaisensa on tyytymättömän annettuun palveluun tai hoitoon tai henkilökunnalta saamaansa kohteluun. Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo ja avustaa tarvittaessa muistutuksen tai esimerkiksi potilasvahinkoilmoituksen tai korvaushakemuksen tekemisessä. Sosiaali- ja potilasasiavastaava seuraa asiakkaiden/potilaiden oikeuksien ja aseman kehitystä hyvinvointialueella ja antaa asiasta vuosittain selvityksen hyvinvointialueelle.

Ohjeet muistutuksen tekoon löytyvät Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi](#) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](#) (linkki)- verkkopalvelun kautta tai paperilomakkeella. Lomake löytyy Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta ja

sen voi saada myös sosiaali- ja potilasasiavastaavalta kotiin postitettuna. Vastaus muistutukseen pyritään antamaan aina viimeistään 4 viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta.

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Marjo Kantola (marjo.kantola@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

Hanna Mäkijärvi (hanna.makijarvi@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

Puhelinnumero: 013 330 8268 ja 013 330 8265 ma–pe klo 9–11.30

Käyntiosoite: Torikatu 18 A, 3. krs, 80100 Joensuu

Viestejä voi lähettää tietoturvallisesti [Viestit - Suomi.fi](#) (linkki) -palvelun kautta.

Potilasta ohjataan ottamaan tarvittaessa yhteyttä sosiaali- ja potilasasiavastaavaan, joiden yhteystiedot löytyvät Siun soten nettisivuilta (www.siunsote.fi) (linkki) ja yksikön päiväsalin ilmoitustaululta. Yhteystiedot ja lomakkeet tulostetaan tarvittaessa potilaalle.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

Eri-ikäisten asiakkaiden/potilaiden sekä heidän läheistensä huomioon ottaminen palvelun ja hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa on olennainen osa palvelun laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ja omavalvonnan kehittämistä. Omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja muutettaessa on otettava huomioon palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta/potilailta sekä heidän läheisiltään säännöllisesti kerättävä palaute.

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

Säännöllisesti, yhtenevin menettelytavoin kerättävä palaute antaa vertailukelpoista tietoa toiminnasta. Palautteen avulla on mahdollista seurata palveluja käyttävän kokemusta palvelujen laadusta.

Asiakas, potilas, läheinen tai kansalainen voi halutessaan antaa palautetta Siun soten www-sivujen kautta verkkolomakkeella mistä tahansa Siun soten palvelusta tai muuhun toimintaamme liittyvästä asiasta (esim. viestintä). Palautelomake koostuu vapaasta palautteesta sekä THL:n kansallisista asiakaspalautetiedon väittämistä. Laatuportti lähettää tiedon saapuneesta palautteesta automaattisesti yksikön tai toiminnan

vastuuhenkilölle sähköpostiin. Palautteen käsittelijä käsittelee ja luokittelee saapuneen palautteen järjestelmässä. Palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Palautteesta voidaan tuottaa raportteja eri organisaatiotasolle.

Lähiesihenkilöt saavat yksikkökohtaiset raportit asiakaspalautteista sähköisen järjestelmän kautta. Asiakaspalautteen käsittelystä vastaavat lähiesihenkilöt ja saatuja asiakaspalautteita käydään läpi henkilöstön kanssa läpi osastokokouksissa. Tarvittaessa palautteisiin pohjautuen suunnitellaan kehittämistoimenpiteitä. Mahdollisia kehittämisideoista ja kehittämiskohteista laaditaan kooste vähintään vuosittain ja ne huomioidaan toimintasuunnitelmassa. Äkillisiä toimenpiteitä vaativat palautteet käsitellään välittömästi ja niihin liittyvät toimenpiteet tehdään ilman viivettä.

Sähköisen palautejärjestelmän lisäksi yksikön aulassa on postilaatikko, johon voi jättää kirjallista palautetta lähiesihenkilölle, joka välittää palautteen tarpeen mukaan henkilöstölle.

6.5.2 Asiakasviestintä

Monikanavaisen asiakasviestinnän tavoitteena on tavoittaa kaikki asiakkaat/potilaat, osallistaa heitä ja lisätä näin palvelun ja hoidon laatua ja turvallisuutta.

Asiakasviestintää tehdään Siun sotessa kaikilla toiminnan tasoilla. Yksiköt vastaavat suorasta asiakasviestinnästä, kuten asiakkaiden suullisesta ja kirjallisesta ohjaamisesta, neuvonnasta sekä kohtaamisesta palveluissa. Asiakkaille voidaan viestiä kohdennetusti myös tekstiviestitse ja kirjeitse.

Ulkoista viestintää tehdään monikanavaisesti hyvinvointialueen omilla viestintäkanavilla sekä median välityksellä. Viestintäpalvelut vastaavat muun muassa Siun soten verkkosivujen sekä suomi.fi-palvelutietovarannon koordinoinnista, organisaation virallisista sosiaalisen median kanavista ja organisaation nimissä lähtevistä mediatiedotteista.

Kokemusasiantutijat ovat kokemusasiantuntijakoulutuksen saaneita henkilöitä, joilla on omakohtaisia kokemuksia sairaudesta, vammasta tai vaikeasta elämäntilanteesta. He tietävät, millaiset palvelut ovat auttaneet heitä ja ovat valmiita auttamaan muita samassa tilanteessa olevia. Kokemusasiantutijat voivat tukea asiakasta, potilasta tai heidän läheisiään pärjäämään sairauden kanssa sekä avustaa siinä, miten hoito- ja palveluketjujen keskellä tullaan toimeen. Kokemusasiantutijat voivat tukea myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, osallistuen erialaisiin kehittämistehtäviin tai asiakas-/potilasryhmien ohjaamiseen yhdessä ammattilaisten kanssa. Kokemusasiantutija voi olla mukana kehittämässä palveluja ja tuoda asiakkaan ääntä esiin. He myös voivat antaa arvokasta näkemystä potilaan hoito- ja palveluprosessiin. Outokummun kuntoutussairaalassa ei ole tällä hetkellä kokemusasiantuntijoita.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) asiakkaan/potilaan asemaan, oikeuksiin ja osallistamiseen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista sekä toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Palvelun/hoidon tarpeen arviointiin ja palveluun/hoitoon pääsyyn liittyen		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (linkki)</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki)</p> <p>Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (linkki)</p> <p>STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 (linkki)</p>
Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)</p> <p>Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022 (linkki)</p>
Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeuteen, asialliseen kohteluun ja oikeusturvaan liittyen		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Perustuslaki 731/1999 (linkki)</p> <p>Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (linkki)</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)</p> <p>Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 (linkki)</p> <p>Mielenterveyslaki 1116/1990 (linkki)</p> <p>Päihdehuoltolaki 41/1986 (linkki)</p> <p>Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki)</p> <p>Lastensuojelulaki 417/2007 (linkki)</p>

		<p>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1997</p> <p>Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021</p> <p>Hallintolaki 434/2003</p> <p>Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkki saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely</p>
<p>Asiakkaan/potilaan ja heidän läheisten osallistamiseksi liittyen</p>		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Perustuslaki 731/1999 (linkki)</p> <p>Kuntalaki 410/2015(linkki)</p> <p>Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki)</p> <p>Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)</p> <p>Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(osa linkeistä saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Siun soten osallisuusohjelma(linkki)</p> <p>Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa</p> <p>Asiakaspalauttejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely</p>

Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva potilaspaiikkojen vaje	Jatkuva rekrytointi	Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (linkki) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki)
Itsemäärämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauksen palvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)

7 Henkilöstö

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten riittävyys, osaaminen ja hyvinvointi on yksi asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys.

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

Henkilöstön määrän ja osaamisen on oltava riittävä asiakkaiden/potilaiden määrään sekä heidän palvelujen tarpeeseen nähden.

Outokummun kuntoutussairaalassa työskentelee vakituisesti osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 8 sairaanhoitajaa ja 9 lähihoitajaa. Heidän lisäksi työskentelee määräaikaisia sairaan- ja lähihoitajia sekä hoivaavustaja. Yksikössä työskentelevät myös lääkäri, fysioterapeutti, osastonsihteeri ja ajoittain oppisopimuksella kansainvälisiä ja suomalaisia opiskelijoita. Ja sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijat suorittavat yksikössä työssäoppimisjaksoja.

Osastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä. Osastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä. Tehtävään sisältyy henkilöstövoimavarojen suunnittelu ja johtaminen, työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta huolehtiminen, työn kehittäminen ja osaamisen varmistaminen omalla vastuualueella.

Apulaisosastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa yhdessä osastonhoitajan kanssa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti.

Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä.

Apulaisosastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä. Apulaisosastonhoitajan tehtävään kuuluu asiakastyötä. Apulaisosastonhoitaja sijaistaa osastonhoitajaa tämän ollessa poissa.

Sairaanhoitajan tehtävään kuuluvat hoitoalan vaativat ammattitehtävät, joita ovat erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakas- ja asiantuntijatyö. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa. Työn keskeisimpiä tehtävä-/vastuukokonaisuuksia voivat olla asiakkaan hoidon-/palvelu-/kuntoutustarpeen arviointi, terveydentilan tutkiminen ja arviointi, ennaltaehkäisyn/tutkimuksen/hoidon/terapian suunnittelu ja toteutus sekä vaikuttavuuden arviointi. Sairaanhoitajan tehtävään sisältyy lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Lähihoitajan hoitoalan ammattitehtävät on erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakastyötä. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa. Työn keskeisimpiä tehtävä-/vastuukokonaisuuksia voivat olla asiakkaan hoidon-/palvelu-/kuntoutustarpeen arviointi, terveydentilan tutkiminen ja arviointi, ennaltaehkäisyn/tutkimuksen/hoidon/ terapian suunnitteluun osallistuminen ja toteutus sekä vaikuttavuuden arviointi. Tehtävään sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu moniammatilliseen työn kehittämiseen. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Hoiva-avustajan työ on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävät ovat asiakkaiden (yksilön) tarpeista lähtevää asiakastyötä tai asiakkaan palvelun kokonaisuuteen liittyvää avustavaa työtä. Tehtävän tavoitteena on yksilön hyvinvoinnin edistäminen ja asiakkaan voimavarojen tukeminen sekä siihen liittyvät tukipalvelutehtävät. Työn keskeisimpiä tehtävä-/vastuukokonaisuuksia ovat tukipalvelutehtävät, mutta voi olla myös avustamisen ja hoivan sekä ohjauksen tehtävät. Työssä on otettava huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat sekä toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimukset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävissä toimiva henkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävissä toimiva henkilö vastaa työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu moniammatilliseen työn kehittämiseen. Tehtävään kuuluu

opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen. Lisäksi henkilöstö osallistuu toiminnan suunnitteluun vastuualueidensa mukaan.

Määräaikaisen työvoiman tarpeen arvioinnissa on aina lähtökohtana potilaiden hoidon ja hoivan tarve, töissä olevan henkilöstön osaaminen ja määrä sekä sijaisten saatavuus. Määräaikaisen työntekijän tarpeen arvioinnissa arvioidaan aina, voidaanko työvoimatarve järjestellä osana oman henkilökunnan työvuorosuunnittelua. Etukäteen tiedossa olevat poissaolot, kuten koulutukset, virkavapaat ja lomat suunnitellaan ja huomioidaan työvuorosuunnittelussa. Henkilöstön työvuorosuunnittelu tapahtuu Numeron-järjestelmällä. Lähiesimies vastaa suunnittelun kokonaisuudesta ja henkilöstön osaamisen ja määrän varmistamisesta.

Henkilöstövoimavarojen riittävyyden seuranta: Työvuorolistat suunnitellaan toimintalähtöisesti. Henkilöstö jakautuu tasaisesti eri viikonpäiville, päiväkohtaisen työn luonteen mukaisesti. Poissaolo ilmoituksen tultua, esihenkilö tai vastuuvuorossa oleva hoitaja miettii potilaiden määrää ja hoitoisuutta, töissä olevan henkilöstön osaamistasoa ja tarvittaessa tekee sijaishaun käytössä olevaan järjestelmään. Henkilökuntamitoitus on laskettu kuntoutussairaalan tarpeiden mukaiseksi, joka pohjautuu STM:n mitoituslaskelmaan ja suositukseen. Henkilökuntamitoitusta seurataan säännöllisesti. Sijaisten käytössä toimitaan Siun Sote hyvinvointialueen ohjeistuksen mukaisesti.

Henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan poikkeustilanteissa niin, että vastuun ottaa asukkaat tunteva hoitaja. Poikkeusolojen varalle on olemassa suunnitelmat henkilöstön määrän tarpeesta ja ammattitaidosta.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 7.3

7.2 Rekrytointi

Henkilöstön pätevyys, luotettavuus sekä soveltuvuus tehtävään tulee ottaa huomioon, tarkastaa ja arvioida rekrytoinnin yhteydessä, sekä ennen työsopimuksen tai virkamääräyksen tekoa.

Rekrytoinnista vastaa Siun soten rekrytointiyksikkö yhdessä lähiesihenkilön kanssa. Henkilöstön rekrytoinnin hoitaa pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikkö Laura-rekrytointiohjelman kautta, jota kautta haetaan sijaiset 42 päivän tai sen yli kestäviin sijaisuuksiin ja vakituisiin tehtäviin. Äkillisiin poissaoloihin käytetään ensisijaisesti Siun soten varahenkilöstöä ja toissijaisena Temporen sijaisia. Alle 42 päivää kestävät sijaispyynnöt tehdään keskitetysti Temporen palvelualustaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatinharjoittamisen edellytyksenä on virallisesti hyväksytty tutkinnon antava koulutus. Tutkinnon perusteella myönnetään ammatinharjoittamisoikeus, -lupa ja/tai nimikesuojaus. Tutkinnon olemassaolo ja henkilöllisyys varmistetaan työhönottotilanteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetut määräykset ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja sitä täydentävä valtioneuvoston asetus (104/2008) sekä laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja sitä täydentävä asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä

(153/2016). Työhönottotilanteessa varmistetaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta.

Vakituiset työtehtävät täytetään työnantajan ohjeiden mukaisesti. Määräaikaisissa työsuhteissa voi työskennellä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita, jolloin heitä koskee Siun soten erilliset ohjeet muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen osallistumisesta.

Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan, ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot). Kelpoisuus tehtävään varmistetaan työhönottotilanteessa Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). Samalla varmistetaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta. Rekrytointiyksiköstä tulee hakijoista koontiviesti, joiden perusteella lähiesihenkilö haastattelee työnhakijat.

Koeaika on työsuhteen alussa oleva pituudeltaan rajattu aika, jolloin työnantajalla ja työntekijällä on mahdollisuus purkaa työsopimus päättymään heti ilman irtisanomisaikaa. Koeaika saa maksimissaan olla kuusi (6) kuukautta paitsi, jos työsuhde on määräaikainen, jolloin koeaika saa alle 12 kuukauden määräaikaisuudessa olla enintään puolet työsuhteen kestosta. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n kuluessa työsuhteen alkamisesta.

7.3 Perehdytys

Perehdytyksen tarkoituksena on antaa työntekijälle valmiudet tehdä työtehtävänsä tehokkaasti ja turvallisesti. Perehdytys kuuluu uusien työntekijöiden lisäksi myös opiskelijoille sekä vanhoille työntekijöille pitkän poissaolon jälkeen tai uuteen työtehtäviin perehdytettäessä.

Uudet ja pitkään poissaolleet työntekijät sekä opiskelijat perehdytetään yksikön toimintaan. Perehdyttäjänä työtehtäviin ja toimintaan toimivat lähiesihenkilö, sairaanhoitajat ja lähihoitajat sekä vastuuperehdyttäjäksi nimetty työntekijä(t). Jokaisen työntekijän tehtävänä on omalta osaltaan opastaa ja ohjata perehdytettävä työntekijä tai opiskelija yksikön käytäntöihin. Jokainen uusi työntekijä sitoutuu salassapitosopimukseen allekirjoittaessaan työsopimuksen.

Siun sotella on yhtenäinen perehdytysohjelma, jota käytetään perehdytyksen runkona. Uusille työntekijöille on saatavilla Siun soten perehdytyksen verkkokurssi. Siun soten sisäinen perehdytysivusto pitää sisällään kuvauksen Siun soten perehdytysohjelmasta, perehdytykseen valmistautumisesta, itse perehdyttämisestä, perehdytyksen arvioinnista sekä perehdytyksen jälkeisestä mentoroinnista, ohjeet perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen sekä perehdytyksen työkalupakin. Perehdytyksen tukena käytetään esim. infektioiden torjunnan ja lääkehoidon perehdytyslistaa sekä yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja omavalvontasuunnitelmaa. Turvallisuuteen liittyvät asiat perehdytetään turvallisuuskansion ja -kävelyn avulla.

Perehtyjä ja vastuuperehdyttäjä käyvät säännöllisesti henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa läpi ja pitävät sen ajantasaisena. Vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän yhteisiä palautekeskusteluita suositellaan pidettäväksi noin kerran kuukaudessa. Palautekeskustelut kirjataan henkilökohtaiseen perehdytysuunnitelmaan. Perehdytysuunnitelma lähetetään perehdytyksen päätyttyä täytettynä osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi ja kirjataan sähköiseen Onni-HR -järjestelmään. Esihenkilö seuraa perehdytyksen onnistumista ja kartoittaa perehtyjän kokemuksia säännöllisesti kahdenkeskisissä keskusteluissa.

Keskeisiä perehdytettäviä asioita:

- Työntekijän tehtävät yksikössä, vastuut, velvollisuudet ja oikeudet, luvat erityisesti lääkehoidon luvat
- potilastietojen käsittely ja tietosuoja
- Omavalvontasuunnitelma ja sen toteuttaminen: on henkilöstön nähtävillä
- Ilmoitusvelvollisuus: Henkilökunta on tietoinen velvoitteesta tehdä ilmoitus perustuen seuraavaan Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023, 29 §
- Yleiset toimintatavat: henkilökunta on tietoinen heiltä odotettavasta toimintatavasta
- Potilaan kohtelu: henkilökunta sitoutuu kohtelevaan kaikkia potilaita tasavertaisesti ja kunnioittavasti.
- Potilas- ja henkilöturvallisuus, ergonomia
- Itsemääräämisoikeus, rajoittamistoimenpiteet ja periaatteet
- Osaamisen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus, kehityskeskustelut.

Mikäli huomataan, ettei perehdyttäminen ole toteutunut suunnitellusti niin perehdytystä täydennetään perehdytysuunnitelman mukaisesti.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölaissa säädetään työntekijöiden velvollisuudesta ylläpitää ammatillista osaamistaan ja työnantajan velvollisuudesta mahdollistaa työntekijöiden täydennyskouluttautuminen.

Outokummun kuntoutussairaalan henkilökunta osallistuu koulutuksiin vastuualueelle laaditun osaamisen kehittämisen suunnitelman sekä yksikkökohtaisesti laaditun suunnitelman mukaisesti.

Henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään mahdollistamalla osallistuminen mm. Siun soten yhteisiin koulutuksiin. Siun soten sisäiset koulutukset ovat ensisijaisia. Koulutusta toteutetaan verkko-opintoina, Teamsin välityksellä ja videovälitteisinä. Sisäiset koulutukset ilmoitetaan Onni-koulutuskalenterissa. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan tilanteen mukaan. Tarvittava osaaminen varmistetaan ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa huomioiden jo olemassa oleva osaaminen sekä yksikön toiminnan asettamat vaatimukset. Osaamisen lisäämiskeinona voidaan käyttää työkiertoa, jonka avulla

työntekijä ymmärtää organisaation toimintaa laajemmin ja syvemmin sekä verkostoituu useampien ihmisten kanssa.

Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Henkilökunta ja opiskelijat perehtyvät potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin jo perehdytysvaiheessa sekä koko työhistoriansa ajan. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän lisähaittaa.

Laatuohjelma ohjaa oman toiminnan arviointia ja sitä käytetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Henkilökunta perehdytetään laatuohjelmaan.

[Koulutuksia ovat mm.]

- Lääkehoito- ja verensiirtokoulutus
- Estä painehaava
- Kaatumisten ehkäisy
- Vajaaravitsemus
- Kivun hoito
- Turvallinen potilassiirto
- Ergonomiaosaaminen
- AVEKKI –koulutus
- UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssit
- Tavanomaiset varotoimet infektioiden torjunnassa
- Potilaan tunnistamisen hyvät käytännöt

Työntekijä toimittaa todistuksen suorituksista lähiesihenkilölle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään (Onni-HR).

- Sähköisen järjestelmän avulla seurataan henkilöstön suorittamia koulutuksia ja kehityskeskustelujen toteutumista 1–2 kertaa vuodessa.

Mikäli huomataan, ettei osaamisen kehittäminen tai täydennyskoulutus toteudu suunnitellusti, reagoidaan erilaisin osaamisen kehittämisen menetelmin esim. koulutusten järjestämisellä säännöllisesti koko henkilöstölle.

7.5 Johtamisosaaminen

Omavalvonta- sekä asiakas- ja potilasturvallisuustyö vaatii määrätietoista johtamista. Johtamisen on oltava tavoitteellista ja tavoitteiden on oltava selkeitä. Yhtenä johtamisen keskeisimpänä tavoitteena on edistää asiakas- ja potilasturvallisuuden ja työyhteisön hyvinvoinnin toteutumista. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa

työskentelevällä ammattilaisella on oikeus hyvään johtamiseen, jotta he sitoutuvat turvallisuutta edistäviin tapoihin ja niiden kehittämiseen.

Vastuualueella esihenkilö- ja johtamistyötä tekeville on määritelty vaadittavat kelpoisuusehdot tehtävään. Johtamisosaamisen kehittämiseksi ja vahvistamiseksi Siun sotessa on valmisteltu laaja johtamisosaamisen kokonaisuus, johon kuuluu vuonna 2022 alkanut johtamisvalmennus sekä Siun soten sisäinen koulutustarjonta johtamisosaamisen vahvistamiseen ja kehittämiseen. Esihenkilöt voivat myös hakeutua ulkopuoliseen johtamiskoulutukseen.

Johtamisvalmennuksen tarkoituksena on parantaa henkilöstöjohtamisen laatua Siun sotessa antamalla esi- ja johtohenkilöille konkreettisia työkaluja ja neuvoja arkeen. Yhtenä johtamisosaamisen kehittämisen painopisteenä vuosina 2023-2024 on turvallisuusjohtaminen ja sen vahvistaminen.

Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan esihenkilöiden kehityskeskusteluissa sekä säännöllisissä kahden keskisissä keskusteluissa.

Johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla.

Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palaverissa. Johtamisosaamista seurataan, arvioidaan ja kehitetään lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Mitä siulle kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalautte sekä viikoittainen työhyvinvointikysely henkilöstölle.

Kuntoutussairaalassa on osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja lääkäri muodostavat yksikön johtamistiimin, jossa johtamisvastuut ja -tehtävät on jaettu.

7.6 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi syntyy luottamuksesta omaan ammatilliseen osaamiseen, kannustavasta ja tukevasta johtamisesta sekä mahdollisuudesta keskittyä tekemään työnsä hyvin. Työolosuhteilla on merkittävä rooli työhyvinvoinnissa, eivätkä ne saa aiheuttaa turhaa henkistä, fyysistä, kognitiivista tai muuta kuormitusta.

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja palveluyksikössä on käytössä mm. TYHY- toiminta, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli, työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestelyn ohjeistus, SISU-työn toimintamalli.

Kriisitilanteiden yhteydessä työntekijöiden tuki järjestetään kriisitilanteiden esihenkilön toimesta muun muassa purkuistunnolla tai Second victim- toimintamallia käyttäen. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan vuosittaisen Mitä kuuluu – kyselyn ja viikoittaisten työhyvinvointikyselyjen avulla.

Työhyvinvointiyksiköstä tarvittaessa voidaan pyytää tukea työyhteisön työhyvinvoinnin tukemiseksi. Työyhteisöillä ja ryhmillä on mahdollisuus hankkia ohjaus- ja valmennuspalveluita - lyhytkestoista toimintaa (1–5 tapaamiskertaa) räätälöitävissä työyksikön (tuen)tarpeen mukaan. Tarve voi liittyä esimerkiksi vuorovaikutus- ja tunnetaitojen vahvistamiseen (ennakoivasti) ja myös korjaavasti tilanteissa, joissa yhdessä tekemisen haasteita on jo ilmennyt, muutostilanteiden ja tunteiden käsittelyyn, itsensä johtamistaitojen vahvistamiseen, mielen hyvinvoinnin ennalta ehkäisevään tukeen (esim. kuinka ehkäistä uupumista, stressiä ja ristiriitatilanteita tai kuinka tukea palautumista). Valmennuksen aikana työyhteisön tai ryhmän tavoite on löytää uusia lähestymistapoja, päästä alkuun asioiden ratkaisemisessa ja saada työkaluja asian jatkotyöstämiseen itsenäisesti. Työntekijöillä on mahdollisuus myös hyödyntää työterveyden työpsykologin palveluita.

Työturvallisuutta arvioidaan vähintään kerran vuodessa työn riskien arvioinnilla Laatuportissa. Työn riskien arvioinnin sekä vaaratilanne ja työtaturma -ilmoituksien avulla pyritään kehittämään työturvallisuutta, mikä on osa työhyvinvointia.

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat olla haasteellisia monella eri tavalla, niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat vaikuttaa terveydenhuollon yksikön toimintaan, yksittäiseen työntekijään ja vaikutuksia voi olla asiakkaalle/potilaalle itselleen, heidän läheisilleen tai ympäristölle.

Outokummun kuntoutussairaalassa voidaan hoitaa fyysisesti ja psyykkisesti monisairaita aikuispotilaita, minkä vuoksi heidän käyttäytymisensä voi olla haasteellista. Haastaviin tilanteisiin pyritään varautumaan ennakolta koulutuksella, riittävällä henkilöstön määrällä, osaamisella, apuvälineillä ja erilaisilla toimintaohjeilla. Haasteellisissa potilastilanteissa työskennellään pareittain. Tarvittaessa käytetään vartiointipalvelua. Haastavat potilastilanteet on huomioitu työn riskienhallinnassa.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella käytössä olevan Laatuportti-järjestelmän Erinomainen toiminta - ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla voidaan antaa positiivista palautetta ja hyödyntää hyviä käytäntöjä palveluyksikössä sekä koko organisaation tasolla.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta voidaan edistää oppimalla onnistumisista ja erinomaisesta toiminnasta, mikä voi ilmetä hyvin toimivana yhteistyönä, sujuvana työskentelytapana tai asenteena. Huomioimalla onnistumiset lisätään työntekijöiden työhyvinvointia, tällöin toimintaa ei kehitetä vain reagoimalla poikkeamiin ja virheisiin. Onnistumisista oppiminen korostaa, että työntekijät ovat osaavia ja joustavia ja pystyvät soveltamaan tietoa ja

ohjeistusta vaihtelevissa ja monisyisissä tilanteissa siten, että asiakas saa tarvitsemansa hoidon, hoivan tai palvelun turvallisuuden vaarantumatta.

Laatuporttiin voidaan kirjata henkilöstön onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla voidaan antaa positiivista palautetta ja hyödyntää hyviä käytäntöjä koko organisaation tasolla. Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti henkilöstön tietoon, ne käydään läpi yleensä osastokokouksissa. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan osittain erinomaisen toiminnan huomiot.

Siun sote mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta on hyödynnetty yksikössä.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) henkilöstöön liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista sekä toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstö		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki)</p> <p>Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994(linkki)</p> <p>Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki)</p> <p>Työturvallisuuslaki 738/2002(linkki)</p> <p>Työterveyshuoltolaki 1383/2001(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) (linkki)</p> <p>Työvuorosuunnittelun pelisäännöt</p>

		Vuosilomaohje Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje Virantäyttöprosessi -ohje Siun soten perehdytysohjelma Täydennyskoulutusohje Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma Kehityskeskusteluohjeet Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com) Henkilöturvaohje Työhyvinvoinnin tuki Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma Työsuojelun toimintaohjelma
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) Valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) Osaamisen kehittämisen suunnitelma

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmänä on Mediatri, johon muut käytössä olevat tietojärjestelmät on integroitu.

Potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä/ oikeus saada tieto hänestä itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista (jollei laissa toisin säädetä).

Tarkastuspyynnön voi tehdä sähköisen asiointipalvelun kautta tai asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan. Jokainen potilasta hoitava henkilö kirjaa potilastietojärjestelmään omalla henkilökohtaisella tunnuksellaan. Ensisijaisesti järjestelmään kirjaudutaan ammatti- tai toimikortilla. Kullakin työntekijällä on hänen työtehtäviensä vaatimuksen mukaiset käyttöoikeudet potilastietojärjestelmään. Työkoneella on käytettävä lukitusta ja ammattihenkilökortti poistetaan työasemasta aina työkoneelta poistuttaessa. Opiskelijat kirjaavat opiskelijan roolilla potilastietojärjestelmään. Opiskelijakirjauksesta on olemassa Siun soten erillinen ohje. Opiskelijan kirjaukset vahvistaa aina ohjaaja. Kaiken kirjaamisen tulee tapahtua viipymättä ja asianmukaisesti.

Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen

- Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija/muu henkilö (esim. kokemusasiantuntija) allekirjoittaa Salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta myös työsuhteen/harjoittelun päättymisen jälkeen
- Sitoumus laaditaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle. Työntekijä sitoutuu olemaan käsittelemättä niiden potilaiden/asiakkaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoito-/asiakassuhdetta (esim. omat asiakas/potilastiedot) sekä olemaan ilmaisematta potilas- ja asiakastietoja sivullisille
- Lähiesihenkilö vastaa siitä, että työntekijä/opiskelija vastaanottaa, perehtyy ja allekirjoittaa yllä mainitut lomakkeet sekä saa perehdytyksen tietoturvaan ja tietosuojaan

Asiakas- ja potilastietojen kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan:

- Asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä toteuttaa erillisten tarkistuslistausten perusteella tilastointiin vaikuttavien kirjausten laadunvalvontaa yksikössä
- Kirjaamisen auditointia tehdään tarvittaessa
- Tietosuojaavaltuutetut valvovat käyttölokia kuukausittain pistokokein ja satunnaisotannalla
- Asiakkaan tarkastuspyyntöön perustuvan valvonnan, joka liittyy asiakas- ja potilasrekisteriin, toteuttavat tietosuojaavaltuutetut ja Kanta-palveluun liittyvän valvonnan Kansaneläkelaitos (KELA) ja tietosuojaavaltuutetut. Asiakkaalla on oikeus pyytää virheellisten rekisteritietojen korjaamista.

Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmän/järjestelmien käyttöön ja tietojen kirjaamiseen. Esim. hoito- ja hoivatyöntekijöille on tarjolla kirjaamisen verkkokurssi, jonka tavoitteena on kehittää hoito- ja hoivatyön kirjaamisen osaamista sekä yhdenmukaistaa kirjaamista. Mediatri-potilastietojärjestelmä koulutus sisältyy perehdytykseen. Perehdytyksestä vastaa lähiesihenkilö ja vastuuperehdyttäjä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmään liittyvät tietojärjestelmä- ja työohjeet ovat henkilöstön saatavilla intrassa.

Mikäli huomataan asiakas- ja potilasasiakirjojen käyttöön ja käsittelyyn liittyviä epäkohtia tällöin ryhdytään toimenpiteisiin kuten esimerkiksi käydään keskustelu työntekijän kanssa ja kartoitetaan mahdollinen lisäperehdytys ja -koulutustarve.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

Tietosuoja on perusoikeus, joka turvaa henkilöiden oikeuksien ja vapauksien toteutumisen henkilötietojen käsittelyssä. Tietosuojan tarkoituksena on osoittaa, milloin ja millä edellytyksillä henkilötietoja voidaan käsitellä. Tietoturvalle tarkoitetaan hallinnollisia ja teknisiä toimia, joilla turvataan tietojen luottamuksellisuus, eheys ja käytettävyys.

Uusi työntekijä/opiskelija allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolloin hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta. Työntekijä/opiskelija perehtyy Tietoturva ja tietosuoja -käsikirjaan.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta yksikön työntekijöiltä viiden vuoden välein. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, yksikössä toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta välittömästi esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Potilasasiakirjoihin jää jokaisesta käynnistä käyttäjän lokitiedot, jotka voidaan tarvittaessa tarkastaa tietoturvatarkastuksessa.

Potilastietoja sisältävät asiakirjat säilytetään lukitussa terveyskeskuksen arkistossa. Hoitajien käyttämät potilaslistat ja muistiinpanot tuhotaan siihen varatulla laitteella. Potilastietoja sisältäviä asiakirjoja tai tiedostoja

ei viedä ulos sairaalan tiloista eikä käsitellä sosiaalisessa mediassa. Tietosuojajäte hävitetään organisaation ohjeiden mukaisesti. Hävittämisestä vastaa Encore Aluepalvelut Oy.
Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi/henkilotietojen-kasittely) (linkki).

Henkilöstön ja opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä huolehditaan:

Mikäli tietoturva/tietosuoja vaarantuu

- Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti [Miunpalvelujen](#) (linkki) kautta.
- Lisäksi tehdään vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin
- Esihenkilöiden vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen;
 - suorittaa tarvittavat toimenpiteet (mm. asiakastietojen korjaaminen, henkilöstön ohjeistus)
 - pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa
 - suorittaa tarvittavat työnjohdolliset toimenpiteet (ml. kuuleminen, seuraamukset/sanktiot)
 - informoida loukkauksen kohteena oleva henkilö (rekisteröity) tapahtuneesta (informointi voidaan suorittaa esimerkiksi puhelimitse, asioinnin yhteydessä tai kirjeellä)
- kaikki toimenpiteet tulee arvioida tapaus- ja tilannekohtaisesti, huomioiden tapahtuman riski henkilölle, jonka tietosuoja on loukattu (kaikkia yllä mainittuja toimia ei tehdä automaattisesti jokaisen tietoturvaloukkauksen käsittelyn yhteydessä)
- Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista on ilmoitettava tietojärjestelmän valmistajalle.
- Jos havaittu poikkeama voi aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- ja potilasturvallisuudelle, poikkeamasta on ilmoitettava sähköisellä lomakkeella Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>).
- Ilmoituksen tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviraan tekee yksikön esihenkilö

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot: tietosuoja@siunsote.fi

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen

	<p>käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007(linkki)</p> <p>Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999(linkki)</p> <p>EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki)</p> <p>Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki)</p> <p>Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi</p> <p>Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen</p> <p>Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle)</p> <p>Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje</p> <p>Tietosuoja- ja tietoturvapoliikka</p> <p>Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja</p> <p>Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma</p> <p>Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus</p>
--	---

		Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaselosteet Tietosuojan valvontasuunnitelma Salassapito- ja käyttäjäsitoumus Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

Toimitilojen sekä olosuhteiden tulee olla toimivat ja turvalliset kaikille tilojen käyttäjille, soveltua tiloissa annettavaan palveluun, hoitoon ja hoivaan sekä sisältää toiminnassa tarvittava asianmukainen varustus.

Outokummun kuntoutussairaalassa on 10 potilashuonetta, yhteensä 20 potilaspaikkaa. Yhden hengen huoneita on kaksi, joista toisessa on asianmukainen eristysvalmius. Yhden hengen huoneisiin sijoitetaan pääasiassa saattohoito- ja eristystarvetta vaativia potilaita. Potilaat sijoitetaan huoneisiin hoitoisuuden mukaan. Useamman hengen potilashuoneissa käytetään tarvittaessa sermejä/väliverhoja yksityisyyden turvaamiseksi.

Osastolla on päiväsal, jonne potilaat kokoontuvat esimerkiksi yhteisiin tilaisuuksiin tai ruokailemaan. Ruokailemista varten on myös erillinen ruokasali. Ulkoiluun on kaksi parveketta, jotka ovat käytössä kesäaikaan. Potilaiden wc- ja peseytymistilat ovat yhteiskäyttötiloja. Muita osaston tiloja ovat erilaiset apu- ja varastotilat sekä lääkehuoltotila ja muut työtilat. Lukittuun lääkehuoneeseen pääsy sallitaan henkilöstölle organisaation ohjeiden mukaan.

Kiinteistöön on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja turvallisuussuunnitelma, jotka päivitetään vähintään kolmen vuoden välein tai toiminnan muuttuessa. Esteettömyys on huomioitu yksikössä muun muassa kynnyksettömyydellä ja rapukon kaiteilla. Osaston ulko-ovi on lukittu turvallisuuden varmistamiseksi. Ulko-oven avaamista pyydetään ovikelloa soittamalla.

Hätäpoistumistiet sijaitsevat osaston molemmissa päässä ja ne pidetään tavaroista vapaana. Mikäli toimintaympäristössä havaitaan epäkohtia tai vaaratilanteita, on jokainen velvollinen ilmoittamaan asiasta lähiesihenkilölle joko suullisesti tai tekemällä vaaratilanne ilmoituksen Laatuportti -järjestelmään. Ilmoituksen jälkeen tehdään tarvittavat korjaavat toimenpiteet esimerkiksi hätäpoistumisteiden raivaaminen.

Outokummun kuntoutussairaalassa on käytössä Ascomin tuottama Miratel-hoitajakutsujärjestelmä. Järjestelmä on langallinen hoitajakutsujärjestelmä, jolla hoitaja voi tehdä myös lisäapupyynnön. Potilas hälyttää hoitajan painamalla kutsuhälytintä. Hälytys näkyy potilashuoneen näyttöpaneelissa, huoneen oven yläpuolella olevasta kutsu- ja läsnäolovalosta ja käytävillä olevista näytöistä. Lisäksi kutsu näkyy kutsujärjestelmän puhelimissa sekä hoitajien työtilan Miratel –tietokoneen monitorista. Kutsujärjestelmään kuuluvista puhelimista saadaan puheyhteys potilaaseen. Jokaisessa potilas-WC:ssä on hälytysmahdollisuus, mutta wc-tiloihin ei saada puheyhteyttä. Henkilöstö perehdytetään hoitajakutsujärjestelmän käyttöön aloittaessaan työskentelyn yksikössä. Potilaille hoitajakutsujärjestelmän käyttö opastetaan heti yksikköön saapuessa.

Kuntoutussairaalassa on automaattinen paloilmoitinjärjestelmä, jonka tehtävänä on havaita tulipalo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti eteenpäin hätäkeskukseen ja paikalla olevalle henkilökunnalle. Lisäksi ilmoitus välittyy tekniselle henkilökunnalle.

Koko terveysasemalla mukaan lukien kuntoutussairaala on päivitetty turva- ja hälytysjärjestelmiä viimeksi vuoden 2016 aikana: mm. kulunvalvonta, hoitajakutsujärjestelmä, palo- ja sprinklausjärjestelmä, Sprinklausjärjestelmä on ainoastaan kuntoutussairaalan tiloissa. Säännöllisillä palotarkastuksilla seurataan palo- ja pelastusturvallisuuden toteutumista. Poistumisharjoitukset pidetään yhteistyössä palo- ja pelastusviranomaisten kanssa.

Kiinteistön kolmella sisäänkäynnillä on kameravalvonta., joista yksi on kuntoutussairaalan ulko-ovi. Kameravalvonnassa noudatetaan Siun soten ohjeita kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä.

[Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki)

Teknologiaan ratkaisuihin liittyvistä epäkohdasta/vaarasta ilmoitetaan asiasta vastaavalle taholle viipymättä. Tarvittaessa tehdään välitöntä reagointia vaativat toimenpiteet.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) toimintaympäristöön, toimitiloihin sekä teknologiaan ratkaisuihin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p>

		<p>Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki)</p> <p>Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Pelastuslaki (379/2011) (linkki)</p> <p>Säteilylaki 859/2018(linkki)</p> <p>STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 (linkki)</p> <p>Lääkelaki 395/1987(linkki)</p> <p>Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) (linkki)</p> <p>EUn yleinen tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Pelastussuunnitelmat - linkit</p> <p>Poistumisturvallisuus opas</p> <p>Yksikön paloturvallisuusohje</p> <p>Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas</p> <p>Lääkekaapin/huoneen omavalvonta</p> <p>Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä</p> <p>Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri</p> <p>Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin</p>
--	--	--

		Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

9.2 Etä- ja digipalvelut

Etä- ja digipalvelut lisäävät palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee arvioida, soveltuuko annettava palvelu/hoito toteuttavaksi etäpalveluna ja soveltuuko asiakas/potilas etäpalvelun käyttäjäksi.

<p>Etä- ja digipalvelut ovat kehittyviä palvelumuotoja, joiden käyttöönotossa tulee tunnistaa toimintaan liittyvät riskit. Tunnistettuja riskejä pyritään pienentämään ennakoiden tai lieventämään näistä aiheutuvia seurauksia. Ennen etä- ja digipalveluiden käyttöönottoa tulee niistä laatia tietosuojaa koskeva vaikutustensarviointi (DPIA), jossa arvioidaan palveluihin liittyvät tietosuoja- ja tietoturvariskit ja suunnitellaan toimenpiteet riskien pienentämiseksi, tätä Outokummun kuntoutussairaalassa ei ole suoritettu. Digiosaamisen vahvistamiseksi Siun sotessa on käynnistetty vuonna 2018 digimentoritoiminta, jota kehitetään jatkuvasti. Digimentori on oman työyksikkönsä digivastaava, digiosaamisen kehittäjä ja lähituki henkilöstölle.</p> <p>Outokummun kuntoutussairaalassa ei ole vastaanottoa etä- tai digipalveluina. Hoitohenkilöstö on tarvittaessa etäpalvelujen (esim. Teams, puhelin) avulla yhteydessä terveyden- tai sosiaalihuollon henkilöstöön esim. konsultaatio- tai koulutustilanteissa. Myös potilaat ja omaiset voivat puhelimitse tai Teamsin välityksellä keskustella hoitoon liittyvistä asioista, joista esimerkkinä palveluohjaajan kanssa keskustelu palvelutarpeen arviointiin liittyen. Yksikössä digimentorin rooli on toimia lähitukena kollegoille.</p> <p>Muutostilanteissa, kuten uutta palvelua käyttöönotettaessa, digimentorin työaika resursoidaan tarpeen mukaan. Työajan käytöstä sopivat digimentori ja lähiesihenkilö.</p>
--

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) etä- ja digipalveluihin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etä- ja digipalvelut Potilaat iäkkäitä, joiden digitaidot ovat puutteelliset		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

<p>Potilaskäytössä ei ole tietokonetta</p>		<p>EU:n tietosuojasetus (679/2016) (linkki)</p> <p>Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Tietosuojaa koskeva vaikutustentaruviointi (DPIA)</p> <p>Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa</p> <p>Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle</p> <p>Valokuvan vastaanottaminen asiakkaalta suojatulla sähköpostilla - ohje</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin</p> <p>Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa</p>
--	--	---

		Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveydenhuollon laitteita ovat kaikki laitteet, tarvikkeet, instrumentit ja ohjelmistot, jotka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

Säännöllisesti käytettäviä laitteita ovat peruselintoimintojen mittaamiseen ja seuraamiseen tarvittavat välineet. Näitä ovat verenpaine- ja lämpömittari, happivirtausmittari, happisaturaatiomittari sekä ekg –laite. Lisäksi on verensokerimittareita, crp-pikamittari ja alkometri.

Lääkehoidon toteuttamiseen käytettävänä lääkintälaitteena on infuusiopumppu. Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkintälaitteet on luetteloitu Siun soten lääkintälaiterekisteriin. Rekisterin ylläpidosta vastaa lääkintälaittehuolto yhteistyössä yksikön laitevastaavien kanssa.

Lisäksi on myös käytössä erilaisia apuvälineitä, joita potilaat käyttävät hoitajien ja fysioterapeutin arvion mukaisesti. Kunkin apuvälineen käyttö ohjeistetaan ja opetetaan potilaalle sekä tarvittaessa omaiselle/läheiselle. Kuntouttamisen apuvälineinä ovat potilas- ja seisomanojanostimet ja potilaan liikkumisen turvaamiseksi käytetään erilaisia kävelyä tukevia apuvälineitä. Potilassängyt ovat korkeuden ja erilaisten toimintojen mukaan sähköisesti säädettäviä. Lisäksi on käytössä paineilmapatjoja painehaavaumien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Laitteet ja tarvikkeet hankitaan sopimustoimittajilta. Hankinnassa kiinnitetään huomiota laitteiden käyttötarkoitukseen, huoltoon ja puhdistettavuuteen. Uudet laitteet ja tarvikkeet tarkastetaan ennen käyttöönottoa lääkintälaittehuollossa, jossa niihin merkataan käyttöönotto päivämäärä. Ennen laitteen tai tarvikkeen käyttöönottoa henkilökunta on velvollinen tutustumaan mukana tuleviin ohjeisiin, jotta voidaan varmistaa käytön osaaminen ja turvallisuus. Tarvittaessa henkilökunnalle järjestetään koulutusta laitteiden/tarvikkeiden käyttöön liittyen.

Laiteosaamisen tueksi on tarjolla verkkokoulutuksia Oppiportissa ja Potilasturvaportissa, joihin henkilöstöä kannustetaan osallistumaan. Siun sotella on yhteisiä ohjeita liittyen laiteosaamiseen, joita hyödynnetään yksikössä esimerkiksi lääkkeellisen hapen ja ilmanvirtausmittareiden käyttö. Siirtymisen ja liikkumisen apuvälineisiin ohjausta yksikössä antavat organisaation fysioterapeutti ja ergonomiavastaavat.

Työntekijällä ja työnantajalla on velvollisuus huolehtia riittävästä laiteosaamisesta ja työyksikössä on oltava seurantajärjestelmä laitekoulutuksista. Digitaalinen laitepassi Laatuportti -järjestelmässä tulossa

käyttöönottoon vuoden 2024 aikana. Lääkintälaitteiden suomenkieliset käyttöohjeet löytyvät pääsääntöisesti kunkin laitteen lähettyviltä niiden säilytyspaikasta, jolloin ne ovat kaikkien käytettävissä.

Laitteen valmistaja on vastuussa siitä, että laite soveltuu tarkoitettuun tehtävään. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/1994, 13§) määrää, että käyttäjän vaaratilanne ilmoitus on täytettävä aina kun havaitaan tilanne, joka on johtanut tai voi johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vakavaan heikkenemiseen tai kuolemaan ja joka johtuu laitteen ominaisuuksien tai suorituskyvyn muutoksesta tai häiriöstä, riittämättömistä merkinnöistä tai käyttöohjeista. Ilmoitus on myös tehtävä silloin kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä. Tapahtumasta on myös ilmoitettava valmistajalle tai tämän edustajalle.

Jokaisen työntekijän vastuulla on kertoa havaitsemastaan laiteviasta esihenkilölle tai laite- ja turvallisuusvastaaville ja tehdä vaaratilanneilmoitus Laatuportti -järjestelmään. Viallinen laite asetetaan käyttökieltoon. Yksikössä laitteiden säännöllisestä vuosihuollosta vastaavat laitevastaavat ja esihenkilöt yhdessä lääkitälaitehuollon kanssa.

Terveysthuollon laitteen tai tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta tulee aina tehdä ilmoitus viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, ja vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa. Yksikön esihenkilön tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan. Ilmoitukset laitteen toimittajalle sekä Fimeaan tehdään Laatuportin kautta. Ilmoituksen tekemättä jättäminen on säädetty rangaistavaksi.

Lääkintälaitteen vanhentuessa (vrt. riskilaitteet), niin ettei siihen saa enää varaosia tai huoltoa, on sen käyttö arvioitava uudelleen. Vanhentuneet laitteet pyritään uusimaan tarpeen mukaan ja tarvittaessa pyritään lainaamaan laitetta toisesta yksiköstä huollon ajaksi. Lääkintälaitteiden käytössä on tärkeää tunnistaa käyttö- ja turvallisuusohjeet.

Siun soten tekninen huolto vastaa apuvälineiden huollosta. Lääkintälaitteesta tehdään korjauspyyntö tekhu@siunsote.fi tai ollaan yhteydessä lääkitälaitehuoltoon riippuen laitteesta.

Mahdollinen reklamaatio laitteesta tehdään hankintatoimen ohjeiden mukaisesti. Laitteiden aiheuttamia vaaratilanteita seurataan Laatuportin avulla vuositasolla.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
-------------------	---------------	----------------------

Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) (linkki)</p> <p>Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) (linkki)</p> <p>Säteilylaki (859/2018) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje</p> <p>Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje</p> <p>Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje</p> <p>Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) -tietojärjestelmäohje</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin</p> <p>Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa</p> <p>Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa</p> <p>Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely</p>
--	--	---

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella jokainen lääkehoitoa toteuttava palveluyksikkö laatii oman lääkehoitosuunnitelman. Lääkehoitosuunnitelmat pohjautuvat Siun soten Lääkehoidon oppaaseen, jonka perustana toimii STM:n opas "[Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen](#)". Palveluyksikön

lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan konkreettisesti, miten lääkehoitoa kyseisessä palveluyksikössä toteutetaan ja mitä riskejä lääkehoidon toteuttamiseen liittyy. Suunnitelmassa kuvataan palveluyksikön lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako. Lääkehoitosuunnitelman ajantasaisuutta ja asianmukaisuutta arvioidaan osana omavalvontaa.

Lääkehoitosuunnitelma pohjautuu Siun soten Lääkehoidon oppaaseen, jonka perustana toimii STM:n opas ”Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen”. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6.). Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu yksikön lääkehoitoprosessi kokonaisuudessaan, vastuut ja velvollisuudet, vaara- ja poikkeamatilanteissa toimiminen ja esimerkiksi henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoitosuunnitelman laatiminen on kaikkien lääkehoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Sen tekemiseen osallistuvat työyksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri, terveyden- ja sosiaalihuollon työyksiköiden esihenkilöt sekä lääkehoitoa toteuttava henkilöstö.

Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastaa ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Yksiköiden esihenkilöt vastaavat siitä, että työyksikössä on ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma, joka on yhtenevä mahdollisen palvelualueen lääkehoitosuunnitelman kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tulee päivittää vähintään kerran vuodessa ja aina säädösten, työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa.

Lähiesihenkilön vastaa, että lääkehoitosuunnitelma soveltuu omaan yksikköön, pyrkii tunnistamaan työyksikön lääkehoitoprosessin riskit ja ennaltaehkäisemään niitä sekä ajantasaisuudesta. Esihenkilö varmistaa, että henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista ja ymmärtää muutokset. Lääkehoidonsuunnitelman muutokset käydään läpi yksikön palavereissa. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus lukea päivitetty lääkehoitosuunnitelma. Työyksikön lääkehoitosuunnitelma on henkilöstön saatavissa lääkehuollon tiloissa. Lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaa lähiesihenkilö.

Lähiesihenkilö arvioi lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin sekä aloittavat vaaditut korjaavat toimenpiteet. Lähiesihenkilö luo työntekijälle mahdollisuuden ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva työntekijä kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Työntekijä on sitoutunut noudattamaan toiminnassaan palvelualueen- ja työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa sekä organisaation lääkehoitoa koskevia ohjeita ja toimintakäytäntöjä. Vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja työyksikössä vaaditut lääkeluvat omaava ammattilainen voi toteuttaa lääkehoitoa. Siun sotessa lääkehoitoa toteuttavilta sekä lääkehoitoon osallistuvilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaiset lääkehoidon koulutukset sekä tarvittavat näytöt ja lääkeluvat.

Lääkehoitoa toteutetaan osana potilaan kokonaishoitoa. Lääkkeet jaetaan päivittäin potilastietojärjestelmässä olevan lääkityslistan mukaisesti. Lääkkeet tilataan sairaala-apteekista, josta lääketoimitukset arkipäivisin. Lääkkeet jaetaan ja annetaan potilaalle yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Lääkehoitoa voivat toteuttaa laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä nimikesuojatut terveydenhuollon tai vastaavan lääkehoidon

koulutuksen saaneet terveys- tai sosiaalihuollon ammattihenkilöt, joilla on lääkeluvat kunnossa, ja jotka on perehdytetty yksikön lääkehoitoon. Rokotuksia toteuttavat erillisen rokotusluvan saaneet sairaanhoitajat.

Lääkehoidon osaaminen varmistetaan lääkehoitosuunnitelmassa määritellyllä tavalla ennen kuin työntekijä voi ryhtyä toteuttamaan lääkehoitoa itsenäisesti. Osaaminen varmistetaan työntekijän suorittaman tutkinnon, työtehtävien laajuuden ja yksikön ohjeiden mukaisesti. Lähiesihenkilö vastaa osaamisen varmistamisen dokumentoinnista. Lääkelupaprosessi koostuu lääkehoidon perehdytyksestä, lääkehoidon verkkokoulutuksista, osaamisen varmistamisesta ja lääkeluvan myöntämisestä. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu perehdytysohjelmaan.

Lähiesihenkilö ja sairaanhoitajat vastaavat perehdytyksestä ja sairaala-apteekin ohjeistuksen välittämisestä henkilökunnalle. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu perehdytysohjelmaan ja jokaisen hoitajan velvollisuuksiin. Uudet työntekijät perehtyvät lääkehoidon toteutukseen kokeneen hoitajan ohjaamana. Osaston lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Opiskelijat osallistuvat lääkehoitoon harjoittelussa oman lääkeluvallisen ohjaajansa mukana ja vastuulla oman koulutussuunnitelmansa mukaisesti. Opiskelija tutustuu yksikön lääkehoitosuunnitelmaan harjoittelunsa aikana. Harjoittelun aikana opiskelijat eivät saa itsenäisesti toteuttaa lääkehoitoa.

Lääkemääräyksiä antaa ainoastaan potilasta hoitava osastonlääkäri. Lääkemääräys on pääsääntöisesti sähköinen ja lisäksi se tulostetaan. Lääkäri kirjaa lääkemääräyksen asiakas- ja potilastietojärjestelmän lääkityslistalle. Lääkkeet jaetaan asiakas/potilaskohtaisiin annoksiin ajantasaisen kokonaislääkityksen huomioivan lääkityslistan (lääkkeenjakolista) mukaisesti. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat huolehtivat lääkehoidon toteuttamisesta potilaille lääkemääräyksen mukaisesti. Lääkehoidon eri vaiheisiin osallistuu sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat osaamisensa ja voimassa olevan koulutuksensa antamalla laajuudella. Lääkkeiden kaksoistarkastuksen huolehtii jokainen ennen lääkkeiden antamista omille potilailleen sekä huolehtii lääkkeenjaon jälkeen tarvittavat kirjaukset potilastietojärjestelmään. Yksikössä on käytössä lääkkeenjakovuoro, joka on merkitty työvuorolistaan. Yöhoitajat tarkistavat potilaiden lääkelistojen vastaavuuden potilastietojärjestelmän lääkityslistan, lääkärin tekstien ja hoitomääräysten kanssa 3 kertaa viikossa. PKV-lääkkeiden kulutusta seurataan kuukausittain erillisen ohjelman kautta, tämä seuranta kuuluu esihenkilölle.

Sairaala-apteekki tekee vuosittain yksikköön lääkehoidon toteutuksesta tarkastuksen, jossa tarkastetaan lääkehoidon prosessin sujuvuus ja lääkehoidon osaaminen.

Lääkehoitoon liittyvän vaaratapahtuman ilmetessä, tulee välittömästi tehdä tarvittavat toimenpiteet vaaran poistamiseksi ja vaikutusten minimoimiseksi. Tapahtunut tilanne ja toimenpiteet tulee kirjata viivytyksettä myös asiakas-/potilasasiakirjoihin. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11 ja 12 §.) Asiakasta ja omaista informoidaan mahdollisimman pian tapahtuneesta. (Potilasturvallisuusasetus 341/2011, 1§ 5 momentti.) Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä on oltava suunnitelma, kuinka

lääkkeen yliannostus- ja myrkytystapauksissa toimitaan. Vaaratapahtumien yhteydessä ensisijainen tehtävä on seurata potilaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi lääkärille.

Vaaratapahtumat kirjataan/raportoidaan Laatuportti –järjestelmään vaaratapahtumailmoituksella (PaTu). Vaaratapahtumien käsittely ja tarkastelu on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa potilas- ja lääkitysturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä vaadittavia toimenpiteitä riskienhallintaan. Käsittelyssä pyritään selvittämään vaaratapahtumaan johtaneet juurisyyt sekä laatimaan konkreettiset toimenpiteet vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi. Vaaratapahtumailmoitukset käsitellään esihenkilön johdolla yhdessä henkilökunnan kanssa yksikön palaverissa. Samalla arvioidaan, mistä poikkeama on mahdollisesti johtunut ja miten vastaavat tilanteet voidaan ennaltaehkäistä jatkossa sekä luodaan yhteinen turvallinen toimintatapa jatkoa ajatellen. Näitä voivat olla esim. samankaltaisen lääkepakkausten sijoittaminen erilleen tai korvaaminen erinäköisellä pakkauksella. Vakavat vaaratapahtumat, jotka ovat johtaneet asiakkaan vakavaan loukkaantumiseen tai kuolemaan tai ovat koskettaneet suurta joukkoa asiakkaita, tulee ehdottaa Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmän (VaVaT) käsiteltäväksi.

Vaaratapahtuman sattuessa potilaalle kerrotaan tapahtuneesta sekä pahoitellaan tilannetta ja kerrotaan toimintaohjeet, jos potilas haluaa asiasta tehdä oman ilmoituksen. Potilaan hoitoon liittyvät ongelmatilanteet tulee aina ensisijaisesti pyrkiä selvittämään hoitavan tahon kanssa paikallisesti. Potilaalla on mahdollisuus ilmoittaa kokemistaan lääkehoitoon liittyvistä vaaratilanteista hoitoa antaneelle organisaatiolle myös anonymisti Laatuportin kautta Siun soten toimintamallin mukaisesti. Potilas voi tehdä (tai erityisestä syystä suullisen) muistutuksen hoitoyksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Potilas voi myös tehdä Suomessa tapahtuneista lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista, joista on aiheutunut hänelle henkilövahinkoa, korvauspyynnön Potilasvahinkovakuutuskeskukseen. Lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta voi hakea korvausta. Lisätietoa korvauksen hakemisesta on Lääkevahinkovakuutuksen sivuilla internetissä tai ottaa yhteyttä potilas- ja sosiaaliammiehen.

Laiteosaaminen on terveyden- ja sosiaalihuollossa olennainen osa asiakkaan sekä asiakkaiden hoitoa ja keskeinen osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Lääkehoidon antamisessa käytettävien lääkintälaitteiden tarkoituksena on vähentää lääkityspoikkeamia, edistää asiakas- ja potilasturvallisuutta ja vähentää terveydenhuollon ammattilaisten työkuormitusta. Terveyden- ja sosiaalihuollossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden sekä valvonta-alueen toimijoiden ja laitetutkimusten valvontatehtävistä vastaa Fimea. Lisätietoja: Siun soten lääkehoidon opas (2022) luku 12. Lääkinnällisiin laitteisiin liittyvien vaaratapahtumien ilmoittaminen suoritetaan Laatuportti –ohjelmaan.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Ossi Syrjänen ossi.syrjanen@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Sari Kortelainen
sari.kortelainen@siunsote.fi

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) lääkehoitoon liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoidon turvallisuus		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Läkelaki (395/1987) (linkki)</p> <p>Lääkeasetus (693/1987) (linkki)</p> <p>Huumausainelaki (373/2008) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa)</p> <p>Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas</p> <p>Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje</p> <p>Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin</p>

		Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Asiakkaan/potilaan käytössä olevan lääkityksen tarkastaminen	Yksikön lääkahoitosuunnitelma a Lääkehoidon perehdytys Viestintä	Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta palvelua ja hoitoa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella toimii infektioiden torjuntayksikkö, joka ohjeistaa yksiköitä infektioiden leviämistä ja torjuntaa. Infektioiden torjuntayksikkö tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet, joita noudattamalla infektioiden sekä tarttuvien sairauksien leviämistä yksikössä ehkäistään. Laatuportin infektioidentorjuntatoimien omavalvontaa ei ole yksikössä otettu vielä käyttöön.

Infektio- ja työohjeet sijaitsevat Siun soten sisäisessä verkossa, johon henkilöstöllä on käyttöoikeus. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, kuinka infektiotilanteissa toimitaan. Koko henkilöstö on vastuussa, että infektioiden torjunta toteutuu osastolla

ohjeiden mukaisesti, ja tarvittaessa he ohjaavat potilaita sekä heidän omaisiaan toimimaan ohjeiden mukaisesti.

Tartuntatautilain § 48 mukaan henkilöillä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautien vakaville seuraamuksille alttiita potilaita, tulee olla voimassa tarvittava rokotussuoja voimassa. Henkilöstön influenssarokotuskattavuutta seurataan yksikössä rokotuskattavuusraportin avulla. Siun soten Työterveyshuolto huolehtii, että henkilöstöllä on ajantasainen rokotussuoja.

Hyvinvointialueella seurataan käsihuuhteen ja suojakäsineiden kulutusta sekä havainnoidaan käsihygienian toteutumista käsihygieniaa edellyttävissä tilanteissa. Yksikössä ei ole käytössä käsihuuhteen ja suojakäsineiden kulutuksen jatkuvaa seurantaa. Käsihygienian toteutumista havainnoidaan jatkuvalla seurannalla.

Hoitoon liittyviä infektioita yksikössä seurataan Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmän (SAI) avulla, jotka käsitellään tarpeen mukaan yksikön henkilöstön kanssa. SAI-rekisterin avulla arvioidaan tilannekohtaisesti infektion alkamispaikka, joka voi olla avohoidossa alkanut, toisessa hoitolaitoksessa alkanut tai sairaalassa alkanut infektio. Lähiesihenkilö seuraa SAI-ilmoituksia kuukausittain. Infektioiden torjuntayksikkö seuraa infektioilmoitusten raportointia vuosineljänneksittäin. Raportteja hyödynnetään hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan suunnittelussa ja opetuksessa. Laatuportin infektioiden torjuntatoimien omavalvonta otetaan käyttöön 2024 aikana Outokummun kuntoutussairaalassa.

Henkilökunnan tartuntaosaaminen ja epidemioiden tunnistamista varten henkilökuntaa koulutetaan infektiorjuntayksikön sisäisten koulutusten sekä verkkokoulutuksien kautta. Verkkokoulutukseen kuuluu mm. Infektioiden torjunta, tavanomaiset varatimet infektioiden torjunnassa. Mikäli havaitaan epäkohtia hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä, aloitetaan tarpeelliset toimenpiteet kuten henkilöstön perehdyttäminen asiaan ja kouluttaminen.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

Säännöllinen ja suunnitelmallinen siivous ja tekstiilien puhtaanapito ovat olennainen osa asiakkaiden hyvinvointia ja viihtyvyyttä. Hyvä hygieniataso ennaltaehkäisee myös tarttuvien tautien leviämistä.

Potilas-, liina- ja työvaatehuollosta vastaa alihankkija Sakupe Oy. Siivouksesta vastaa Polkka Oy alihankintasopimuksen mukaisesti. Näiden sopimuksien sisällöstä tiedotetaan yksikön henkilökuntaa.

Puhtaanapidosta huolehditaan Siun soten ohjeiden mukaan ottaen huomioon infektioiden torjunnan näkökulma. Infektioiden torjuntayksikkö tarjoaa toimintayksiköille näyttöön perustuvia työ- ja potilasohjeita, ammattilaisten koulutusta ja infektioiden ja tartuntatautien seurantamalleja, joiden avulla toimintayksiköt voivat varmistaa asiakkaidensa ja potilaidensa infektio- ja tartuntaturvallisuutta, varmistaa toiminnan aseptiikkaa sekä ehkäistä jatkotartuntoja.

Yksikössä muodostuva vaarallinen jäte on pisto- ja viiltojätettä ja sen kerääminen ja hävittäminen toteutuu organisaation ohjeiden mukaisesti. Lääkkeiden ja lääkejätteiden palauttamisessa ja hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeistuksia.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) infektioiden torjuntaan liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Infektioiden torjunta		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa)</p> <p>Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com)</p> <p>Jäteohje 2023</p>

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien ulkopuolelle jäävät asiakkaiden ja potilaiden hoitoa tai palvelua koskevat ohjeistavat asiakirjat, joilla varmistetaan palveluyksikön laatua ja turvallisuutta. Tällaisia asiakirjoja ovat esimerkiksi työohjeet, asiakas- ja potilasohjeet, erilaiset suunnitelmat sekä palvelu- ja hoitoketjukurvat.

Yksikön laatua varmistavat julkiset asiakirjat tulee tallentaa intran tiedostopankkiin, mikäli niille ei ole muuta erikseen sovittua tietojärjestelmää. Tiedostopankkiin tallennettujen asiakirjojen elinkaaren hallinta ja

sähköinen arkistointi on toteutettu metatietojen ja työnkulkujen avulla, jotka varmistavat asiakirjan aitouden, luotettavuuden ja käytettävyyden. Tiedostopankkiin vietävät asiakirjat hyväksyy ylihoitaja.

Tiedostopankkiin tallennettavia asiakirjoja ei saa tallentaa muualle 365-pilviympäristöön tai verkkolevyalueille, vaan niitä käytetään suoraan Tiedostopankista (esim. linkkien avulla). Näin varmistetaan, että käytettävissä on aina asiakirjan viimeisin versio. Metatietojen avulla asiakirja voidaan merkitä kriittiseksi, jolloin ohjeesta tulee ottaa yksikköön paperituloste. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon. Henkilöstöllä on velvollisuus ilmoittaa, mikäli havaitsee ohjeissa virheitä.

Siun sotessa on käytössä yhtenäiset asiakirjapohjat. Valmiiden pohjien avulla asiakirjat ja tiedostot ovat tunnistettavissa Siun soten tuottamiksi. Asiakirjapohjasta riippuen ne myös ohjaavat yhteneväiseen sisällöntuottamiseen. Asiakirjan sisällön ajantasaisuudesta ja päivittämisestä vastaa asiasta vastaava henkilö ja yksikkö. Asiakirjojen käytettävyyden varmistamiseksi kaikki asiakirjat tulee tehdä teknisesti saavutettaviksi. Saavutettavuuden takaamiseksi asiakirjoja laativat henkilöt ohjeistetaan tekemään asiakirjat saavutettavuusperiaatteiden mukaisesti yhtenäisille Siun soten asiakirjapohjille. Siun sotessa kehitetään ohjekoordinaatiotoimintaa, jonka tavoitteena on muun muassa tukea sisällöntuottajia tiedostojen oikeaoppisessa luomisessa sekä tallentamisessa tiedostopankkiin ja tehdä säännöllistä laadunseurantaa tiedostopankin tiedostoille.

Sähköisiä asiakirjatiedostoja eli ns. toimisto-ohjelmistojen tiedostomuodoissa julkaistuja aineistoja koskevat saavutettavuusvaatimukset. Saavutettavuusvaatimukset on huomioitu asiakirjapohjissa sikäli kuin mahdollista. Asiakirjatiedostojen saavutettavuus on kuitenkin asiakirjanlaatijan vastuulla, koska laatija voi omilla muokausvalinnoillaan myös heikentää saavutettavuutta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika, jolloin järjestelmä hälyttää päivityksen tarpeesta olevista ohjeista. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta.

Perusasiat saavutettavan asiakirjan tekemisestä kuuluvat tänä päivänä jokaisen toimisto-ohjelmistojen käyttävän ja tiedostoja tekevän perusosaamiseen. Kun alkuperäinen tiedosto on saavutettava, siitä on mahdollista muuntaa saavutettava pdf-tiedosto. Asiakirjapohjien määrittelyt ovat minimivaatimuksia ja niitä voidaan muokata. Esimerkiksi, kun kyse on potilas- tai asiakasohjeesta ikäihmisille, jota käytetään pääsääntöisesti tulosteena, voidaan kirjasinkokoa suurentaa.

Henkilöstöä kannustetaan ohjeiden sähköiseen käyttöön. Intran, tiedostopankin ja palvelu- ja hoitoketjujen käyttöön kannustetaan ja ohjataan henkilöstöä jo perehdytysvaiheesta alkaen. Organisaation ohjeisiin pohjautuvat tarkentavat yksikkötasoiset ohjeet ovat yksikön työntekijöiden ja opiskelijoiden käytettävissä yksikön Teams tiedostoissa. Ohjeita tulostetaan harkinnan mukaan kanslioihin, mutta turvallisuutta koskevat toimintaohjeet tulostetaan yksikön turvallisuuskansioon.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 9.5.5

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) ohjeiden ja suunnitelmien hallintaan liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ohjeet ja suunnitelmat		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveysturvallisuuslaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus(linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)</p> <p>Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas</p> <p>Videokirjaston sisällöntuottajan opas</p>
Tulostetut työohjeet	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

9.7 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää yhteistyötä muiden turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa.

Outokummun kuntoutussairaalassa kehitetään asiakas- ja potilasturvallisuutta toimimalla yhteistyössä muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollon kanssa yhteistyötä on asiakasrajapinnassa.

Palo- ja pelastusviranomaisten kanssa käsitellään kiinteistöön liittyvät pelastussuunnitelmat ja paloturvallisuusasiat, ja he kouluttavat henkilöstöä paloturvallisuuteen. Ympäristöterveydenhuolto on tarvittaessa käytettävissä potilaiden terveydensuojeluun liittyvissä asioissa. Samoin ohjaavat tahot, kuten AVI, Fimea, THL ja STUK ovat tavoitettavissa tarvittaessa. Havaittuihin epäkohtiin puututaan yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) riskeistä liittyen yhteistyöhön turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	Palotarkastukset säännöllisesti, paloturvallisuuskoulutusta	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki)</p> <p>Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §.(linkki)</p>

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

Sosiaali- ja terveydenhuollossa varaudutaan myös yhteiskunnan erilaisiin normaali- ja poikkeusolojen häiriö- ja uhkatilanteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuus- ja valmiussuunnittelu yhdessä muodostavat perustan, toimintaympäristön ja -tavat palvelujen jatkuvuuden turvaamiselle niin päivittäistoiminnassa kuin häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

Siun sotessa on laadittu yleiseen käyttöön suunnitelmat vesi- ja sähkökatkojen varalle. Kiinteistöön on laadittu pelastus-, valmius- ja poistumisturvallisuussuunnitelmat, jotka ovat tulostettuna yksikön ilmoitustaululla tai turvallisuuskansiossa. Turvallisuuteen liittyvät suunnitelmat päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa.

Pandemiasuunnitelmat ovat myös Sun soten yleisiä ohjeita, tarvittaessa niistä laaditaan yksikkökohtaiset versiot, mikäli tilanne vaatii puuttumista. Suuronnettomuussuunnitelmat ja muut organisaatiotason

turvallisuus- ja valmiussuunnitelmat koskevat kaikki yksikköä tilanteen niin vaatiessa, ne sijaitsevat organisaation sisäisessä verkossa tai viranomaiset toimittavat ne henkilöstölle tilanteen niin vaatiessa.

Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään häiriö-, turvallisuus- ja valmiussuunnitelmiin osana perehdytystä. Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista ylläpidetään ja kehitetään erilaisilla koulutuksilla, poistumisharjoituksilla ja poikkeustilanteiden läpikäynnillä. Riittävä materialistinen varautuminen huomioidaan yksikkökohtaisin tarpein ja pyritään siihen, että varastot ovat jatkuvassa kierrossa eikä hukkaa tulisi.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 5.7

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen ja valmiuteen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Pidetään suunnitelmat ajantasaisina ja päivitettyinä	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § (linkki)</p> <p>Valmiuslaki (1552/2011) 12 § (linkki)</p> <p>Pelastuslaki (379/2011) 15 § (linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa)</p> <p>Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje</p> <p>Tarkastuslista varautuminen sähkökatko</p>

		Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma
--	--	--

9.7.3 Terveydensuojelu

[Terveydensuojelulain 2 §:n](#) (linkki) mukaan toiminnanharjoittajan on tunnistettava toimintansa terveystaittaa aiheuttavat riskit ja seurattava niihin vaikuttavia tekijöitä (omavalvonta). Toiminnanharjoittajan on suunnitelmallisesti ehkäistävä terveystaittojen syntyminen.

Turvallisen toimintaympäristön luomiseen osallistuu useita sidosryhmiä ja yhteistyökumppaneita. Keskeinen yhteistyökumppani turvallisen ja terveellisen työympäristön selvittämisessä ja kehittämisessä on työterveyshuolto. Lakisäätiset työpaikkaselvitykset tehdään Siun sotessa säännöllisesti. Työterveyshuolto vastaa työympäristöstä aiheutuvien haitta- ja vaaratekijöiden terveydellisen merkityksen arvioinnista. Työterveyshuolto antaa työnantajalle toimenpidesuosituksia sekä ohjeita työn terveellisuuden ja turvallisuuden parantamiseksi.

Toimintaympäristöjen turvallisuuden varmistamisessa tehdään tiivistä yhteistyötä eri turvallisuustoimijoiden (mm. pelastuslaitoksen ja poliisin) kanssa. Fyysinen ympäristö saattaa aiheuttaa vaaratapahtumia esimerkiksi tilojen epäkäytännöllisyyden, heikon valaistuksen, ahtauden, riittämättömien opasteiden tai huonon siisteyden takia. Toimintaympäristössä olevat, etenkin yllättävät portaat ja kynnykset voivat aiheuttaa kaatumisia tai kompastumisia, joiden riskiä voidaan pienentää mm. asianmukaisilla varoitusmerkeillä. Asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta vaarantavat tekijät tulee poistaa ympäristöstä tai pienentää niistä aiheutuvaa riskiä. Toimintaympäristöissä tulee seurata säännöllisesti lämpötiloja sekä ilmankosteutta ja tehdä tarvittavia toimia, jotta lämpötila ja kosteus ei aiheuta haittaa mm. asiakkaille tai lääkinällisille laitteille.

Toimitilojen ja työympäristön turvallisuudesta huolehtiminen kuuluu kaikille työntekijöille. Jokaisen työntekijän velvollisuus on havainnoida työympäristön turvallisuutta ja ilmoittaa mahdollisten puutteiden ja korjaustoimien tarve. Havaituista turvallisuuspoikkeamista tulee ilmoittaa yksikön esihenkilölle sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, mikäli poikkeama vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta tai työturvallisuutta. Esihenkilö vastaa ilmoitusten käsittelystä ja korjaustoimenpiteiden eteenpäin viemisestä. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelun ja toteutukseen tulee osallistetaan koko yksikön henkilöstö.

Työn riskien arviointi tehdään Laatuporttiin vuosittain, tai aina toiminnan muuttuessa. Lähiesihenkilö vastaa riskien arvioinnin teosta. Riskien arvioinnissa hyödynnetään koko yksikön henkilöstöä sekä työterveyshuollon henkilöstöä. Riskienarviointi kohdistetaan 6 osa-alueeseen: hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fysikaaliset

vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät.

Sisäilma on osa terveellistä ja turvallista toimintaympäristöä. Sisäilmaan liittyvien haasteiden osalta yksikön esihenkilöt vastaavat Siun sotessa laaditun sisäilmaprosessin käynnistämisestä sen etenemisestä ja siitä tiedottamisesta yhdessä teknisten palvelujen kanssa. Siun sotessa toimii sisäilmatyöryhmä, jossa moniammatillisesti käydään yhdessä läpi sisäilmakohteiden tilanne ja suunnitelmat.

Mikäli havaitaan terveydensuojeluun liittyviä epäkohtia, ollaan yhteydessä lähiesihenkilöön ja työsuojeluun

Lue lisää: [Terveysthuojelulaki 763/1994](#) (linkki)

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyskikilö: Kyllä

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) terveydensuojeluun liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Terveydensuojelu	Jokaisen velvollisuus pitää työympäristö turvallisena. Mikäli havaitaan poikkeama, siitä ollaan yhteydessä esihenkilöön	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveysthuojelulaki (763/1994) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa)</p> <p>Sisäilmaongelman ratkaiseminen - toimintaohje</p> <p>Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje</p>

		Jäteohje 2023 Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri
--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysthuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

Asiakkaan/potilaan tunnistaminen on turvallisen hoidon, hoivan ja palvelun perusta. Henkilö tulee tunnistaa jokaisessa hoito-, hoiva- tai palvelutilanteessa luotettavasti. Asiakkaan/potilaan tunnistamisen tulee olla systemaattista koko organisaatiossa ja kaikkien ammattiryhmien tulee tehdä se oikein yhtenäisten periaatteiden mukaisesti.

<p>Potilas tunnistetaan pyytämällä henkilöä kertomaan nimensä ja henkilötunnuksensa sekä varmistamaan henkilötunnus tarvittaessa kuvallisesta henkilötodistuksesta. Mikäli henkilö ei pysty kertomaan henkilötietojaan, voidaan tiedot varmistaa omaiselta, läheiseltä tai saattajalta.</p> <p>Potilaalle laitetaan tunnistusranneke hänen saapuessaan hoitoon. Henkilötietoranneketta laitettaessa tai vaihdettaessa potilas tunnistetaan luotettavasti ja verrataan tietoja rannekkeen tietoihin.</p> <p>Potilaan tunnistamisen toteutumista seurataan säännöllisellä tunnisterannekkeiden tarkistuksella. Mikäli huomataan potilaan tunnistamisessa ongelmia, niihin puututaan välittömästi ja korjataan toimintatapa ohjeiden mukaiseksi. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet.</p>

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) asiakkaan/potilaan tunnistamiseen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan tunnistaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö <p>Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje</p>

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

Välitöntä hoitoa tarvitsevan asiakkaan/potilaan tunnistaminen on kriittinen taito asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Peruselintoimintojen häiriöiden ja yleistilan heikkenemisen varhainen tunnistaminen mahdollistavat tehokkaan hoidon.

Hoitohenkilökunta suorittaa vuosittain hätätilan tunnistaminen ja elvytys –koulutuskokonaisuuden taso 3. Koulutuksen aikana käydään läpi NEWS-mittarin (National Early Warning Score) käyttäminen sekä MET-kriteerit. Kuntoutussairaalassa ei ole erikseen MET-ryhmää. Lisäavuksi hälytetään omaa henkilöstöä sekä soitetaan hätänumeroon. NEWS-pisteytys antaa arvion potilaan riskiluokasta ja sen hetkisestä tilasta. Jokaiselle riskiluokalle on määritelty omat toimintaohjeet ja elintoimintojen seuranta. Hoitohenkilökunta koulutetaan reagoimaan mittauksista saatuun tietoon sekä toimimaan ohjeistuksen mukaisesti.

Koulutuksien ohjeen mukaista toteutumista seurataan OnniHR -järjestelmän avulla.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) riskeistä liittyen hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistamiseen, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • MET-kriteerit (maakunta) • MET-kriteerit (keskussairaala) • Hätätilapotilaan seurantaavake <p>Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot</p>

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Asiakas/potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhtäaikaaisesti. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi asiakkaan/potilaan kannalta toimiva, turvallinen ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan palvelunantajien välistä yhteistyötä. Tämä edellyttää toimivaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Hoidon ja palvelun jatkuvuus ja tiedon siirtyminen tulee turvata tilanteissa, joissa asiakkaat/potilaat liikkuvat eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja palveluyksiköiden välillä.

Potilaan palvelujentarpeesta on mahdollisuus järjestää tarvittaessa moniammatillinen tapaaminen eri toimijoiden kesken. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho huolehtii, että potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot välittyvät muille toimijoille. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä.

Kaikilla yhteistyötahoilla ei ole käytettävissä Mediatri-potilastietojärjestelmää tai järjestelmän kannassa on viive tietojen siirtymisestä. Tällöin potilaan jatkohoidon turvaamiseksi potilas saa mukaansa tarvittavat

kirjalliset dokumentit, kuten lääkehoidon tiedot. Raporttia ja muuta tietoa annetaan sekä vastaanotetaan ja jatkohoitoa järjestetään puhelimitse. Lisäksi tietoa välitetään potilaan luvalla omaisille/läheisille suullisesti.

Hoitohenkilökunta on käynyt verkkokoulutuksen ISBAR-menetelmällä annettavasta raportoinnista, jonka avulla tiedon siirtäminen on turvallisempaa. Kotiutuksen yhteydessä voidaan käyttää kotiuttamisen tarkistuslistaa avuksi sekä yksikön omaa kotiutumisen prosessikuvausta. Hoitohenkilökunnan osaamista turvalliseen potilassiirtoon on mahdollista vahvistaa verkkokoulutuksen avulla.

Mikäli huomataan, että osaamisessa on puutteita tiedon välittämisessä eteenpäin, tarkistetaan yksikön prosessit sekä kiinnitetään huomiota perehdytykseen.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) monialaiseen yhteistyöhön ja tiedonvälitykseen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja laadituista/toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys	Perehdytys Koulutus	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki)</p> <p>Laki hyvinvointialueesta (611/2021) (linkki)</p> <p>Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki)</p> <p>Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) (linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p>

		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus Yhteisasiakasohjaus -työohje ISBAR taskukortti ISBAR vastaanottolomake
--	--	---

10.4 Kivunhoito

Asianmukainen eli tehokas ja oikea-aikainen kivunhoito on jokaisen asiakkaan/potilaan perusoikeus koko palvelu- ja hoitoprosessin ajan. Kivunhoidon perusta on asiakkaan/potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta.

<p>Asianmukainen eli tehokas ja oikea-aikainen kivunhoito on jokaisen potilaan perusoikeus koko hoitoprosessin ajan. Kivunhoidon toteuttamiseksi potilaan kipua arvioidaan sekä tehdään suunnitelmallista hoitotyötä yhteistyössä lääkärin, hoitohenkilökunnan sekä potilaan välillä. Kivunhoidon perusta on potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan itseään käytetään kivunarviointiin hoitohenkilökunnan havainnointia elintoiminnoista, potilaan kehonliikkeistä sekä jännittyneisyydestä, ilmeistä sekä äännelemisestä. Kivun arviointia tulee tehdä ennen ja jälkeen kivunhoidon. Tavoitteena on optimaalinen kivunhoito.</p> <p>Yhtenä arviointi välineenä kivunhoidossa voidaan käyttää VAS- (Visual Analogue Scale) tai NRS-mittaria (numeral rating scale 0 – 10). Mittareiden käyttämisestä on tehty Kivun hoidon-ohjeistus (linkki, saatavilla sisäisessä verkossa) työkirja, joka opastaa kivunhoidon hoitamiseen. Hoitohenkilökunta käy säännölliset koulutukset kivunhoidon lääkehoidosta ja suorittaa siihen liittyvät tarvittavat lääkeluvat viiden vuoden välein. Samoin hoitohenkilökuntaa kannustetaan osallistumaan sisäisiin lisäkoulutuksiin kivunhoidosta.</p> <p>Kivunhoidon puutteisiin puututaan välittömästi moniammatillisen yhteistyön avulla. Tarvittaessa osastonlääkäri voi ottaa yhteyttä erikoissairaanhoidon kivunhoidon asiantuntijaan tai päivystysaikaan hoitaja voi soittaa ja konsultoida päivystävää lääkäriä kivunhoidon haasteista. Hoitohenkilöstön osaamispuutteisiin puututaan koulutuksen avulla.</p>
--

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) kivunhoitoon liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja laadituista/toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
-------------------	---------------	----------------------

Kivunhoito		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)</p>
-------------------	--	--

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

Tehokas kaatumisten ja putoamistenehkäisy sisältää asiakkaan ja potilaan kaatumis-/putoamisvaaran arvioinnin sekä henkilökohtaisen suunnitelman kaatumisten ja putoamisten ehkäisemiseksi henkilöillä, joiden riski on kohonnut. Näiden lisäksi on yleisiä keinoja ja menettelytapoja ehkäistä kaatumisia ja putoamisia systemaattisesti.

<p>Kaatumisen ehkäisemiseksi on olemassa useita ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tehokas kaatumisen ehkäisy sisältää kaatumisvaaran arvioinnin, henkilökohtaisen kaatumisvaaran ehkäisyn suunnitelman sekä sen systemaattisen toteuttamisen yleisten kaatumistenehkäisykeinojen lisäksi. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-mittarin avulla. Mittari auttaa tunnistamaan henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään asiakkaan ja potilaan riskitietoihin. FRAT-mittari tehdään säännöllisesti. Uusille potilaille se pyritään tekemään 8S h sisällä hoitoon tulosta ja mittari päivitetään viikoittain. SEPA-työkalulle kirjataan tehty mittari, samoin potilastietojärjestelmään. PAKI-odottajille tämä tehdään kuukausittain ja tilanteen muuttuessa. Myös RAI-arvioinnissa arvioidaan henkilön kaatumisvaaraa.</p> <p>Kaatumisvaaran ollessa kohonnut, tehostetaan kaatumisen ehkäisyn keinoja. Huolehditaan apuvälineet lähelle ja asianmukaisiksi. Kaatumisen ehkäisyn keinoja voivat olla: soittokeho asetetaan potilaan lähelle, ja mikäli potilaan vointi vaatii hoitajan läsnäoloa liikkumiseen, se varmistetaan, sekä jalkaan laitetaan jarrusukat/-tossut tai tukevat sisäkengät, ympäristö pyritään pitämään liikkumiselle vapaana ja esteettömänä.</p> <p>Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisevää työtä koordinoi alueellinen kaatumisten ehkäisyverkosto (AKE). Työyksiköihin on nimetty AKE-vastuuhenkilöt. AKE-verkosto järjestää vuosittain kaksi asiantuntijaluentoja sisältävää verkostoilmapäivää AKE-vastuuhenkilöille. Verkostoilmapäivissä käsitellään mm. kaatumisvaaran arviointimittarin (FRAT) käyttöä, kaatumisiin ja putoamisiin liittyvien vaaratilanne- ja haittatapahtuma -ilmoitusten tekoa sekä muita kaatumisten ennaltaehkäisyyn painottuvia</p>
--

koulutusaiheita. Työyksiköille suunnatuilla kyselyillä pyritään kartoittamaan yksiköissä tehdyt toimenpiteet kaatumisten ja putoamisten vähentämiseksi.

Verkostossa jaetaan toimiviksi todettuja toimintamalleja koko hyvinvointialueelle. Kaatumisten ehkäisyn verkosto on julkaissut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille mm. Kaatumisten ehkäisyn - asiakasprosessin, joka sisältää kaatumisen ehkäisyyn liittyviä oppaita ja suosituksia, tarkistuslistoja sekä asiakkaan, potilaan ja heidän läheistensä ohjaukseen liittyvää materiaalia. Asiakkaan, potilaan ja heidän läheistensä ohjauksessa hyödynnetään AKE-verkoston yhtenäistä materiaalia, mm. Pysytään pystyssä –opasta. Asiakkaille jaettavaksi on laadittu asiantuntijaluentoja pohjalta ns. huoneentaulu, johon on koottu parhaita keinoja kaatumisten ennaltaehkäisemiseen ja vähentämiseen. Lisäksi on julkaistu ammattilaisille suunnattu ”Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet” -kortti.

Sairaalahoidossa ja ympärivuorokautisen hoidon/hoivan piirissä olevan henkilön kaatumisvaaran arviointiin ja ennaltaehkäisyyn voidaan soveltaa Fall T.I.P.S. -mallia (Tailoring Intervention for Patient Safety). Malli on tutkittuun tietoon perustuva, selkeän rakenteen ja konkreettisia työkaluja kaatumisen ehkäisyyn sisältävä havainnollistava toimintamalli palveluja käyttävälle, hänen läheiselleen sekä hoitoon osallistuvalla henkilökunnalle.

Siun sotessa kaatumisten ja putoamisten esiintyvyyttä seurataan potilastietojärjestelmään tehtävän haittatapahtuma -kirjauksen avulla: jokainen hoidon aikainen kaatuminen/putoaminen tulee kirjata asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Lisäksi kirjausten avulla voidaan seurata yksittäisen henkilön kaatumisten esiintyvyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Kaatumisista ja putoamisista vaaratilanneilmoituksen Laatuporttiin silloin, kun kaatumisesta tai putoamisesta on mahdollista oppia tai kehittää toimintaa. Hoidon aikaisten kaatumisten ja putoamisten määrästä, vaaratilanneilmoituksista sekä kaatumisriskin arvioinnista (FRAT-mittarin käyttö) raportoidaan YTA-alueen AKE-verkostolle (Alueellinen Kaatumisen Ehkäisy -verkosto) kerran vuodessa. Kansalliseen vertailuun (Sotokuva) siirtyy tieto kaatumisiin ja putoamisiin liittyvistä hoitokaskeista 65-vuotta täyttäneillä.

Pohjois-Karjalan alueellinen AKE-verkosto toimii yhteistyössä hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden, HYTE-lautakunnan, kuntien sekä YTA-alueen AKE-verkoston kanssa. Lisäksi verkosto tekee kansallista yhteistyötä Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) IKINÄ- verkoston, UKK-instituutin sekä Suomen luustoliiton kanssa. Alueellista sidosryhmäyhteistyötä mm. Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen kanssa esim. kaatumisen ehkäisyyn liittyvien tapahtumien järjestämisessä. Oppilaitoksissa (mm. YAMK, AMK) tehtyjen kaatumisten ehkäisyyn liittyvien opinnäytetöiden kautta saatua tutkimustietoa ja toiminnallisia opinnäytetöitä hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Järjestöyhteistyötä tehdään kertomalla kaatumisten riskeistä ja ennaltaehkäisevistä menetelmistä mm. omaishoitajien tilaisuuksissa. Kaatumisen ehkäisyyn liittyvässä tiedottamisessa hyödynnetään sekä Siun soten intraa että maakunta- ja paikallislehtiä esimerkiksi ennen talven ensimmäisiä liukkaita.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisen ehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) kaatumisiin ja putoamisiin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet <p>Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi</p>

Kaatumisvaarassa olevan asiakkaan/potilaan tunnistaminen	FRAT- kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

Ravitsemushoidolla pyritään edistämään terveyttä ja ravitsemushoito on myös usein sairauksien keskeinen hoitomuoto. Vaikuttavan ravitsemushoidon perustana on henkilöstön riittävä ravitsemusosaaminen ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. Eri ammattiryhmät osallistuvat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin oman tehtäväkuvansa mukaisesti.

Turvalliseen hoitoon kuuluvat ravinnontarpeen arviointi ja soveltuvan ruokavalion varmistaminen jokaisessa hoitokontaktissa. Ravitsemushoidolla pyritään edistämään terveyttä ja ravitsemushoito on myös usein sairauksien keskeinen hoitomuoto. Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemustilan- ja ravinnontarpeen arviointi sekä varsinainen ravitsemushoidon toteutus. Ravitsemustilaa voidaan arvioida selvittämällä henkilön ruuankäyttöä ravintoanamneesilla tai erilaisilla mittareilla (MNA-testit, BMI, painonmuutokset, laboratoriomääritykset lääkärin määräyksellä). Hoidon tavoitteet pyritään laatimaan yhdessä potilaan kanssa ja niiden toteutumista seurataan.

Vaikuttavan ravitsemushoidon perustana on henkilöstön riittävä ravitsemusosaaminen ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. Eri ammattiryhmät osallistuvat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin oman tehtäväkuvansa mukaisesti.

Ravitsemushoidon tarve on yksilöllinen. On tärkeää tunnistaa vajaaravitut tai vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat. Ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon ravitsemustila, lääketieteelliset ja eettiset tekijät sekä potilaan oma tahto. Siun sotessa ravitsemushoitoa ohjeistaa Ravitsemushoidon opas. Siun sotessa vajaaravitsemuksen riskiä arvioidaan joko NRS2002-mittarilla ja/tai MNA-seulonnalla. Mittarin antama tulos

kirjataan potilastietojärjestelmään. Ravitsemustilan arvioinnin toteutumisesta vastaavat yksiköiden lähiesihenkilöt. Yksikössä näiden mittareiden käyttöä tulee vahvistaa.

Potilaille tarjotaan pääruuat (lounas ja päivällinen) sekä välipalat aamulla, päivällä ja illalla. Lisäksi potilailla on mahdollisuus pyytää ja saada välipalaa potilaskeittiöstä ruokailuaikojen ulkopuolella, esimerkiksi yöaikaan. Erityisruokavaliot toteutetaan ja ravintolisiä käytetään aina tarvittaessa.

Potilaat ruokailevat vointinsa mukaan ruokasalissa, aulaissa tai potilashuoneessaan. Heille tarjoillaan koostumukseltaan sellaista ruokaa, jonka potilas pystyy nauttimaan. Erityisruokavaliot huomioidaan ruokailusta tehdessä. Ravinnon saaminen turvataan avustamalla potilaita ruokailussa, samalla arvioiden potilaan ravitsemustilaa ja ruokailun onnistumista.

Hoitohenkilökunta annostelee potilasruuan henkilökohtaisen listan mukaisesti. Ruoka tuodaan autolla Tikkamäen ravitsemuskeskuksesta laatikoissa- Polkka Oy:n laitoshuollon vastuuhenkilö lämmittää ruuat lisukkeineen tarjolle, seuraten ruuan lämpötiloja ohjeiden mukaisesti. Laitoshuoltajat ovat suorittaneet hygieniapassit. Ruoan säilytykseen käytettävien jää- ja pakastekaappien lämpötilaa seurataan päivittäin laitoshuoltajien toimesta, seurannat kirjataan lomakkeelle. Poikkeamatapauksissa ollaan yhteydessä laitehuoltoon.

Potilaan ravitsemustilaa arvioidaan yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Arvioinnin tukena käytetään haastattelua sekä hoitohenkilökunnan tekemiä havaintoja ja mittauksia (painoa). Painoa seurataan sairaalaan tullessa ja sairaudesta riippuen lääkärin määräyksen mukaan, lisäksi otetaan laboratoriokokeita ravitsemuksen ja nesteytyksen seuraamiseksi. Tarvittaessa tehdään MNA-testi ravitsemustilan kartoittamiseksi.

Riittävää nesteiden saantia seurataan havainnoimalla ja tarvittaessa nestelistaseurannan avulla. Mikäli potilaan ruokahalu on alentunut, voidaan tilata potilaalle hänen toiveidensa mukaisia ruokia, kuten hedelmiä, jäätelöä. Potilaalta ja omaisiltaan/läheisiltään tiedustellaan potilaan mieliruokia ruokahalun herättämiseksi.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) vajaaravitsemuksen syntyyn liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja laadituista/toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.

		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <p>Ravitsemushoidon opas (saatavilla sisäisessä verkossa)</p>
--	--	---

10.7 Painehaavojen ehkäisy

Painehaavojen ehkäisyn kulmakivenä on painehaavariskissä olevien asiakkaiden ja potilaiden tunnistaminen. Painehaavariskin tunnistaminen mahdollistaa painehaavojen tehokkaan ennaltaehkäisyn hoitotyön eri menetelmiä hyödyntäen.

Painehaavariskiä tunnistamiseen käytetään Braden-mittaria. Mittarin avulla arvioidaan potilaan kohonnut painehaavariski, joka huomioidaan potilaan hoidossa hyödyntämällä painetta vähentäviä apuvälineitä, asentohoitoa, huolehtimalla asianmukaisesta ravitsemuksesta, hyvästä henkilökohtaisesta hygieniasta sekä päivittäisestä ihon kunnon tarkkailusta. Riski arvioidaan Braden-riskiluokitusmittarilla heti asiakkaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluessa. Uusia arvioi tehdään potilaan tilanteen muuttuessa. Painehaavaariskimittari kirjataan potilastietojärjestelmään. Kuntoutussairaalan henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään painehaavariskin tunnistamiseen, arviointiin ja tekemiseen osana kokonaisperehdytystä.

Painehaavojen esiintyvyyttä seurataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään tehtävän haittatapahtuma - kirjauksen avulla. Kirjausten avulla voidaan huomioida painehaavojen esiintyminen potilaan hoidossa esimerkiksi huomioimalla mahdollisuudet keventää painetta ja näin ehkäistä uusia painehaavoja. Kirjausten

avulla on mahdollista selvittää yksikössä alkunsa saaneiden painehaavojen osuus sekä lääkinnällisten laitteiden/tarvikkeiden aiheuttamien painehaavojen osuus. Käytössä painetta keventäviä apuvälineitä, kuten mm. ilmapatja, kantapäänkeventäjiä, painehaavapatjoja.

Hoitohenkilöstön tarvittava osaaminen painehaavan arviointiin ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisissa kehityskeskusteluissa. Organisaatiossa toimii myös alueellinen Painehaavojen ehkäisyyn alueellinen työryhmä, jonka tavoitteena on painehaavojen ehkäisyyn liittyvien toimintatapojen käyttöönoton edistäminen, toimintatapojen yhtenäistäminen, painehaavojen ilmaantuvuuden seuranta ja raportointi sekä painehaavojen ehkäisyyn liittyvä tiedottaminen ja ohjeistus.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) painehaavojen syntyyn liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja laadituista/toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavojen ehkäisy		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje <p>BRADEN-riskiluokitusmittari</p>

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) on kehittänyt leikkaustiimin tarkistuslistan parantamaan leikkaustoimenpiteisiin liittyvää turvallisuutta ja estämään vältettävissä olevia komplikaatioita.

Terveysasemalla ei tehdä leikkauksia. Potilas voi siirtyä jatkohoitoon erikoissairaanhoidon leikkausta varten. Ennen siirtoa huomioidaan tarvittavat esivalmistelut erillisten ohjeiden mukaisesti.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) leikkaushoidon turvallisuuteen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaushoidon turvallisuus		Preoperatiiviset ohjeet

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmaantua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi tulisi tunnistaa potilaat, jotka ovat erityisessä riskissä sairastumaan akuuttiin sekavuustilaan. Myös akuutin sekavuustilan kehittyminen tulee tunnistaa varhain. Jokaisella palveluyksiköllä tulee olla oma toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja hoitoon.

Outokummun kuntoutussairaalassa hoidetaan monenlaisia potilaita, joilla voi olla riski saada akuutti sekavuustila. Potilaat ovat tyypillisesti iäkkäitä, ja mahdollisesti monisairaita ja/tai -lääkittyjä. Heillä voi olla heikentynyt liikuntakyky, matala yleiskunto, muistisairaus tai aivovaurio. Potilaan joutuminen hoitoon johtuu useammin äkillisestä muutoksesta terveydentilassa, joka altistaa riskille saada akuutti sekavuustila. Myös ympäristötekijät kuten melu tai yleinen hälinä voivat laukaista akuutin sekavuustilan.

Yksikössä pyritään ennaltaehkäisemään akuutin sekavuustilan syntymistä esimerkiksi potilaishuoneisiin sijoittelulla ja ympäristön rauhallisuudella. Potilaan perustarpeista huolehditaan, heidät kohdataan yksilönä ja annetaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti aikaa. Yksilöllinen ja rauhallinen kohtaaminen tuo potilaalle turvaa, joka voi vähentää stressiä. Hoitohenkilökunta arvioi hoitojakson aikana potilaan terveydentilaa moniammatillisesti, potilaasta otetaan tarvittaessa laboratoriotutkimuksia sekä röntgen, joiden avulla arvioidaan hoidon tarve.

Siun sotessa on tehty akuuttiin sekavuustilan tunnistamiseen palveluketju ohje, jossa on koottuna mikä altistaa ja laukailee sekavuustilan, miten sitä voidaan ennaltaehkäistä ja diagnosoida sekä hoitaa. Tunnistaessa akuutin sekavuustilan hoitohenkilökunta on yhteydessä osaston lääkäriin tai hänen ollessa poissa päivystävään lääkäriin. Lääkäri arvioi hoidon tarpeen, antaen hoitomääräykset eikä potilasta tarvitse välttämättä siirtää toiseen yksikköön, joka lisää riskiä potilaan sekavuuden lisääntymiseen. Hoitohenkilökunta kirjaa potilaan

voinnin ja mahdolliset lääkärin antamat hoito-ohjeet potilastietojärjestelmään potilaan merkintöihin. Lääkäri tekee potilastietojärjestelmään omat merkintänsä.

Hoitohenkilöstö koulutetaan tunnistamaan akuutti sekavuustila ja uudet työntekijät sekä opiskelijat perehdytetään asiaan heidän tullessa töihin. Mikäli huomataan akuutin sekavuustilan ehkäisyssä ja tunnistamisessa puutteita niihin kiinnitetään huomiota ja tehdään tarpeelliset korjaavat toimenpiteet.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja tunnistamiseen vaikuttavista riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö on lakisääteistä toimintaa, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden käyttöä, ehkäistä rahapeleistä aiheutuvia haittoja sekä edistää hyvinvointialueen asukkaiden mielen hyvinvointia. [Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä \(523/2015\) \(linkki\)](#) velvoittaa tekemään ehkäisevää päihdetyötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Työ kattaa alkoholi-, huumausaine- ja rahapelihaittojen sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisyn ja vähentämisen. [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma \(linkki\)](#) tukee ehkäisevän päihdetyön järjestämistä koskevan lain toimeenpanoa ja antaen suuntaviivat tehtävälle työlle.

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden puheeksi ottoon ja nikotiiniriippuvuuden arviointiin sekä tietojen kirjaamiseen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluissa on luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje. Hoito- ja palveluketju on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä ja henkilöstöä koulutetaan sen systemaattiseen käyttöön. Nikotiiniriippuvuuden arviointiin on eri palveluissa olemassa myös omia menettelyjä.

Siun sotessa on käytössä ehkäisevän päihdetyön polku, joka on työvälina ammattilaisille päihteiden sekä raha- ja digipelaamisen puheeksi ottoon, lyhytneuvonnan antamiseen ja jatkohoidon tarpeen arviointiin. Hoitopolku on tehty yhteistyössä Siun soten palvelualueiden kanssa ja sen sisältö on rakennettu kansallisten Käypä hoito -suositusten sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suositusten mukaisesti.

Hoitopolkuun sisältyy puheeksi oton malli, joka toimii sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaiselle runkona päihteiden käytön ja pelaamisen kartoittamiseen. Malli pitää sisällään validoituja ja kansallisesti suositeltuja mittareita, joiden avulla arvioidaan, onko asiakkaan päihteiden käyttö tai pelaaminen riskitasolla. Mikäli asiakkaalla kuvautuu riskitason päihteidenkäyttöä tai pelaamista, annetaan lyhytneuvonta, jolla pyritään motivoimaan asiakasta muutokseen päihteiden käytön tai pelaamisen suhteen. Lyhytneuvonnan sisältö pohjautuu Käypä hoitosuositukseen ja on kestoltaan 5–10 minuuttia.

Yksikössä nikotiinituotteiden puheeksi otto on luontevaa, koska yksikkö on savuton. Potilaat pääsevät menemään ulos tupakalle, mutta sinne tulee päästä menemään yksin. Potilaille annetaan ohjausta nikotiinikorvausvalmisteista. Korvaushoito on olennaista, ettei vieroitusoireet vaikeuta muuta paranemista. Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksi ottoon. Mikäli puheeksi oton ja mittareiden (HSI-mittari) pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Havaittaessa epäkohtia alkoholiriippuvuuden ja sen hoitoon ohjaukseen liittyvässä toiminnassa, puututaan toimintaan ja varmistetaan, että ammattilaiset osaavat hyödyntää tarjolla olevia ehkäisevän päihdetyön materiaaleja ja koulutuksia oman työnsä tueksi. Osaamisen varmistamiseksi on Siun soten koulutuskalenterissa on tarjolla koulutuksia.

[Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon \(siunsote.fi\)](#), [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025 \(valtioneuvosto.fi\)](#) (linkki)

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen ja siihen tarjottu varhainen tuki ja lyhytneuvonta on vaikuttava ja kustannustehokas toimintatapa alkoholiperäisten ehkäisyssä silloin, kun sitä tehdään systemaattisesti. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluihin luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje kattaa myös alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja arviointiin liittyvät toiminnot.

Hoito kuntoutussairaalassa edellyttää päihteettömyyttä. Hoitoon tuloa edeltävä alkoholinkäyttö selvitetään ja tarvittaessa pohditaan moniammatillisesti vieroitusoireiden oireenmukaisen hoidon aloittamista.

Vieroitusoireiden hoito on olennaista, etteivät vieroitusoireet vaikeuttaisi muuta paranemista.

Potilastietojärjestelmään kirjataan tiedot potilaan päihteiden käytöstä. Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksi ottoon. Alkoholinkäytön mittareita ovat AUDIT-C, AUDIT ja ADSUME-testit, joita

käytetään tarpeen mukaan. Mikäli puheeksi oton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Havaittaessa epäkohtia alkoholiriippuvuuden ja sen hoitoon ohjaukseen liittyvässä toiminnassa, puututaan toimintaan ja varmistetaan, että ammattilaiset osaavat hyödyntää tarjolla olevia ehkäisevän päihdetyön materiaaleja ja koulutuksia oman työnsä tueksi. Osaamisen varmistamiseksi on koulutuskalenterissa tarjolla erilaista koulutusta asiasta.

[Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon \(siunsote.fi\)](#), [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

10.10.3 Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Ehkäisevä päihdetyö kattaa työn huumausaineiden käytön ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäytön ehkäisemiseksi. Työhön kuuluu niistä aiheutuvien haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen.

Hoito kuntoutussairaalassa edellyttää päihteettömyyttä. Hoitoon tuloa edeltävä päihteiden käyttö selvitetään ja tarvittaessa pohditaan moniammatillisesti vieroitusoireiden oireenmukaisen hoidon aloittamista. Vieroitusoireiden hoito on olennaista, etteivät vieroitusoireet vaikeuttaisi muuta paranemista.

Potilastietojärjestelmään kirjataan tiedot potilaan päihteiden käytöstä. Potilastietojärjestelmässä on huumeiden käytön mittaamista varten CAST –testi (kannabiksen käytön seulontatesti).

Mikäli puheeksi oton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Havaittaessa epäkohtia huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjauksessa, puututaan toimintaan ja varmistetaan, että ammattilaiset osaavat hyödyntää tarjolla olevia ehkäisevän päihdetyön materiaaleja ja koulutuksia oman työnsä tueksi. Osaamisen varmistamiseksi on koulutuskalenterissa tarjolla erilaista koulutusta asiasta.

[Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon \(siunsote.fi\)](#), [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään vahvistamalla rahapelaamiseen vaikuttavia suojatekijöitä tai vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Suojaavat tekijät ovat yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan piirteitä, jotka ehkäisevät tai vähentävät riskiä rahapelaamisen aloittamiseen tai ongelmien syntyyn. Riskitekijät puolestaan ovat yksilön, lähipiirin tai yhteiskunnan piirteitä, tilanteita tai tapahtumia, jotka tietyissä olosuhteissa lisäävät peliongelman todennäköisyyttä.

Peliongelmaisten määrä on lisääntymässä, joten olemme laajentaneet puheeksi oton koskemaan rahapeliiriippuvuutta, tämä on yksikössä uusi puheeksi oton osa-alue.

Potilastietojärjestelmässä peliongelmiin mittaamista varten PGSI –testi (rahapelaamisen haitat).

Mikäli puheeksi oton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Havaittaessa epäkohtia peliriippuvuuden ja sen hoitoon ohjaukseen liittyvässä toiminnassa ja hoitoon ohjauksessa, puututaan toimintaan ja varmistetaan, että ammattilaiset osaavat hyödyntää tarjolla olevia ehkäisevän päihdetyön materiaaleja ja koulutuksia oman työnsä tueksi. Osaamisen varmistamiseksi on koulutuskalenterissa tarjolla erilaista koulutusta asiasta.

[Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon \(siunsote.fi\)](#), [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

10.10.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

Mielenterveysongelmat aiheuttavat huomattavan määrän kärsimystä sairastuneille ja heidän läheisilleen. Ennaltaehkäisy on sekä inhimillisesti että taloudellisesti sairauden hoitoa kannattavampaa. Ehkäisevä mielenterveystyö pyrkii ehkäisemään psykiatristen sairauksien syntymistä.

Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tarjolla avohoidon kiireetöntä hoitoa ja psykiatrista kuntoutusta. Hoitoon voi hakeutua itse tai sinne ohjautuaan jatkohoitoon muun tahon kautta.

Ensi kertaa hoidon piiriin tulevat voivat ottaa yhteyttä puhelimitse mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitokoordinaattoriin, puhelinnumero on 013 330 2145 ma-pe klo 8–15.45 tai jättää takaisinsoittopyynnön. Hoitokoordinaattori varaa tarvittaessa vastaanottoajan mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitajan vastaanotolle. Asiakas voi myös jättää Web-yhteydenottopyynnön alueen mielenterveys- ja päihdehoitajalle Siun soten nettisivuilta Verkkoajanvaraus - Ajanvaraus (siunsote.fi).

Potilas voidaan ohjata hoitoon oman alueen mielenterveys- ja päihdeyksikköön hoito- ja palveluketjuissa sovitun kriteeristön mukaisesti. Potilasta informoidaan käytännöstä ja asianmukaiset kirjaukset tehdään potilastietojärjestelmään.

Mielenterveyden haasteiden kohtaamisen osaamista ylläpidetään yksikössä sisäisellä koulutuksella ja lääkehoidon osaamisen varmistamisella. Mielenterveyden haasteet tuodaan yksikön lääkärin tietoon.

Lue lisää: [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 \(valtioneuvosto.fi\)](#) (linkki),

[Siunsote MIEPA TYOOHJE asiakkaan ohjautuminen perusterveydenhuollon miepäpalvelujen avohoitoon.docx \(sharepoint.com\)\(linkki, sisäisessä verkossa\)](#)

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) ehkäisevään päihde- ja mielenterveystyöhön liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <p>Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)</p> <p>Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015(linkki)</p> <p>Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki)</p> <p>Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025(linkki)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)</p> <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <p>Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)</p>

		Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut
--	--	--

10.11 Itsemurhien ehkäisy

Itsemurhat aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä sekä itsemurhan tehneiden läheisten että itsemurhien kanssa muuten tekemisiin joutuvien parissa. Ne ihmiset, joilla on kasautuvia taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen osattomuuden kokemuksia ja voimavarojen ehtymistä tulee tunnistaa varhaisessa vaiheessa sekä arvioitava heidän avun tarve.

Tärkeäksi itsemurhien ehkäisyn näkökulmaksi on noussut sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten mielenterveysosaaminen ja päihdetietouden lisääminen.

Itsemurhavaaraa pyritään ennakoimaan läsnäolon ja kuuntelun avulla. Puheeksi otto ja keskustelun avaus asiasta on ammattilaisen tehtävä. Keskusteluun varataan hyvin aikaa, selvitettäviä asioita voivat olla lääkkeiden ja päihteidenkäyttö, vartalolla olevat vammat ja taustatilanne kokonaisuudessaan. Potilas ohjataan mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin.

Ensi kertaa hoidon piiriin tulevat voivat ottaa yhteyttä puhelimitse mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitokoordinaattoriin, puhelinnumero on 013 330 2145 ma-pe klo 8–15.45 tai jättää takaisinsoittopyynnön. Hoitokoordinaattori varaa tarvittaessa vastaanottoajan mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitajan vastaanotolle. Asiakas voi myös jättää Web-yhteydenottopyynnön alueen mielenterveys- ja päihdehoitajalle Siun soten nettisivuilta Verkkoajanvaraus - Ajanvaraus (siunsote.fi).

Potilas voidaan ohjata hoitoon oman alueen mielenterveys- ja päihdeyksikköön hoito- ja palveluketjuissa sovitun kriteeristön mukaisesti. Potilasta informoidaan käytännöstä ja asianmukaiset kirjaukset tehdään potilastietojärjestelmään.

Mielenterveyden haasteiden kohtaamisen osaamista ylläpidetään yksikössä sisäisellä koulutuksella ja lääkehoidon osaamisen varmistamisella. Mielenterveyden haasteet saatetaan yksikön lääkärin tietoon.

[Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma](#) (linkki, sisäinen),
[Siunsote KEH OHJE Itsemurhien ehkäisyn suunnitelma.docx \(sharepoint.com\)](#)(linkki, sisäinen)

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) itsemurhien ehkäisyyn liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhien ehkäisy		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (linkki) (valtioneuvosto.fi) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <p>Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma(linkki)</p>

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Suomen perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta.

Hyvinvointialueet vastaavat omalla toimialallaan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemisestä.

Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kaikkien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja arjen turvallisuutta edistävää työtä. Hyvinvointialue ja kunnat vastaavat omalla toimialallaan lähisuhdeväkivallan suunnitelmallisesta ehkäisemisestä. Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö toteutuu monialaisena viranomaisten ja järjestöjen yhteistyönä, jonka taustalla vaikuttaa sekä eettinen että lakiin perustuva velvoite puuttua väkivallalta. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on antanut hyvinvointialueille ohjeet velvoitteiden toteuttamisen tueksi, ja seuraa toimeenpanoa.

Lähi- ja perhesuhteissa tapahtuvan väkivallan ehkäisemiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, ja lähisuhdeväkivallaltaan on puututtava nykyistä tehokkaammin. Tehokkaimmillaan lähisuhdeväkivallan preventioita toteutetaan kattavasti ennaltaehkäisevistä ja riskiryhmiin kohdennettavista interventioista akuuttiapuun.

Puheeksi ottaminen on tärkeää, jonka tueksi on erilaista materiaalia muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) verkkosivuilla. Siun sotessa on käytössä Lähisuhdeväkivallan minimittari.

Mielenterveyden haasteiden kohtaamisen osaamista ylläpidetään yksikössä sisäisellä koulutuksella ja lääkehoidon osaamisen varmistamisella. Mielenterveyden haasteet saatetaan yksikön lääkärin tietoon.

[Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhteiden väkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhteiden väkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#) (linkki)

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisyyn liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhteiden väkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhteiden väkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • MARAK lähisuhteiden väkivallan vakavuuden kartoittamisen kartoittamisen työkaluna • Apua ja tukea lähisuhteiden väkivallan uhrille-minimittari <p>Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje</p>

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

Yhteenveto keskeisimmistä palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanon ohjeista ja määräyksistä on koottu asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelman lukuun ”Suunnitelman tausta-aineisto”.

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

Yhteenveto tämän omavalvontasuunnitelman laadinnan yhteydessä esiin nousseista palveluyksikön toimintaan liittyvistä kehittämistarpeista.

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva potilaspaikkojen vaje	Jatkuva rekrytointi	jatkuvasti
Itsemääräämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	kokoaikainen
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	tarvittaessa
Potilaan informointi vaaratapahtuman yhteydessä	Osaamisen varmistaminen	jatkuvasti
Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvä osaaminen	Toimintaohje ja henkilöstön koulutus	Syky 2024
Monikulttuurisuuden huomioiminen potilasohjeissa	Vieraskielisen materiaalin lisääminen	Vuosi 2024
FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö ja kirjaaminen	Alueellisen Kaatumisen ehkäisyn (AKE)-työryhmän asiantuntijaluennolle osallistuminen UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssien suorittaminen	Vuosi 2024

	AKE- vastuuhenkilön pitämien yksikön sisäisten koulutusten lisääminen	
--	---	--

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuutta ja suunnitelmassa kuvattujen menettelyjen toteutumista on seurattava säännöllisesti. Omavalvontasuunnitelma on päivitettävä aina säännösten muuttuessa ja/tai kun toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma tulee päivittää kuitenkin vähintään kerran vuodessa.

Palveluyksikön omavalvontasuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa maaliskuun loppuun mennessä. Omavalvontasuunnitelman päivittämisestä vastaa palveluyksikön lähijohtaja(t).

<p>Omavalvontasuunnitelma päivitetään yksikössä vuosittain tai kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Päivittämisestä vastaa yksikön lähiesihenkilö.</p> <p>Seuranta toteutetaan hyödyntämällä esimerkiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa • Haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat, lääkkeet ja rokotteet, verensiirtohaitat) • Muistutukset, kantelut ja potilasvahingot - raportointitietoa • Asiakas/potilaspalautetietoa <p>Omavalvontasuunnitelman päivittäminen suoritetaan, jos edellä mainittujen seurantakeinojen antaman tiedon perusteella päivittäminen todetaan aiheelliseksi ennen vuoden määräajan kulumista umpeen.</p>

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6> (linkki)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM_2021_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(linkki)https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM_2021_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-Ofwyki2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivnNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPifuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449> (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAlHQIAPgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCI&opi=89978449 (linkki)

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa):

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db91%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

<https://miunpalvelut.fi/> (linkki)

Omavalvonta - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/omavalvonta?inheritRedirect=true> (linkki)

Omavalvontaohjelma:

[https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_Valvontapalvelut_SUUNNITELMA_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_Valvontapalvelut_SUUNNITELMA_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367_(linkki))

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y_\(linkki\)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y_(linkki))

Tartuntatautilaki (1227/2016):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449_(linkki))

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcgFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcgFucNZ&opi=89978449_(linkki))

Terveydensuojelulaki (763/1994):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUJQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUJQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_(linkki))

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y_\(linkki\)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y_(linkki))

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

[https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon_(linkki))

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

[https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus_(linkki))

Viestit – Suomi.fi:

[https://www.suomi.fi/viestit_\(linkki\)](https://www.suomi.fi/viestit_(linkki))

Siun soten sisäiset linkit ja ohjeet:

[Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa](#)