

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Geriatrinen keskus

Laatija(t)	Tarja Parviainen, palveluesihenkilö Siru Siimes, muistihoitaja Tuula Pitkänen, palvelukoordinaattori
Tarkastaja	Hirvonen Mari, vastuualueen ylihoitaja
Hyväksyjä	Karttunen Mervi, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	25.3.2024

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
	Palveluyksikön ostopalvelut	6
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	7
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	9
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	10
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	10
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	10
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	11
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	12
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	12
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	12
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	13
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	14
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	15
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	16
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	17
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	17
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	20

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	20
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	23
7.6	Työhyvinvointi	24
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	25
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	26
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	26
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	27
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	28
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	28
9.2	Etä- ja digipalvelut	30
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	31
9.5	Infektioiden torjunta	33
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	33
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	34
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	34
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	36
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	36
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	37
9.7.3	Terveydensuojelu	38
10	Palvelun sisällön omavalvonta	39
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	39
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	40

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	40
10.4	Kivunhoito	42
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	42
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	44
10.7	Painehaavojen ehkäisy	45
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	46
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	46
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	47
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	47
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	48
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	48
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	48
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	49
10.11	Itsemurhien ehkäisy	50
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	50
	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä	51
	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	51
	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	52
10.13	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	52
10.14	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	52
	Suunnitelmassa viitatu internetosoitteet.....	53

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	Kuntoutumisen palvelut
Vastuualue	Kuntoutumiskeskus
Palveluyksikkö	Ikäneuvola, Muistipoliklinikat, Ikäihmisten Päiväkuntoutus
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Vastaanotto- ja ryhmätoiminnot Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen asukkaat, jotka tarvitsevat geriatrisen keskuksen tuottamia palveluja. Palveluja tarjotaan pääasiassa yli 65-vuotiaille asukkaille. Muistihoidtajien vastaanotot v. 2023: 3422 potilasta, 4192 vastaanottokäyntiä

	Geriatrien vastaanotot v. 2023: 867 potilasta, 908 vastaanottokäyntiä Ikäneuvola v. 2023: 521 käyntiä ja 30 yhteisötilaisuutta Päiväkuntoutus 2023: 352 asiakasta, 4763 ryhmäkäyntiä
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Tarja Parviainen, tarja.parviainen@siunsote.fi , 0133307875 Mari Hirvonen, mari.hirvonen@siunsote.fi , 0133306083
Palvelupäällikkö	Mervi Karttunen, mervi.karttunen@siunsote.fi , 0133307173
Palvelujohtaja	Jussi Malinen, jussi.malinen@siunsote.fi , 0133304272

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Vastuualueetta johtaa palvelupäällikkö / ylilääkäri kumppaninaan hoitotyön johtaja / ylihoitaja. Yksiköissä lääketieteellinen johtamisvastuu on ylilääkärillä ja hoitotyön johtamisvastuu on osastonhoitajalla. Yksiköitä johdetaan organisaatiossa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi; turvallisuus, moniammatilliset näkökulmat ja palvelun laatu huomioiden</p> <p>Geriatrinen keskuksen Ikäneuvola, Muistipoliklinikat ja Ikäihmisten päiväkuntoutus ovat osa Kuntoutumisenkeskusta, jota johtaa palveluesihenkilö (asiakastyön johtaminen) ylihoitaja (hoitotyön johtaminen) ja ylilääkäri, palvelupäällikkö (lääketieteellinen johtaminen).</p>
--

Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
---------	------------------

Hoitotyön sijaispalvelut	1 palveluntuottaja
Lääkärien sijaispalvelut	Useita eri palveluntuottajia
Hoitoringin järjestämispalvelu	1 palveluntuottaja

Lääkäripalveluiden osalta ostopalveluista vastaavat palvelupäällikkö ja palvelujohtaja.

Ikäihmisten päiväkontoutuksen osalta ostopalveluista vastaa palveluesihenkilö. Palveluesihenkilö noudattaa Siun soten ohjeita ostopalvelujen hankinnassa. Palveluesihenkilö määrittelee henkilöstön osaamisvaatimukset. Sijaisiksi valitaan henkilöitä, joilla on aikaisempaa kokemusta ikäihmisten päiväkontoutuksessa työskentelystä. Perekdytys tehtävään tehdään toimintayksikössä. Palkattavat sijaiset ovat suorittaneet tarvittavat koulutukset mm. asiakas- ja potilasturvallisuuden osalta. Palveluesihenkilö seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista.

Geriatrisen keskuksen henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista. Ilmoitukset tehdään suullisesti, kirjallisesti ja tarvittaessa tehdään Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitus. Myös potilaat / asiakkaat voivat antaa suullista palautetta henkilöstölle tai esihenkilöille sekä kirjallista palautetta jatkuvan asiakaskokemuksen mittaamisen tai verkkosivujen vaaratilanneilmoitus- tai asiakaspalautekanavan kautta. Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta sekä hankinta- ja sopimuspalvelujen asiantuntijoita hyödynnetään esihenkilötyön ja osaamisen tukena. Ostopalveluosaamista varmistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perekdytyksellä.

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).

Geriatrisen keskuksen perustehtävänä on tarjota koko Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen ikäihmisille terveydenhuoltolain mukaisia perusterveydenhuollon ja perusterveydenhuollossa olevien erikoissairaanhoidon palveluja.

Toimintamme tavoitteena on ikääntyvän hyvinvoinnin, terveyden ja terveellisten elintapojen edistäminen sekä toiminnanvajeiden syntyminen ehkäiseminen. Tavoitteena on edistää heidän toimintakykyään ja selviytymistään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan, turvallisesti asuen kotona sekä kohentaa heidän elämänlaatuaan.

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.

Asiakaslähtöisyys: Toimintamme on inhimillistä, arvostavaa ja osallistavaa. Tarjoamallamme palvelulla ja hoidolla pyritään vastaamaan potilaan /asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Suunnitteleminen ja toteuttaminen potilaan palvelut potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Avarakatseisuus: Toimimme avoimesti, pitkäjänteisesti ja tulevaisuuteen katsoen. Huomioimme potilaiden/asiakkaiden tarpeet ja yhteiskunnan muutokset toimintamalleja laatiessamme. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti vastaamaan muuttuviin palvelun tarpeisiin.

Turvallisuus: Henkilöstömme on ammattitaitoista ja omaa tarvittavat pätevyudet ja luvat. Huolehdimme henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta. Seuraamme palvelumme laatua, turvallisuutta ja potilaiden tyytyväisyyttä säännöllisesti ja kehitämme toimintaamme laatumittareiden, asiakaspalautteiden ja Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten pohjalta. Toimimme organisaation ohjeiden mukaisesti.

Yhdenvertaisuus: Tarjoamme tarpeen mukaiset palvelut ja tasavertaista hoitoa/palvelua heidän asuinpaikastaan, taustastaan tai vakaumuksestaan riippumatta. Noudatamme yhdenvertaista kohtelua myös henkilöstön keskuudessa.

Vastuullisuus: Vastuullisuus tarkoittaa ammattitaitoista, säännöllisesti koulutuksiin osallistuvaa henkilökuntaa. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus oman ammattitaidon kehittämiseen ja ylläpitoon. Vastuullisuus

tarkoittaa oman, työtoverin ja moniammatillisen tiimin työn arvostusta ja yhteistyöhön sitoutumista. 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 seurantaan varten omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut.

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Geriatrisen keskuksen omavalvontasuunnitelmasta vastaavat ylilääkäri ja palveluesihenkilö.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Geriatrisen keskuksen omavalvontasuunnitelman laadinnassa on ollut mukana lähiesihenkilön lisäksi palvelukoordinaattori sekä muistihoitajien tiimivastaava. Henkilöstöä osallistetaan omavalvontasuunnitelman tekemiseen säännöllisesti järjestettävissä Teams-palavereissa. Asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti ja palautteet huomioidaan omavalvontasuunnitelmassa. Omavalvontasuunnitelman julkisuus tekee toiminnan sisällön tunnetuksi ja näin mahdollistaa kommentoinnin ja palautteen antamisen yksikölle. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa antaa yhden väylän osallistumiseen ja palautteen antamiseen.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluyksikkökohtainen 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) palveluyksikössä ilman erillistä pyyntöä.

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

Geriatrisen keskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä toimipisteiden ilmoitustauluilla.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluyksikkökohtaisen 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 palveluyksikkö 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.

Riskienhallinta kuuluu kaikille työntekijöille. Palveluyksikön johto huolehtii ajan tasaisen riskienhallintaan liittyvien seikkojen esilletuomisen henkilöstölle. Henkilöstön vastuulla on huomioida ja ilmoittaa mahdollisista esille tulleista riskitilanteista. Poikkeamista tehdään ilmoitus Laatuporttiin.

Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

Vastuuhenkilöiden (toiminnasta vastaava johto, esihenkilöt) vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Tehdyistä riskien huomioista tehdään toimintatapojen muutoksia jo ennen poikkeaman tapahtumista. Kaikkien työntekijöiden vastuulla ovat vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoitukset, myös läheltä piti -tilanteista. Työntekijät osallistuvat työpaikkojensa turvallisuuskierroksiin. Työpaikan henkilöstön riskikartoitukset tehdään säännöllisesti yhteistyössä työsuojelun ja työterveyshuollon kanssa. Laatuohjelma on käytössä.

Työn riskien arviointi (henkilöstöön kohdistuva) tehdään ja päivitetään vuosittain. Työn riskien arviointi tehdään Laatuportissa ja kohdistetaan kahteen osa-alueeseen: Hallintajärjestelmät- ja Työn vaarat. Työn vaaroihin lukeutuvat fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät. Työn riskien arviointi on esihenkilöiden vastuulla ja se tehdään moniammatillisessa yhteistyössä vastuulääkärin ja turvallisuusvastaavien kanssa sekä käsitellään ja täydennetään yhdessä henkilöstön kanssa. Riskien arvioinnilla tunnistetaan työssä esiintyvät vaarat, määritetään niiden aiheuttamien riskien suuruutta ja arvioidaan merkitystä sekä suunnitellaan toimenpiteet riskien minimoimiseksi ja hallitsemiseksi.

Henkilöstöön kohdistuvina ennakkolisena riskienarviointimenettelynä käytössä on organisaation mukainen rekrytointiprosessi, jossa tarkistetaan ja arvioidaan henkilön kelpoisuus, pätevyys ja soveltuvuus tehtävään. Geriatriassa keskuksessa toteutetaan suunnitelmallista perehdytystä organisaatioin toimintamallin ja yksikön perehdytysohjeiden mukaisesti. Henkilöstön osaaminen varmistetaan riittävällä perehdytyksellä ja sen arvioinnilla sekä käyttämällä työpari- ja tiimityöskentelytoimintamallia. Palveluesihenkilö seuraa vaadittavien lupien ja laitepassien suorittamista ja koulutusta järjestetään tarpeen mukaan osaamisen varmistamiseksi ja ylläpitämiseksi. Palveluesihenkilö seuraa henkilöstön koulutustarpeita ja toteutumista ja siinä hyödynnetään koulutussuunnitelmaa.

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 tietosuojan/-turvaan liittyvät poikkeamat. Myös palveluja käyttävät ja heidän läheisensä sekä yhteistyökumppanit voivat tehdä [vaaratilanteilmoituksen Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

PaTu-ilmoitusmenettelyn lisäksi henkilöstö tuo palveluesihenkilölle tietoon havaitsemansa vaara- ja poikkeamatilanteet joko puhelimitse tai sähköpostitse. Asiakkaat / potilaat ja heidän läheisensä voivat tuoda havaintonsa esille suoraan työntekijöille, palveluesihenkilölle tai Laatuportin ja Siun soten palautejärjestelmän kautta. Saadut ilmoitukset dokumentoidaan Laatuporttiin. Huoli-ilmoitukset tehdään Miunpalvelut-järjestelmän kautta. Mediatrin haittatapahtumakirjauksiin kirjataan Kaatumiset/putoamiset ja painehaavat.

Mikäli henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Tällöin ilmoitusten

käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

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 kehittämässä, jotta samankaltaisen tapahtuman toistuminen voidaan estää.

Riskit ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään Laatuportissa. vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset ilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa- Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa.

Ikäihmisten päiväkuntoutuksessa myös Polkka Oy:n kuljetuspalveluissa tapahtuvat laatupoikkeamat käsitellään Laatuportissa. Kaikkien ilmoitusten kohdalla käsittelijänä on palveluesihenkilö sekä palvelukoordinaattori. Palvelukoordinaattori raportoi kerran kuukaudessa ilmoitukset palvelupäällikkö / ylilääkärille ja palveluesihenkilölle. Henkilöstön kanssa ilmoitukset käsitellään tiimipäivissä ja kiireelliset ilmoitukset joka toinen viikko pidettävissä Teams-palavereissa. Käsittely dokumentoidaan Laatuporttiin. Palautteet käsitellään tapauskohtaisesti tarvittaessa palautteen antajan kanssa.

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 riittävyttä.

Riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan nopeasti ja tehdään korjaavat toimenpiteet. Laatupoikkeamat käsitellään yhteisesti. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan sähköpostitse ja Teams-palavereissa. Vastuu kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta on palveluesihenkilöllä ja henkilöstöllä. Asiakkaan / potilaan ja hänen läheisensä antama palaute käsitellään työyksikössä ja suunnitellaan korjaavat toimenpiteet, jotka otetaan heti käyttöön. Kehittämistoimenpide voi olla esimerkiksi henkilöstön osaamisen lisäämistä kuten koulutusta tai uusi perehdytyskäytäntö, ohjeistuksen täsmentämistä, toimintatavan muuttamista/korjaamista, yksiköiden välisen yhteistyön lisäämistä tai vaikkapa turvavälineiden hankintaa.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Tiedottaminen tapahtuu palveluesihenkilön / palvelukoordinaattorin / muistihoitajien tiimivastaavan toimesta sähköpostitse, Teams-palavereissa tai tiimipäivissä. Palveluesihenkilö vastaa henkilökunnan ja tarvittaessa yhteistyötahojen tiedottamisesta. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti laatuportissa ilmoituksen tehneelle taholle tai tiedoksi tapahtumaan osallisille, puhelimitse, sähköpostitse ja suullisesti henkilökunnan palavereissa ja toiminnan ohessa sekä kirjallisesti esimerkiksi muistioihin ja yksikön ohjeisiin kirjattuna. Kehittämistoimenpiteistä informoidaan palvelujen käyttäjiä henkilökunnan toimesta.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Työntekijä ohjaa ja neuvoo asiakasta/potilasta tai hänen läheistään vaaratilanneilmoituksen tekemisessä. Vaaratapahtuman jälkeen tilanne käydään läpi asiakkaan/potilaan ja/tai hänen läheisensä kanssa ja ohjataan tarvittaessa jatkotoimenpiteisiin.

Potilaita /asiakkaita informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti tarvittaessa tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta (linkki) Laatuporttiin. Potilaalle tarjotaan tarpeen mukaan tukea, keskusteluapua tai ohjataan muun avun tai tuen piiriin. Esihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoitukseen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Potilaalle kerrotaan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallinnan osaaminen (harvoin tarvittava toimintamalli, uudet työntekijät)	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin Osaamisen vahvistaminen, viestintä ja koulutus, toimintamallin ja riskienhallinnan prosessin kertaaminen	<ul style="list-style-type: none"> Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje

		<ul style="list-style-type: none"> • Riskien suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Laiteturvallisuuksilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus) • Yksikön riskien arviointi (tunnistetut riskit ja niiden hallintakeinot Laatuportissa)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus, osaamisen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Laiteturvallisuuksilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)

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 \(1326/2010, luku 6 §47–55\)](#) (linkki).

Lääkäri yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa arvioi potilaan / kuntoutujan palvelun tarpeen asiakkaan terveyden- ja sairaudentila sekä kuntoutuksen tarpeeseen perustuen. Käsitteksen 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 hoitajakson 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.

Palvelun ja hoidon tarve arvioidaan toimintakohtaisesti.

Muistipoliklinikoilla potilas saa ajan muistihoidajan vastaanotolle. Toimintakyvyn mittareina käytetään erilaisia muistiin liittyviä testejä, mm. cerad, mmse sekä monipuolisia toimintakyvyn mittareita. Tärkeässä osassa ovat myös asiakkaille sekä omaisille ja läheisille tehtävät kyselyt asiakkaan arjen sujumisesta ja toimintakyvystä. Tarvittaessa asiakkaan testitulokset lähetetään geriatriin arvioon. Geriatri tekee hoidon tarpeen arvioinnin. Geriatri määrää tarvittaessa pään ct-kuvauksen sekä geriatriin vastaanoton hoitosuunnitelman tekemiseksi. Jatkossa asiakas / potilas siirtyy muistihoidajan seurantaan, jotka toteutetaan geriatriksen keskuksen hoitopolun mukaisesti. Omainen / läheinen usein osallistuu vastaanottokäynteihin.

Ikäneuvolassa palvelutarve arvioidaan ensikontaktin aikana, joka voi tapahtua puhelimitse tai ajanvarauksella läsnäolovastaanottona tai etäyhteydellä. Mittareina käytetään perusterveydenhuollossa käytössä olevia laboratoriomittauksia, jotka kuvaavat perustietoja mm. sydänterveyteen liittyen. Ikäneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat sekä fysioterapeutti. Elintapaohjauksessa ja ryhmätoiminnoissa sovitaan asiakkaan kanssa ohjaukset sekä seurantakontakti asiakkaan kanssa sopien. Kontrolliverikokeet yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Ikäihmisten päiväkuntoutuksessa palvelu tarve arvioidaan terapiapalveluiden fysioterapeutin / toimintaterapeutin toimesta. Arvioinnissa käytetään SPPB arviointia, joka sisältää tasapainotestin, kävelynopeustestin sekä tuoilta ylösnousutestin. Lisäksi tehdään elämänlaatua selvittävä EuroHis 8 testi, joka kuvaa asiakkaan sen hetkistä omaa kokemusta elämänlaadustaan. Päiväkuntoutuksessa asiakas itse asettaa itselleen omat tavoitteensa, joiden toteutuessa kotona asuminen olisi turvallisempaa ja mielekkäämpää. Toteutumista seurataan ryhmän loppupuolella uusittavilla samoilla testeillä sekä 3-4 kuukauden kuluttua ryhmän loppumisen jälkeen tehtävällä seuranta / kuulumispuhelulla.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Sairaalapalveluun pääsemiseksi ei ole määritetty määräaikaa, vaan jaksot sairaalassa perustuvat arvioon siitä, missä potilaan hoito- ja kuntoutus olisi asiakaslähtöisesti tarkoituksenmukaisinta toteuttaa. Tavanomaisesti osastojaksolle tullaan hoitoon akuutin vaivan vuoksi, toisinaan myös suunnitellusti kuntoutusjaksolle.

Vastualueen lakisääteisissä palveluissa, esim. muistipoliklinikalla, seurataan hoitoon pääsyn määräajan toteutumista.

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

Muistipoliklinikan toiminta on perusterveydenhuollossa toteutettavaa erikoissairaanhoitoa. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun toimintayksikköön on tullut tieto vastaanoton tarpeellisuudesta. Lähetettä ei tarvita, vaan muistihoidajalle tullaan yhteydenoton kautta joko asiakkaan, omaisen tai ammattilaisen toimesta.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä tarkoittaa geriatrin vastaanottoa. Enimmäisaika saadaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Hoidon tarpeen arvioinnin seurantaan ollaan kehittämässä mittaria. Seuranta tehdään tällä hetkellä jonosijoitusten avulla kuukausittain. Hoitoon pääsy raportoidaan väestölle Siun soten verkkosivuilla.

Ikäneuvolassa otetaan asiakkaaseen yhteyttä 7 vuorokauden kuluessa yhteydenotosta ja tapaaminen pyritään järjestämään kahden viikon sisällä. Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa seurataan jonosijoituksia. Hoitoon pääsyä seurataan viikoittain, kun tarkastellaan jonoja ja sovitaan asiakkaille tapaamisaikoja. Hoitoon pääsyä ei raportoida väestölle.

Ikäihmisten päivä kuntoutuksessa ei ole palveluun pääsyn määräaika, koska kyseessä ei ole lakisääteinen toiminta. Palveluun pääsyä seurataan kuntoutustarpeen kautta tulleita asiakkaita päivä kuntoutuksen jonosta, josta he vuorollaan pääsevät palveluun piiriin. Palveluun pääsyä seurataan säännöllisesti ryhmäjaksojen (10 viikkoa / syys- tai kevätkausi) loppupuolella, kun suunnitellaan seuraavia ryhmiä. Hoitoon pääsyä ei raportoida väestölle.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Hoitosuunnitelmat kirjataan erikoisalojen lehdille potilaskontaktin yhteydessä yhteistyössä potilaan / asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelmaa päivitetään jokaisen kontaktin yhteydessä. Hoitosuunnitelmaa ja hoidon tavoitteita sekä niihin pääsyä seurataan ja toteutetaan aktiivisesti. Perehtymällä hoitosuunnitelmaan ennen potilaan vastaanottoa ja potilaan hoitokäynnin yhteydessä varmistetaan, että henkilökunta toimii hoitosuunnitelman mukaisesti.

Päiväkuntoutuksessa kirjataan asiakkaan testitulokset ja tavoitteet, jotka toistetaan kuntoutusjakson päättyessä. Kuntoutusjakson aikana kirjataan kaikki kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen/ryhmätoimintoihin liittyvät huomiot.

Perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä varmistetaan, että henkilökunta toimii kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti.

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.

Asiakkuus syntyy vapaaehtoisuuteen perustuen. Asiakas / potilas on itse mukana suunnittelemassa hänelle tulevia palveluja / tutkimuksia. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa myös asiakkaan ja potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

Työntekijät noudattavat tietosuojan ja suosituksiin liittyviä määräyksiä käsitellessään asiakkaiden / potilaiden asioita ja asiakirjoja. Työntekijät osallistuvat koulutuksiin ja tiimivastaava / palvelukoordinaattori pitävät työntekijät ajan tasalla uusista määräyksistä.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan Laatuportin Vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitusten avulla (Ilmoitus eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyen) sekä henkilöstön ja asiakaspalautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa. Henkilöstön osaaminen varmistetaan ja henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin koulutuksiin.

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.

Palvelut perustuvat vapaaehtoisuuteen. Mikäli potilaan/asiakkaan käytös on uhkaavaa omaa tai muiden hyvinvointia- ja terveyttä koskien, voidaan potilaan/asiakkaan liikkumisvapautta joutua rajoittamaan. Muistipoliklinikoilla tunnistetaan riski mahdollisista ongelmatilanteista. Rajoittamisvälineitä ei ole käytössä.

Asiakkaiden/ potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan vain henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä asiakkaan/ potilaan käytökseen (esim. kipu). Rajoittaminen mitoitetaan oikein ja valitaan aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai –keino.

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 terveystoimien toteutettaessa.

Kaikkia asiakkaita / potilaita kohdellaan tasavertaisesti, ammatillisesti ja asiallisesti. Epäasialliseen kohteluun puututaan heti ja asia selvitetään asianosaisten kanssa. Muistihoidajat käyttävät tulkkipalveluja muiden kuin suomenkielisten potilaiden kohdalla. Viittomakielen tulkin palvelut ovat käytössä. Ohjeistetaan asiakkaita / potilaita, että aisteihin liittyvät apuvälineet tulee olla mukana.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus tehdä reklamaatio palvelun tai hoidon laatuun tai samaansa 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. Jos asian käsittelystä vastaava viranhaltija on asiassa jäävi, asian käsittely siirtyy ylemmälle viranhaltijalle.

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. Asiakas- ja potilastietoja sisältävissä viesteissä käytetään suojattua sähköpostia.

Asiakas voi ottaa yhteyttä muistutusasiassa myös yksikköön suullisesti. Jos yhteydenotto on suullinen, asia voidaan selvittää asiakkaan, kuntoutujan tai hänen omaisensa kanssa suullisesti. Mikäli suullisen neuvottelun lopputulos johtaa muutokseen tutkimuksissa, hoidoissa tai palveluissa, merkitsee 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 Miunpalveluiden kautta, selvityksen antaminen -lomakkeella.

Yksittäisiä palautteita käsitellään yksikössä joko kahden kesken asianomaisten kanssa tai viikkopalavereissa riippuen palautteen laadusta ja laajuudesta.

Potilasta/asiakasta ohjataan ottamaan tarvittaessa yhteyttä sosiaali- ja potilasasiavastaavaan, joiden yhteystiedot löytyvät Siun soten nettisivuilta (www.siunsote.fi). Yhteystiedot ja lomakkeet tulostetaan tarvittaessa kuntoutujalle.

Toimintaohjeita kerrataan yksikössä vuosittain henkilöstön kanssa.

Toimintaa koskevien reklamaatioiden, viranomaispäätösten ja muihin viranomaisohjaukseen liittyviin toimenpiteisiin suhtaudutaan suurella vakavuudella. Asiat käydään läpi tiimipalavereissa ja tarvittaessa muutetaan yksikön toimintatapoja ja ohjeistuksia.

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 tyytymätön 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:

Kati Saurula (kati.saurula@siunsopte.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.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat nähtävillä yksikön ilmoitustaululla sekä Siun soten www-sivuilla. Tarvittaessa myös informoidaan kuntoutujia ja omaisia.

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 menettelytavooin kerättävä palaute antaa vertailukelpoista tietoa toiminnasta. Palautteen avulla on mahdollista seurata palveluja käyttävän kokemusta palvelujen laadusta.

Palautetta kerätään säännöllisesti. Muistipoliklinikoiden ja Ikäneuvolan vastaanottojen jälkeen asiakkaille/potilaille lähtee tekstiviestikysely palvelun onnistumisesta. Ikäihmisten päivä kuntoutuksessa palaute kerätään paperiversiona jokaisen ryhmäjakson jälkeen. Palautteista tehdään yhteenveto, joka käsitellään työyksikössä. Näiden perusteella tehtävät muutokset suunnitellaan tiimin kesken.

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.

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
Henkilöstöresurssinvajeesta johtuva hoitoon pääsyn viivästyminen	Jatkuva rekrytointi	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
Asiakkaan/potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen		<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 • Siun soten osallisuusohjelma

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.

Geriatrisessa keskuksessa työskentelee 3-6 geriatria, joista osa työskentelee osa-aikaisesti. Lisäksi Geriatrisessa keskuksessa työskentelee erikoistuvia lääkäreitä, jotka osallistuvat muistipoliklinikoiden toimintaan. Geriatreilla on vastaanottoaikoja sekä toimistoaikoja, joissa he käsittelevät mm. muistihoidajien potilaille tekemiä testejä. Muistihoidajina työskentelee 16 muistihoidajaa. Heistä kaksi työskentelee osittain Ikäneuvolassa ja päivä kuntoutuksessa. Yksi muistihoidaja työskentelee 50% työajalla ajanvarauksessa. Osa-aikaisena heistä työskentelee kolme työntekijää. Yksi muistihoidajista toimii tiimivastaavana ja hänellä on erikseen sovittuja vastuuta muistipoliklinikoiden toimintoihin ja kehittämiseen liittyen. Muistipoliklinikoiden jonon purkuun on tällä hetkellä palkattuna vuoden 2024 loppuun kolme muistihoidajaa. Muistipoliklinikalla seurataan henkilöstön riittävyyttä mm. potilasjonojen avulla.

Ikäneuvolassa työskentelee 4 työntekijää, joista kaksi 100 % työajalla. Ikäneuvolaan rekrytoidaan vuoden 2024 aikana kolme uutta terveydenhoitajaa. Yksi Ikäneuvolan työntekijä tekee 50% osuudella palvelukoordinaattorin tehtävää tehden sovittuja vastuutehtäviä, kehittämistehtäviä ja sijaistaen esihenkilöä.

Ikäihmisten päivä kuntoutuksessa työskentelee 14 ohjaajaa. Heistä osa-aikaisena työskentelee kolme työntekijää.

Sijaisia ei lyhyimpiin sijaisuuksiin käytetä vaan tehtäviä järjestellään yksikön sisällä tai palveluja perutaan.

Kaikissa palveluissa noudatetaan arkisin tehtävää liukuvaa yleistyöaikaa.

Päivä kuntoutuksessa vuosilomia pidetään ryhmien taukojen aikana. Ikäneuvolassa palvelut toimivat lomien aikana supistetusti. Muistipoliklinikoilla sijaistetaan toisia tiimin jäseniä ja kesällä palvelut ovat kahden viikon ajan sulussa, jolloin työntekijät keskittävät vuosilomiaan.

7.2 Rekrytointi

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

Yksiköihin palkataan henkilöstöä, jotka täyttävät tehtävän vaativuuden arvioinnin kriteerit. Rekrytointia tehdään yhteistyössä Siun soten rekrytoinnin kanssa. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot) Hakumenettelyn jälkeen osa hakijoista haastatellaan, jonka yhteydessä opinto- ja työtodistukset tarkastetaan. Hakijoilta tarkastetaan myös ammattioikeus Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). Työsopimuksissa noudatetaan sovittua koeaikaa. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan.

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.

Perehdytyksessä noudatamme Siun soten ohjeistusta. Intrassa oleva yleinen SiunPerehdytys kirjataan suoritetuksi sähköiseen järjestelmään henkilökohtaisen perehdytyksen sekä arviointikeskustelun jälkeen. Henkilökohtainen perehdytysuunnitelma sekä arviointilomake lähetetään Siun soten Osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi.

Lisäksi jokaisessa yksikössämme on oma perehdytysopas, joka pureutuu yksityiskohtaisemmin juuri kyseisen yksikön käytänteihin. Perehdytyksen aikana uusi työntekijä / opiskelija toimii kokeneen työntekijän työparina. Perehdytystä seurataan vaiheittain muistilistan mukaisesti. Perehdytysjakson päätyttyä pidetään palaveri, jossa käydään suoritettu perehdytys yhdessä läpi perehdyttäjän, perehdytettävän ja esihenkilön välillä. Henkilökohtainen perehdytysuunnitelma sekä arviointilomake lähetetään Siun soten Osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Lääkärit:

Muistihoitajat: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai geronomi (AMK), lisäksi 30 opintopistettä muistiopintoja

Ikäneuvola: terveydenhoitaja, sairaanhoitaja

Ikäihmisten päivä kuntoutus: Sosionomi (AMK), Geronomi (AMK) tai Kuntoutuksen Ohjaaja (AMK)

Työntekijät suorittavat työnantajan vaatimat lisäkoulutukset. Näitä seurataan Onni-HR:n kautta. Lisäksi työntekijät käyttävät hyväkseen Onni-koulutuskalenteria, josta on valittavissa itselle tarvittavia koulutuksia. Kehityskeskustelut käydään vuosittain. Niissä käydään läpi koulutus- ja kehittämistarpeita. Vastuualueelle laaditaan osaamisen kehittämisen suunnitelma, johon pohjautuen laaditaan yksikkökohtainen koulutussuunnitelma.

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 työtapoihin ja niiden kehittämiseen.

Johtamisosaaminen varmistetaan jo esihenkilöiden rekrytointivaiheessa, ja yksiköihin palkataan vain ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, joiden soveltuvuus tehtäviin mitataan työhaastatteluissa. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtävänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Johtamisosaamisen jatkuva ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää johtajan omaa sitoutuneisuutta ammatilliseen kehittämiseensä. Organisaatio järjestää johtamiskoulutusta säännöllisesti ja lisäksi on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöiltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään säännöllisesti kehityskeskustelut kuten kaikille hyvinvointialueen työntekijöille. Johtamistyö edellyttää vahvaa ajankäytön hallintaa sekä kykyä organisoida työajankäyttöä. Esihenkilöitä tuetaan onnistumaan johtamisessa ja työajan hallinnassaan mm. oman lähiesihenkilön tuella sekä tarvittaessa yksilöllisin tuen menetelmin.

Geriatrisessa keskuksessa lähiesihenkilön tehtävään vaaditaan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinto. Lähiesihenkilön osaamista varmistetaan ja kehitetään organisaation tarjoamilla valmennuksilla ja koulutuksilla. Johtamisosaamista ja osaamistarpeita seurataan vuosittain käytävissä kehityskeskusteluissa sekä vuoden aikana käydyissä keskusteluissa.

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.

Työhyvinvointia seurataan vuosittaisella MSK-kyselyllä, kehityskeskusteluilla sekä muilla henkilökohtaisilla yhteydenotoilla. Vuosittaiset Tyhy-mahdollisuudet ovat käytössä. Valikoimassa ovat HAVAHU-toimintamalli, SISU-työ sekä tehtävien uudelleenjärjestelyn ohjeistus. Tarvittaessa on mahdollisuus yksilölliseen tai ryhmämuotoiseen työnohjaukseen. Työterveyshuollon tarjoama työpsykologin vastaanotto on käytössä. Työturvallisuudesta huolehtiminen osana työhyvinvointia - työn riskien arvioinnit tehdään vuosittain ja toimintaa kehitetään turvallisuushavaintojen (työtapaturmailmoitukset, vaaratilanneilmoitukset) avulla.

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.

Työntekijät suorittavat pakollisen asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus: Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa (Potilasturvaportti). Siun soten Henkilöturvaohje ohjaa henkilöstön toimintaa haastavissa potilastilanteissa.

Potilasvastaanotoilla voi tulla eteen tilanne, jossa potilas tai omainen käyttäytyy haastavasti. Osissa työyksiköissä on hälytysjärjestelmät, jota kautta kollegat voivat tulla tilanteeseen mukaan. Kotikäynneillä varaudutaan yllättäviin tilanteisiin ennakoimalla poistumistiet ja mahdollisuuksien mukaan sijoittamalla turvallisesti testien tekemisen ajaksi. Potilaspapereihin tutustutaan etukäteen, niistä huomioidaan mahdolliset jo etukäteen tunnistettavat riskitekijät. Mikäli riskitekijöitä ilmaantuu, ei kotikäyntejä tehdä yksin tai kotikäynnille ei mennä, jos tilanne näyttää arveluttavalta.

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.

Onnistumiset ja palautteet käsitellään yhteisissä palavereissa ja palautetta annetaan myös henkilökohtaisesti. Hyviä toimintamalleja otetaan käyttöön. Laatuportti -järjestelmän Erinomainen toiminta -ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla voidaan antaa positiivista palautetta ja hyödyntää hyviä käytäntöjä koko organisaation tasolla. Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi viikkopalavereissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään yksikössä.

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

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

Henkilöstöressurssin riittävyys	Rekrytointi	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994
Osaamisen riittävyys	Yksikön vetovoiman ja pitovoiman lisääminen – henkilöstön sitouttaminen Hyvä perehdytys, kollegiaalinen tuki Työhyvinvoinnista huolehtiminen, avoin vuorovaikutus ja luottamus, hyvä esihenkilötyö	<ul style="list-style-type: none"> • Siun soten perehdytysohjelma • Osaamisen kehittämisen suunnitelma –yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com)

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

Asiakkaan/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. Asiakas – ja potilasasiat kirjataan potilastietojärjestelmään yleisten ohjeiden mukaisesti. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan opastuksella ja valvonnassa. Ohjaaja vahvistaa kirjauksen allekirjoituksellaan. Kirjaukset tehdään ajantasaisesti, päiväkontoutusryhmien kohdalla alku- ja loppukirjaukset neljän vuorokauden kuluessa aloituksesta / lopetuksesta.

Asiakas- ja potilastietoja käsitellään luottamuksellisesti ja salassapitosäännöksiä ja tietojen luovuttamissääntöjä noudattaen. Kirjaamisen käytänteitä ja malleja käydään tiimeissä läpi säännöllisesti ja kirjaukset tehdään palveluittain sovittujen rakenteiden mukaisesti. Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin on perehdytyksessä varattu aikaa. Perehdytyksen tekevät palvelukoordinaattori / tiimivastaava, opiskelijan ohjaaja. Tukena ovat myös muut kollegat. Kirjaamisesta ja tilastoinneista on olemassa selkeät työohjeet.

Asiakkaalla/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.

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. Tietoturvalla tarkoitetaan hallinnollisia ja teknisiä toimia, joilla turvataan tietojen luottamuksellisuus, eheys ja käytettävyys.

Tietosuoja- ja tietoturvakoulutus suoritetaan 5 vuoden välein (verkkokoulutuksena Oppiportissa).

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.

Siun sotessa on laadittu tietosuojaesitelmät, jotka on julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi (linkki)

Työntekijä/opiskelija vastaanottaa ja perehtyy Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan

Yksiköissä noudatetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä lainsäädäntöjä, viranomaismääräyksiä ja työnantajan ohjeistuksia. Uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytykseen sisältyy myös tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät osiot. Potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät informoivat työntekijöitä mahdollista muutoksista ja uusista säädöksistä.

Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitsemastaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle

Tietosuojan vaarantuessa tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja ollaan yhteydessä tietosuoja työntekijöihin.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjäksi: Kyllä

Yksikössä on kaksi asiakas/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjää.

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot: tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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
Useiden ohjelmien ja tiedostojen yhtäaikainen käyttö, potilastietojärjestelmän ominaisuudet ja hoitosuhteen perusteella tunnistettujen toistuvien potilaskontaktienkirjaaminen – lisää riskiä virheelliseen potilastietojenkäsittelyyn ja kirjaamiseen.	Potilaan tunnistaminen koko nimen ja henkilötunnuksen perusteella. Tekniset työskentelytavat huolellisesti.	<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim Terveydenhuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi Mediatrionohjeet

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.

Tilat sijoittuvat koko Siun soten alueelle. Osa tiloista sijaitsee terveysasemilla, osa muissa tiloissa. Pääosin tilat ovat asianmukaiset, mutta käytössä on myös soveltumattomia tiloja. Osa tilaongelmista ratkeaa uusien sote-keskusten valmistuttua.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Kiinteistöihin on laadittu pelastussuunnitelma, joka huomioidaan toiminnassa.

Henkilöstö tutustuu sen kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti

Osissa tiloja on hälytysjärjestelmä työntekijöille uhkaavan tilanteen varalle.

Kameravalvontaa toteutetaan Siun soten turvallisuusyksikön ohjeiden mukaisesti. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut	Perehdytys, säännölliset tarkistukset/turvallisuus kierrot	<ul style="list-style-type: none"> Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Tietosuojalaki (1050/28) Terveysthuoltolaki (1326/2010) Pelastuslaki (379/2011) Säteilylaki 859/2018 STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 EUn yleinen tietosuojasetus (679/2016) Pelastus suunnitelmat ja poistumisturvallisuus opas Yksikön paloturvallisuusohje Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveysthuollon kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri

		<ul style="list-style-type: none"> • Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • 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.

Muistipoliklinikoilla ja Ikäneuvolassa on käytössä sähköinen ajanvaraus muiden ajanvaraustyyppien rinnalla. Ikäneuvolan vastaanotoilla ja ryhmätoiminnoissa on mahdollisuus etäpalveluihin. Asiakas tunnistetaan nimellä ja henkilötunnuksella. Etävastaanoton mahdollisuudesta keskustellaan asiakkaan kanssa ja hän tekee päätöksen sen käyttämisestä. Vaihtoehtona on aina lähitapaaminen. Tarvittaessa työntekijä ohjaa etäyhteyden ottamisessa ja teknisissä asioissa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaat/asiakkaat ovat iäkkäitä, joiden digitaidot voivat olla vielä puutteellisia.	Ohjaus ja opastus henkilökunnan toimesta esimerkiksi etävastaanottoon tai etäryhmätoimintaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) · • EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) • Tietosuoja-laki (1050/2018) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) • Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa

		<ul style="list-style-type: none"> • Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	--

9.3 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveysthuollon 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.

Työntekijöillä on käytössään pienlaitteita kuten esimerkiksi verenpainemittari, korvalamppu, stetoskooppi, refleksivasara, verensokerimittari ja vaaka. Työntekijät huolehtivat itse laitteiden toimivuudesta ja tarvittaessa laitteet uusitaan.

Yksikössä otetaan käyttöön Laatuportin laiterekisteri. Sen ylläpidosta vastaa esihenkilö.

Oko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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](#)" (linkki). 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 on tehty Ikäneuvolaan sekä Muistipoliklinikoille. Muistipoliklinikoilla ohjataan lääkehoidon toteuttamista ja seurataan geriatrien määräämien lääkkeiden sopivuutta potilaille. Pehdytyksessä on oma osionsa lääkehoidon suunnitelmaan. Työntekijät suorittavat työnantajan määrittämät

lääkehoidon koulutukset ja uusivat ne määräajoin. Koulutuksia seurataan Onni Hr:ssä. Esihenkilö säilyttää työntekijöiden lääkeluvista kopiot lukollisessa kaapissa.

Geriatrisessa keskuksessa lääkehoitosuunnitelman laativat esihenkilö ja muistihoitajat sekä ikäneuvolan työntekijät yhteistyössä lääkehoidosta vastaavan lääkärin kanssa.

Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain tai tarvittaessa ja toiminnan muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja tai palvelupäällikkö ja sen hyväksyy geriatrisen keskuksen lääkehoidosta vastaava lääkäri. Lääkehoitosuunnitelma käydään läpi tiimipalavereissa vähintään vuosittain päivityksen yhteydessä. Muutoksista ja tarkennuksista tiedotetaan henkilökuntaa tiimipalavereissa, sähköpostilla tai Teamsilla. Geriatrisen keskuksen esihenkilö vastaa siitä, että henkilöstö on perehtynyt lääkehoitosuunnitelmaan.

Opiskelijat ja perehdytyksessä olevat työntekijät toteuttavat lääkehoitoa ohjaavan ammattilaisen valvonnassa.

Vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja ilmoitukset käsitellään yksikön ylilääkärin ja työntekijöiden kanssa. Laaditaan kehittämistoimenpide poikkeamatilanteen estämiseksi jatkossa. Tällaisia voivat esimerkiksi olla seurantasaiton viivästyminen lääkehoidon aloittamisen jälkeen.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Ylilääkäri Heikki Hyvärinen / palvelupäällikkö Mervi Karttunen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: palveluesihenkilö Tarja Parviainen

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

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

<p>Potilaan käytössä oleva lääkitys/lääkityslistan ajantasaisuus.</p> <p>Lääkemuutokset jääneet huomioimatta.</p>	<p>Lääkehoidon perehdytys ja osaamisen varmistaminen. Selkeät toimita tavat ja ohjeet.</p> <p>Potilaan lääkehoidus tarvittaessa myös läheiselle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas. Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon. • Työohje: Yksikön lääkehoitosuunnitelma.
---	--	---

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 tartuntatauti- ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella toimii infektioiden torjuntayksikkö, joka ohjeistaan 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. Infektio- ja työohjeet ovat jokaisen löydettävissä intrasta, johon henkilöstöllä on käyttöoikeus. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, miten infektiotilanteissa toimitaan. Jokainen henkilökunnan jäsen on omalta osaltaan vastuussa, että infektioiden torjunta toteutuu osastolla ohjeiden mukaisesti ja tarvittaessa ohjaavat potilaat sekä heidän omaisensa, kuinka toimia. Tartuntatautilain § 48 mukaan henkilöllä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveysthuollon toimintayksiköissä asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatauti- 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.

Hyvä käsihygienia on paras yksittäinen keino torjua mikrobirtuntoja ja ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita. Hyvinvointialueella seurataan käsihuutteen ja suojakäsineiden kulutusta sekä havainnoidaan käsihygienian toteutumista käsihygieniasta edellyttävissä tilanteissa.

Yksikön henkilökunnan tartuntaosaaminen ja epidemioiden tunnistamista varten henkilökuntaa koulutetaan infektiorjuntayksikön sisäisten koulutusten sekä verkkokoulutuksen kautta. Verkkokoulutukseen kuuluu mm. Infektioiden torjunta, tavanomaiset varatoimet 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.

Siivouksesta huolehtii Polkka Oy. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n siivoustyön asiantuntijan kanssa yhteistyössä. Paperin ja pahvin keräyksessä, jätteen lajittelussa sekä tietosuojajätteen hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeita.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 • Tartuntatautilaki 1227/2016 - • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) • Infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com)

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 hoitoketjukuvaukset.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien ulkopuolelle jäävät asiakkaiden ja potilaiden hoitoa tai palvelua koskevat ohjeistavat asiakirjat, joilla mm. varmistetaan laatua ja turvallisuutta. Tällaisia asiakirjoja ovat esimerkiksi työohjeet, asiakas- ja potilasohjeet sekä erilaiset suunnitelmat. Näiden tietoaineistojen luokittelu- ja käsittely tapahtuu Siun soten toimintaohjeen mukaisesti. 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.

Organisaation ohjeisiin pohjautuvat tarkentavat yksikkötasoiset ohjeet ovat yksikön työntekijöiden ja opiskelijoiden käytettävissä yksikön Teams tiedostoissa. Ohjeita tulostetaan vain tarpeen mukaan kanslioihin, mutta turvallisuutta koskevat toimintaohjeet on lisäksi tulostettu yksikön turvallisuuskansioon. 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. Siun sotessa on käytössä yhtenäiset asiakirjapohjat. Valmiiden pohjien avulla asiakirjat ja tiedostot ovat tunnistettavissa Siun soten tuottamiksi. Asiakirjapohjasta riippuen ne myös ohjaavat yhteneväiseen sisällöntuottamiseen. 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 muokkausvalinnoillaan myös heikentää saavutettavuutta. 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 voi käyttäjä muokata. Esimerkiksi kun kyse on potilas- tai asiakasohjeesta ikäihmisille, jota käytetään pääsääntöisesti tulosteena, voidaan kirjasinkokoa suurentaa. Henkilöstöä kannustetaan ohjeiden sähköiseen käyttöön. Intran ja tiedostopankin käyttöön perehdytetään työsuhteen alkuvaiheessa.

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		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Intranetin tiedostopankki
Tulostetut työohjeet	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

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.

<p>Geriatrinen keskus kehittää valmiuksiaan asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi toimimalla yhteistyössä muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollon kanssa yhteistyötä on asiakasrajapinnassa, palo- ja pelastusviranomaisten kanssa käydään kiinteistöön liittyvät pelastussuunnitelmat ja paloturvallisuusasiat yhdessä läpi. 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.</p>
--

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	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 612/2021
Yhteistyötahoista tietämättömyys	Perehdyttäminen	Yksikön perehdytysohjelma, yksikön omavalvontasuunnitelma

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 vesi- ja sähkökatkojen varalle suunnitelmat. Yksikköön on laadittu pelastus-, valmius- ja poistumisturvallisuussuunnitelmat. Nämä ovat tulostettuna yhtenä versiona yksikön turvallisuuskansiossa. Turvallisuuteen liittyvät suunnitelmat päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Pandemiasuunnitelmat ovat myös siun soten yleisiä. Niistä tehdään yksikkökohtaiset versiot, mikäli tilanne vaatii puuttumista. Suuronnettomuussuunnitelmat ym. organisaatiotason turvallisuus- ja valmiussuunnitelmat koskevat kaikki yksikköä tilanteen niin vaatiessa. Henkilökunta löytää ne tarvittaessa intrasta tai heille toimitetaan ne viranomaisten toimesta tilanteen niin vaatiessa.

Geriatrisen keskuksen 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.

Mikäli havaitaan epäkohtia häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumisessa ja valmiuteen liittyvissä asioissa, niihin puututaan pikimmiten ja korjataan poikkeama.

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
Harvinaiset, mutta toimintaa uhkaavat mahdolliset häiriötilanteet (mm. sähkökatko,tulipalo)	Häiriötilanteisiin varautuminen, toimintaohjeista tiedottaminen, perehdytys, harjoitukset Ohjeiden päivitys ja kertaamien säännöllisesti. Turvallisuusvastaavien koulutukset ja osaamisen jakaminen yksikössä.	<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § Valmiuslaki (1552/2011) 12 § Pelastuslaki (379/2011) 15 § Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko

		<ul style="list-style-type: none"> • Sähkökatkoihin varautuminen ja suuronnettomuussuunnitelma
--	--	---

9.7.3 Terveysthuojelu

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

Turvallisen toimintaympäristön luomiseen osallistuu useita sidosryhmiä ja yhteistyökumppaneita. Keskeinen yhteistyökumppani turvallisen ja terveellisen työympäristön selvittämisessä ja kehittämisessä on työterveyshuolto. Lakisääteiset työpaikkaselvitykset tehdään Siun sotessa säännöllisesti. Työterveyshuolto vastaa työympäristöstä aiheutuvien haitta- ja vaaratekijöiden terveysthuojellisen merkityksen arvioinnista.

Työterveyshuolto antaa työnantajalle toimenpidesuosituksia ja ohjeita työn terveysthuojisuuden 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 osallistaa koko yksikön henkilöstö. Sisäilma on osa terveysthuojellista ja turvallista toimintaympäristöä. Sisäilmaan liittyvien haasteiden osalta yksikön esihenkilö vastaa Siun sotessa laaditun sisäilmaprosessin käynnistämisestä sen etenemisestä ja siitä tiedottamisesta yhdessä teknisten palvelujen kanssa. Siun sotessa toimii sisäilmatyöryhmä, jossa moniammatillisesti käydään yhdessä läpi sisäilma-kohteiden tilanne ja suunnitelmat.

Mikäli havaitaan terveysthuojeluun liittyviä epäkohtia, ollaan yhteydessä esihenkilöön ja työsuojeluun.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Terveysthuojelu	Jokaisen velvollisuus pitää työympäristö turvallisena. Mikäli havaitaan poikkeama, siitä ollaan yhteydessä esihenkilöön.	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuojelulaki (763/1994) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje • Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveyshuollon 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.

Asiakas/potilas tunnistetaan vastaanotolla tai puhelun yhteydessä henkilötunnuksen avulla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Henkilökunta suorittaa vuosittain hätätilan tunnistaminen ja elvytyskoulutus taso 4. Tarvittaessa hälytetään apua hätäkeskuksesta 112.

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
Hätäasiakkaan tunnistaminen	Säännölliset koulutukset ja käytännön harjoitukset	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Hätätilapotilaan seurantakaavake • Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustaso 4.

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Asiakas/potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveysthuollon 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.

Geriatrisen keskuksen keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat ikäihmisten palvelut, laboratoriot, röntgen, ravitsemusterapeutit, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ja kolmannen sektorin toimijat sekä oppilaitos- ja kuntaorganisaatiot. Kukin potilaan/asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti ja ajantasaisesti. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmässä hoito-ohjeilla ja määräyksillä, eri asiantuntijoiden kirjauksilla, konsultaatioilla, työviesteillä ja sanomajakelulla sekä tämän lisäksi suullisella raportoinnilla. Suullisessa raportoinnissa käytetään hyödyksi ISBAR- menetelmää suullisen tiedonkulun varmistamiseksi. Potilaan/asiakkaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on hoidon/palvelun kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan/asiakkaan hoitovastuu siirtyy geriatrisesta kesuksesta muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan/asiakkaan hoitoon/palveluun liittyen. Työntekijöiden monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä. Monialaisen yhteistyön osaaminen kehittyy myös työkokemuksen myötä.

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
<p>Potilastietojärjestelmän tiedonsiirto puutteellisuus perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kantojen välillä.</p> <p>Viive perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.</p>	<p>Toimintatavat (oleellinen asiakastieto välitetään siirtovaiheessa paperiversiona),</p> <p>Perehdytys</p> <p>Koulutus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) • Laki hyvinvointialueesta (611/2021) • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) · Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen · käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) • Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus käyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022)

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma.
--	--	---

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>Kivun hoidosta konsultoidaan tarpeen mukaan lääkäriä. Kivun hoitoa ja hoidon vaikutuksia seurataan ja ne kirjataan potilastietojärjestelmään. Muistipoliklinikoiden ja Ikäneuvolan henkilöstö suorittavat Kivun lääkehoito -verkkokurssin sekä lisäkoulutusmahdollisuutena Kivun hoito -verkkokurssin.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.</p> <p>Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisevää työtä koordinoi alueellinen kaatumisten ehkäisyverkosto (AKE). Työyksiköihin on nimetty AKE-vastuuhenkilöt. AKE-verkosto järjestää</p>

vuosittain kaksi asiantuntijaluentoja sisältävää verkostoiltpäivää AKE-vastuuhenkilöille. Verkostoiltpäivissä käsitellään mm. kaatumisvaaran arviointimittarin (FRAT) käyttöä, kaatumisiin ja putoamisiin liittyvien vaaratilanne- ja haittatapahtuma -ilmoitusten tekoa sekä muita kaatumisten ennaltaehkäisyyn painottuvia koulutusaiheita. Työyksiköille suunnatuilla kyselyillä pyritään kartoittamaan yksiköissä tehdyt toimenpiteet kaatumisten ja putoamisten vähentämiseksi.

Verkostossa jaetaan toimiviksi todettuja toimintamalleja koko hyvinvointialueelle. Kaatumisten ehkäisy verkosto on julkaissut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille mm. Kaatumisten ehkäisy - 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.

Siun sotessa kaatumisten ja putoamisten esiintyvyyttä seurataan Mediatriin 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. Kirjausalusta on otettu käyttöön vuonna 2022. Lisäksi työyksiköt tekevät kaatumisista ja putoamisista vaaratilanneilmoituksen Laatuportti -järjestelmään 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 hoitokasoista 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 kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumisriski ryhmätilanteissa paikasta toiseen siirtyessä.	Apuvälinen oikea käyttäminen, rauhallinen siirtyminen ja tarvittavan tilan ottaminen siirtymiseen.	Tilojen käytön opastus osallistujille ja ohjaaminen siirtymätilanteissa.

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 tehtävänkuvansa mukaisesti.

Turvalliseen hoitoon kuuluvat ravinnontarpeen arviointi ja soveltuvan ruokavalion varmistaminen jokaisessa hoito- ja asiakaskontaktissa. Ravitsemushoidolla pyritään edistämään terveyttä ja ravitsemushoito on myös usein sairauksien ja niiden ennaltaehkäisyn 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 tehtävänkuvansa mukaisesti.

Laatukriteerit toimivat uusien hoito- ja hoivatyöntekijöiden perehdytyksen tukena. Ravitsemushoidon tarve on yksilöllinen. Vajaaravitut tai vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat/asiakkaat tulee tunnistaa. Ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon henkilön 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 Mediatriin ja kirjausten avulla mittareiden käyttöä hyvinvointialueella on mahdollista seurata. Ravitsemustilan arvioinnin toteutumisesta vastaavat yksiköiden työntekijät. Potilaiden/asiakkaiden painoa seurataan hoitokontaktin aikana.

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	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma • Ravitsemushoidon opas • Ravitsemushoitosuunnitelma

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

<p>Potilaan/asiakkaan painehaavariski todetaan haastattelun avulla. Kyse on avopalveluista, jossa ei potilasta/asiakasta tutkita fyysisesti ihon kunnon osalta.</p> <p>Tarvittaessa potilas/asiakas ohjataan terveysaseman hoidon piiriin.</p>
--

<p>Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ohjaus ja neuvonta leikkaavaan yksikköön ja heidän ohjeistukseensa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmaantua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta, mikäli laukaiseva tekijä (esimerkiksi infektio) on tarpeeksi hankala. Yleisintä akuutti sekavuustila on iäkkäillä, sairaalahoitoon joutuvilla potilailta, joilla on muisti- tai muita rappeuttavia aivosairauksia. Muistipoliklinikoilla tätä häiriötä voi tulla esille seurantakäynneillä esimerkiksi omaisen kertomana ja omien havaintojen pohjalta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisy tulisi aloittaa heti hoitokontaktin alussa ja ennaltaehkäiseviä toimia tulisi käyttää koko hoitokontaktin ajan. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi akuutin sekavuustilan riski tulisi tunnistaa. Siun Sotella on tullut uutena käyttöön hoitoketju akuutin sekavuustilan hoitamiseksi (linkki). Monisairaat, muistisairaat, ikääntyneet kuuluvat akuutin sekavuustilan suurimpaan riskiryhmään. Sekavuustilan seulontaan ei ole käytössä mittareita, hoitajat tarkkailevat ja kirjaavat jokaisessa hoitokontaktissa huomionsa Mediatriin ja vievät tietoa lääkärille. Jos potilaan käyttäytymisessä huomataan muutosta, niin asiaan kiinnitetään huomiota sekä lähdetään selvittämään käyttäytymisen muutoksen syytä. Hoitajat koulutautuvat jatkuvasti tunnistamaan sekä kohtaamaan akuutista sekavuustilasta kärsivää potilasta mm. Aveckikoulutuksen avulla.

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

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 puheeksiottoon 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.

Potilaille/asiakkaille ohjataan nikotiinikorvausvalmisteiden aloittaminen heti tupakoinnin tavan varmistuttua. Korvaushoito on olennaista, ettei vieroitusoireet vaikeuta muuta paranemista. Mediatriin saa kirjattua HOI-PTH:lle tupakoinnista otsikolla "tupakointistatus". Mediatriissa on tupakoinnin mittaamista varten HSI-testi. Tämä tehdään, mikäli tupakointitilasta löytyy. Muiden nikotiinituotteiden käyttö kirjataan HOI-PTH:lle nikotiinituote otsikolla. Mittareista käytössä on Nuuskatesti. Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksi ottoon. Siinä myös nikotiinituotteet huomioituna. Muistilistaan on käytössä olevat mittarit taulukoitu. HSI-testissä nikotiinituotteissa kohonnut riski tulee jo 0-2 pisteellä ja korkea riski tulee 3-6 pisteellä. Nuuskatestissä 0-5 pisteellä riski on kohonnut ja 6 pisteellä riski on jo korkea. Mikäli puheeksiotot ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle. Mikäli nikotiiniriippuvuuden ja hoitoon ohjaukseen liittyvässä toiminnassa havaitaan epäkohtia, 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.

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksiottaminen 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.

Geriatrisessa keskuksessa henkilöstö huomioi, tiedustelee ja tunnistaa potilaan mahdollista alkoholin riskikäyttöä. Potilasta kannustetaan ja ohjataan alkoholin käytön vähentämiseen ja annetaan neuvontaa ja ohjausta alkoholinkäytön riskeihin liittyen. Tarvittaessa konsultoidaan päihdetyöntekijöitä ja potilas ohjataan hoidon piiriin. Päihteiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja moniammatillisella yhteistyöllä. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 9.17 sekä Siun soten Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 (linkki, sisäinen)

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.

Yksikössä hoidossa oleminen edellyttää päihteettömyyttä. Geriatrisessa keskuksessa huomioidaan, tiedustellaan ja tunnistetaan potilaan mahdollista huumausaineiden käyttöä ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäyttöä. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta riskeihin liittyen. Huumausaineiden kuten muiden päihteiden käyttöön liittyen potilas ohjataan päihdepalvelujen hoidon piiriin. Myös huumausaineiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut. Osaamisen varmistamiseksi on koulutuskalenterissa tarjolla erilaista koulutusta asiasta. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella ja moniammatillisella yhteistyöllä. Lue lisää: Siun soten Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 (linkki, sisäinen).

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään vahvistamalla rahapelaamiseen vaikuttavia suojaitekijöitä 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.

Siun sotessa on käytössä ehkäisevän päihdetyön polku, joka on työväline ammattilaisille päihteiden sekä raha- ja digipelaamisen puheeksi ottoon, lyhytneuvonnan antamiseen ja jatkohoidon tarpeen arviointiin. Polku on tehty yhteistyössä Siun soten palvelualueiden kanssa ja sen sisältö on rakennettu kansallisten Käypä hoito -suositusten sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suositusten mukaisesti. Polkuun 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 lyhytneuvontaa, jolla pyritään motivoimaan asiakasta muutokseen päihteiden käytön tai pelaamisen suhteen. Lyhytneuvonnan sisältö pohjautuu Käypä hoito suosituksiin ja on kestoltaan 5–10 minuuttia.

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.

Geriatrisessa keskuksessa huomioidaan mielenterveyden haasteita ja tarvittaessa konsultoidaan ja ohjataan potilas mielenterveyspalvelujen piiriin. Potilaalle annetaan tietoa ja tukea hänen yksilölliset voimavarat huomioiden hoitopolun eri vaiheissa. Yksikön potilaalle tarjotaan matalalla kynnyksellä mahdollisuutta keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ja tarvittaessa voidaan tehdä myös psykiatrin konsultaatio. Potilaan ohjaamisessa hyödynnetään Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjeita Mielenterveys- ja päihdepalvelut - siunsote.fi (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja moniammatillisella yhteistyöllä. Lue lisää: Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi)

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

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 tarpeensa.

Geriatrisessa keskuksessa huomioidaan asiakkaan itsemurhariskiä ja tarvittaessa konsultoidaan ja ohjataan potilas mielenterveyspalvelujen piiriin. Potilaan/asiakkaan viittaukset ja puheet itsemurhasta otetaan aina vakavasti ja pyritään reagoimaan mahdollisimman nopeasti. Potilaalle/asiakkaalle annetaan tietoa ja tukea hänen yksilölliset voimavaransa huomioiden hoitopolun eri vaiheissa. Potilaalle/asiakkaalle tarjotaan matalalla kynnyksellä mahdollisuutta keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ja tarvittaessa voidaan tehdä myös psykiatrin konsultaatio. Potilaan/asiakkaan ohjaamisessa hyödynnetään Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjeita Mielenterveys- ja päihdepalvelut - siunsote.fi (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja moniammatillisella yhteistyöllä. Lue lisää: Siun soten Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma (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

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.

Geriatrisessa keskuksessa huomioidaan potilaaseen/asiakkaaseen kohdistuvaa väkivallan uhkaa, tehdään huoli-ilmoitus ja aloitetaan ennaltaehkäisevät toimenpiteet tilanteen mukaisesti. Tarvittaessa konsultoidaan hyvinvointialueen asiakas- ja potilasturvallisuusvastaavaa ja ohjataan potilas mielenterveyspalvelujen piiriin. Potilaalle annetaan tietoa ja tukea asiakkaan yksilölliset voimavarat huomioiden hoitopolun eri vaiheissa. Yksikön potilaille/asiakkaille tarjotaan matalalla kynnyksellä mahdollisuutta keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ja tarvittaessa voidaan tehdä myös psykiatrin konsultaatio. Henkilöstön osaamista

varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja moniammatillisella yhteistyöllä. Lue lisää: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuuhdeväkivallan 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

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”.

Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Muistipoliklinikat: Monikulttuurisuuden huomioiminen potilasohjeissa	Vieraskielisen materiaalin lisääminen	Vuosi 2024-2025
Tilastointien ja mittareiden keskittäminen olennaisiin lukuihin hoitotakuun/alueellisten erojen ja työvoiman tarpeiden tarkasteluun.	Yhteistyö johdon ja tilastointitietoja tuottavien tahojen kanssa.	2024

Ikäneuvolan toiminnan laajentaminen koko Hyvinvointialueelle	Rekrytoinnit	2024
Päiväkuntoutuksen toiminnan vakiinnuttaminen osana Ikäihmisten varhaisen vaiheen kuntoutuspalveluja.	Kuntoutuksen yhteinen näky ja tekeminen päämäärän saavuttamiseksi.	2024-2027

Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

10.13 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).

Omavalvontasuunnitelma päivitetään yksikössä vuosittain tai kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä muutoksia.

10.14 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_zx7DOg57-0fwykl2VU_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=2ahUKEwivNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&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=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIAppQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&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%2Db9b1%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_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&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_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&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_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&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))