

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Liperin kuntoutussairaala

Laatija(t)	Korhonen Anna, osastonhoitaja
Tarkastaja	Hirvonen Mari, vastuualueen ylihoitaja
Hyväksyjä	Karttunen Mervi, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	25. 03. 2024

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	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.....	8
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	11
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	17
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	19
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	19
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	20
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	21
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	21
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	23

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	23
6.5.2	Asiakasviestintä	24
7	Henkilöstö	26
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	27
7.2	Rekrytointi	28
7.3	Perehdytys	30
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	31
7.5	Johtamisosaaminen	33
7.6	Työhyvinvointi	34
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	35
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	35
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	37
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	37
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	39
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	41
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	41
9.2	Etä- ja digipalvelut	44
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	46
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	48
9.5	Infektioiden torjunta	52
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	52
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	53
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	54
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	56
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	56
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	56
9.7.3	Terveydensuojelu	57
10	Palvelun sisällön omavalvonta	59
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	59
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	60

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	61
10.4	Kivunhoito	63
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	64
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	67
10.7	Painehaavojen ehkäisy	69
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	70
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	70
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	71
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	72
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	72
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	73
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	74
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	75
10.11	Itsemurhien ehkäisy	77
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	78
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	80
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	80
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	81
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	81
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	82
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	83

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	Liperin kuntoutussairaala. Käsämäntie 111C, 83100 Liperi
Palvelumuoto	Terveyskeskussairaalahoito
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveyskeskussairaalahoitoa ja kuntoutusta tarvitsevat potilaat
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	30
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Anna Korhonen

	anna.korhonen@siunsote.fi , 0133306030
Palvelupäällikkö	Mervi Karttunen, mervi.karttunen@siunsote.fi , 0133307173
Palvelujohtaja	Jussi Malinen, jussi.malinen@siunsote.fi , 0133304272

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Vastuualuetta 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>Liperin kuntoutussairaalassa osastonhoitaja vastaa yksikön päivittäisestä toiminnasta sekä hoitotyön johtamisesta. Lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille.</p>
--

2.2 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 tuottajia

<p>Riippuen tarvittavasta palvelusta ostopalveluista vastaa Liperin kuntoutussairaalassa palvelupäällikkö, tai yksikössä vastaavat ylilääkäri ja kuntoutussairaalan osastonhoitaja.</p> <p>Liperin kuntoutussairaalassa osastonhoitaja vastaa siitä, että sijaisella on voimassa olevat lääkeluvat. Osastonhoitaja vastaa myös siitä, että sijaiselle on nimetty ensimmäisiin työvuoroihin työpari, joka auttaa</p>

perehdytyksessä. Sijaisille annetaan työvuoroon tullessa pikaperehdytysohje, josta löytyvät tärkeimmät tiedot.

Vastuualueella ja yksiköissä seurataan ostopalvelujen laatua palautteen perusteella (kuten asiakaspalaute, henkilöstöpalaute, omaispalaute). Lisäksi ostopalvelun laatua arvioidaan seuraamalla ja auditoimalla kirjaamista, vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia, sekä tekemällä yhteistyötä palveluntuottajan sekä hankinta- ja ostopalveluyksikön kanssa.

Palveluyksiköiden lähiosastonhoitajaiden ostopalveluosaaminen varmistetaan laatimalla ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden laatu ja toimintamallit, ja ostopalvelusopimusosaamista varmistetaan yhteisesti sovituin käytäntein ja ohjelmin. Lisäksi lähiosastonhoitajaiden ostopalveluosaamista kehitetään koulutuksin (Siun oppi: Hankinta- ja sopimusosaamisen verkkokurssi) sekä hankintojen kaksoishyväksyntäprosessin avulla.

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).

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen, jäljempänä Siun sote, tehtävänä on järjestää jäsenkuntiansa puolesta alueensa väestölle yhdenvertaisilla periaatteilla lainsäädännön mukaiset terveydenhuollon palvelut, jotka eri lakien mukaan ovat jäsenkuntien järjestämisvastuulla.

Tavoitteena on tukea, ohjata ja motivoida ihmisiä kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja terveydestään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Turvataan joustava jatkohoitoon pääsy erikoissairaanhoidosta ja sujuva kotiutuminen omaan kotiin tai palveluasumiseen. Potilasta hoidetaan hänen kuntoutumistaan tukien. Elämän loppuvaiheessa tuetaan potilasta ja omaisia heidän tarpeidensa mukaisesti.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

Toimintaamme ohjaa Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot, jotka ovat asiakslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus sekä vastuullisuus.

Asiakslähtöisyys: Asiakslähtöisyys ilmenee siinä, että tuotamme yksilöityjä palveluja asiakkaidemme tarpeita varten. Potilaalle / kuntoutujalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma vastaamaan hänen terveydentilansa ja kuntoutumisensa tarpeita, jolloin moniammatillinen hoito, kuntoutus ja saattohoito pohjautuvat yksilölliseen hoitosuunnitelmaan.

Avarakatseisuus: Avarakatseisuus ilmenee potilaan / kuntoutujan voimavarojen tunnistamisena ja hoidon sekä kuntoutuksen räätälöimisena asiakkaan terveydentilan ja kuntoutumisen vaatimuksiin.

Turvallisuus: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä työturvallisuuden varmistaminen kaikissa toimintakäytännöissä.

Yhdenvertaisuus: Potilas / kuntoutuja saa tarvitsemansa hoidon ja palvelun perustuen Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen strategiaan ja Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon lakien mukaiseen toimintaan asiakastarveperusteisesti.

Vastuullisuus: Toimintaa kehitetään tavoitteellisesti vastaamaan väestön palvelutarvetta. Kehittäminen tapahtuu henkilöstön, asiakkaiden ja organisaation palaute ja huomioiden. Varmistamme hoidon ja kuntoutumisen jatkuvuuden mm. varmistamalla vastuullisen toiminnan kotiuttamis- ja jatkohoidon prosesseissa. Panostamme koulutettuun, perehdytettyyn ja osaavaan henkilökuntaan. Hankinnoissa toimitaan lakien sekä sovittujen käytänteiden mukaisesti.

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 vastuuhenkilö(t)

Omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa Liperin kuntoutussairaalan osastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelma laaditaan osastonhoitajan, ylihoitajan, palvelupäällikön ja henkilöstön kanssa yhteistyössä.

Osastokokouksessa käydään omavalvontasuunnitelma läpi yhdessä henkilökunnan kanssa ja tehdään tarvittavat muutokset. Tarvittaessa nimetyt vastuuhenkilöt osallistuvat vastuualueensa osioiden laadintaan kuten esim. turvallisuusvastaavat riskien hallinnan arviointiin.

Potilaat sekä omaiset voivat antaa yksikön toiminnasta reaaliaikaista palautetta suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti. Palaute huomioidaan omavalvontasuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä.

Omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä [www-sivuilla](#) sekä työyksikön ilmoitustaululla.

Kehittämisehdotuksia omavalvontasuunnitelman suhteen voi jättää osaston palautelaatikkoon tai sähköisesti laatuportin kautta.

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 - siunsote.fi](#) (linkki).

Omavalvontasuunnitelma on tulostettuna yksikön ilmoitustaululla päiväsallisissa.

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.

Lähiosastonhoitaja vastaa riskienhallinnasta oman yksikön osalta. Jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla on vastuu/velvollisuus ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden. Jokainen henkilökuntaan kuuluva huolehtii omalta osaltaan potilasturvallisuudesta kaikessa toiminnassaan ja havaittuaan turvallisuusriskin, pyrkii poistamaan sen välittömästi tai huolehtii korjaamisesta/huollosta tai tiedottaa asiasta eteenpäin lähiesimiehelle, joka ryhtyy toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Riskien hallinta laaditaan ja päivitetään vuosittain Laatuporttiin osastonhoitajan johdolla yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. Osastonhoitaja vastaa suunniteltujen toimien toteuttamisesta, seurannasta sekä toiminnan kehittämisestä. Henkilökuntaa ja opiskelijoita kannustetaan sekä ohjataan potilasturvallisuuden noudattamiseen sekä kertomaan havainnoistaan työtovereille, ohjaajalle ja osastonhoitajalle. Potilasturvallisuutta ja ilmoitusvelvollisuutta korostetaan kaikessa toiminnassa jo perehdytyksestä alkaen.

Henkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista tiedotetaan ja suunnitellaan kehittämistoimenpide osastopalavereissa yhdessä henkilökunnan kanssa. Osastopalavereista kirjataan muistiot, jotka jokainen on velvollinen lukemaan ja toimimaan yhdessä sovitulla tavalla. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella pyritään parantamaan potilasturvallisuutta. Mikäli kehittämistoimenpide vaatii ohjausta tai koulutusta, osastonhoitaja järjestää sitä ja mahdollistaa työntekijöiden osallistumisen.

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että jokainen voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen

menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojään ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Yksikön riskienarvioinnit ovat henkilöstön luettavissa sähköisesti Laatuportti-järjestelmässä sekä tulostettuna turvallisuuskansiossa.

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.

Riskienhallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskienhallintaan kuuluu myös suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi sekä toteutuneiden haittatapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja jatkotoimien toteuttaminen.

Ennakoivia riskienarvioinnin menetelmiä yksikössä ovat esim. vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset (etenkin läheltä piti -ilmoitukset), turvallisuuskierrot, säännölliset riskikartoitukset esim. työpaikkaselvitykset sekä muutostilanteiden riskikartoitukset.

- **Asiakas/potilasturvallisuusriskien arvioinnit (asiakkaaseen/potilaaseen kohdistuvat), esim.**
 - Työohjeet intrassa ohjaavat toimintaa sekä potilas- ja työturvallisuutta
 - Tarkastuslistoja käytetään mm. potilaan osastolle tulossa ja kotiutuksessa
 - Kaksoistarkastuksia käytetään lääketurvallisuuden varmistamiseksi
 - Teknisiä ratkaisuja ovat esim. lääkejääkaapin ja huoneilman lämpötilojen seurannassa lämpömittarit, paloturvallisuuteen liittyvät tekniset ratkaisut esim. automaattiset palohälytykset
 - Vaara-, poikkeama- ja läheltä piti -tilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin
 - Muistutusten ja kantelujen pohjalta tehdään tarvittaessa kehittämistoimenpiteitä
 - Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan pohjalta annetut suositukset ja aina vältettävissä olevien vaaratapahtumien (Never Event) seurannasta saatu tieto hyödynnetään päivittäisessä toiminnassa
 - Hoitoon liittyvät infektiot havainnoidaan esim. SAI:n ja käsihuuhtelukulutusseurannan avulla
 - Turvallisuuskävelyjä sekä -kiertoja järjestetään usemman kerran vuodessa. Kierrolle osallistuvat uudet ja vuorossa olevat työntekijät. Turvallisuuskierrot ja -kävelyt toteuttavat yksikön oma turvallisuusvastaava tai pelan kouluttaja
 - Riskien arviointi vuosittain/tarvittaessa tai toiminnan muuttuessa.
- **Työn riskien arvioinnit (henkilöstöön kohdistuvat), esim.**

- Työn riskien arviointi Laatuportissa: Kohdistetaan 6 osa-alueeseen: hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät
- **Henkilöstöön kohdistuvat ennakkolliset riskienarviointimenettelyt, esim.**
 - Rekrytointi (kelpoisuus, pätevyys, soveltuvuus)
 - Perehdytys (suunniteltu, seurataan ja arvioidaan)
 - Osaamisen varmistaminen (mm. luvat) ja ylläpitäminen (osaamisen kehittämisen suunnitelma (yksikkö) – täydennyskoulutussuunnitelma (yksikkö, yksilö)
- **Vastuualueella on käytössä laatuohjelma (SHQS)**
 - Laatuohjelma päivitetään vuosittain. Päivittämiseen osallistuu yksikön lähiosastonhoitaja
 - Yksikköpalaverissa osallistetaan henkilöstö vastuualueen laatuohjelman itsearviointien tekemiseen, joka on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että kaikessa toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuositukset sekä organisaation strategiset tavoitteet.

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 [vaaratilanneilmoituksen Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

Yksikön henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet Laatuportin potilas- ja asiakasturvallisuusilmoituksen (PaTu-ilmoituksen) avulla tai kertomalla suullisesti tai kirjallisesti yksikön osastonhoitajalle. Henkilöstön käytössä olevat ilmoituskeinot:

- Laatuportti
 - Tehdään johdannossa kuvatut ilmoitukset (sisältää myös sosiaalihuoltolain 48§ mukaiset Epäkohta ja epäkohdan uhka -ilmoitukset; ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta)
 - Myös yhteistyökumppanin vaaratilanneilmoitukset (omaisten, opiskelijoiden ja muiden)
- Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset: Lisäksi Fimealle vakavassa vaaratilanteessa 10 vrk kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi ilmoitus laitteen valmistajalle. Ilmoitukset voi tehdä Laatuportin kautta.

- Tietojärjestelmiin liittyvät merkittävät poikkeamat: Lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle. Lisäksi ilmoitus Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>)
- Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset: Lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.
- Verensiirtoihin liittyvät vaara- ja poikkeamatilanteet: Lisäksi ilmoitus Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta
- Mediatriin haittatapahtumakirjaus (kaatumiset/putoamiset, painehaavat)
- Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä: Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi
- Ilmoitukset sosiaalihuoltoon, esim.
- Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta (Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut)
- Viranomaisyhteistyö
 - 112
- Suullinen/kirjallinen ilmoitusmenettely suoraan osastonhoitajalle
- Turvallisuuspalvelut
 - vartijapalvelut

Yksikön asiakkaat/potilaat sekä heidän läheiset tuovat esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet seuraavien ilmoituskeinojen kautta:

- Laatuportti Siun soten verkkosivujen kautta
- Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset: Ilmoitus sähköisesti Fimealle
- Suullinen / kirjallinen ilmoitusmenettely
 - suullisesti suoraan yksikön esihenkilille
 - Siun soten verkkosivun palautekanavan ja Suomi.fi-palautteen kautta

Asiakas voi kertoa vaaratilanteesta tai havaitsemastaan turvallisuushavainnosta suullisesti. Tämä suullinen havainto voidaan kirjata Laatuporttiin, jolloin havainnon pohjalta voidaan suunnitella toimenpiteitä ja seurata toimenpiteiden edistymistä.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset ilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa. Asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset sekä työturvallisuusilmoitukset käsittelee osastonhoitaja sekä hänen poissaollessaan apulaisosastonhoitaja. Ilmoitukset käsitellään ohjeistuksen mukaisesti. Käsittelyssä arvioidaan riskin suuruus, tapahtumien seuraukset, toimenpiteet riskien pienentämiseksi ja vastuuhenkilö toimenpiteen toteuttamiselle. Mikäli riskin suuruus on vähintään kohtalainen, suunnitellaan

kehittämistoimenpiteitä riskin pienentämiseksi. Ilmoituksia käsitellään yksikön palavereissa viikoittain. Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa. Joskus ilmoituksen käsittely kestää yli 30 vuorokautta vaaratapahtuman luonteen vuoksi. Työtaturmailmoitukset käsitellään välittömästi ja niistä tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vuorokauden kuluessa. Riskin suuruus (jäännösriski) arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen.

Tarvittaessa tehdään lisäselvityspyynnö osallisille, joita yleisimmin ovat henkilöstö, toinen yksikkö ja yhteistyökumppanit. Lisäselvityspyynnö tehdään Laatuportin kautta, jolloin vastaus dokumentoituu järjestelmään.

Palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Palautteen antaja on voinut jättää myös soittopyynnön asian käsittelemiseksi. Pääsääntöisesti palautteen antajalle soitetaan, jolloin varmistetaan palautteen perille saapuminen voidaan keskustella palautteesta.

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.

Todennettuja riskejä ja turvallisuuspoikkeamia ennaltaehkäistään, muutetaan ja korjataan suunnittelemalla ennaltaehkäiseviä toimia. Toimia voivat olla esim. henkilöstön koulutus- ja perehdytys, organisaation ja toimintayksiköiden erilaiset ohjeet ja suunnitelmat (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, infektioidentorjunnan ohjeistus, ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä).

Ylihoitaja ja osastonhoitaja seuraavat haittatapahtumien määrää, syitä ja kehittämistoimenpiteitä kuukausi- ja vuositasolla. Kuntoutussairaaloiden yhdyshenkilö seuraa yleisellä tasolla ilmoituksia ja toimenpiteitä, joita raportoidaan ja käsitellään osavuosittain yhdessä yksiköiden osastonhoitajaiden kanssa.

Vaaratilanneilmoituksiin kuvataan toimenpiteitä, jotka ovat esim. keskustelua ja viestintää henkilöstön kanssa. Keskustelun pohjalta suunnitellaan kehittämistoimenpiteitä, joiden avulla ennalta ehkäistään vastaavanlaisia tapahtumia. Osastonhoitaja vastaa sovittujen kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta.

Kehittämistoimenpiteiden määräaika vaihtelee aiheen ja laajuuden mukaan. Organisaation tavoite on, että vähintään 10 % ilmoituksista sisältää kehittämistoimenpiteen.

Ylihoitaja ja osastonhoitaja seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja toiminnan kehittymistä kuukausi- ja vuositasolla. Osastonhoitaja kirjaa kehittämistoimenpiteiden toteuttamisen ja seurannan PaTu-ilmoitukseen.

Myös asiakkaan/potilaan sekä hänen läheisensä antamaa palautetta toiminnan epäkohdista sekä vaara- ja poikkeamatilanteista hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Ilmoitukset käsitellään samalla tavalla kuin henkilöstön tekemät Patu-ilmoitukset.

Mikäli palvelu/hoitopoikkeamia esiintyy esim. AVI:n tarkastuskäynnin yhteydessä, korjaavaan toimenpiteeseen ryhdytään ja toteutaan mahdollisimman nopeasti. Näitä voivat olla esim. koulutus, perehdytyskäytännöt, ohjeistuksen täsmennys, yksiköiden välisen yhteistyön lisääminen ja turvavälineiden hankinta/lisääminen. Korjaavista toimenpiteistä vastaa yksikön osastonhoitaja.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Osastonhoitaja tiedottaa sovitusta muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä henkilökunnalle suullisesti, osastopalaverissa, sähköpostilla ja Teamsillä. Muille yhteistyötahoille tiedotetaan tarvittaessa sähköisesti.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Mikäli asiakas/potilas tai omainen tuo esille mahdollisen havaitsemansa vaaratapahtuman, ohjataan hänet tekemään vaaratapahtumailmoitus [Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki) Laatuporttiin. Osastonhoitaja on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa (on jättänyt ilmoituksen yhteystiedot).

Haittatapahtumien käsittelyyn kuuluu myös niistä keskustelu asiakkaan/potilaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Samaisessa keskustelussa käydään läpi heidän kanssaan myös se, että miten tulevaisuudessa vastaava tapahtuma voitaisiin estää ja mihin toimenpiteisiin asian suhteen on ryhdytty. Mikäli tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut vaaratapahtuma, asiakasta/potilasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta. Asiakasta/potilasta tai omaista ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteyttä esim. potilasasiamieheen, kuluttajaneuvontaan tai sosiaalityöntekijään.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallinta		<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet (linkki) • Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus	<p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin - ohje • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa -ohje • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintaohje	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

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

Terveydenhuollossa 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 hoitojakson päättämisestä sekä jatkohoidosta. Nämä päätökset laaditaan potilaan terveyden- ja sairaudentilan kokonaisuus huomioiden lähettävän yksikön ja jatkohoitoa toteuttavan tahon kanssa, sekä tutkitun lääketieteellisen näytön ja hyvän käytännön ohjaamana.

Osastolle tullaan vain lääkärin läheteellä joko päivystyksestä, erikoissairaanhoidosta tai lääkärin vastaanoton kautta. Vain lupapaikoilla olevat pääasiassa saattohoitopotilaat voivat tulla suoraan kotoa. Hoito tehdään toimien moniammatillisesti eri ammattiryhmien välillä.

Osastolla on käytössä mittareina esimerkiksi:

- BRADEN (painehaavaehkäisy)
- FRAT (kaatumisriski)
- NRS2002 (vajaaravitsemusriski)
- RAI (toimintakyvyn ja palvelutarpeen osittaisarviointi)

Tämän lisäksi fysioterapeutit tekevät muita toimintakyvystä sekä liikkumisesta kertovia mittareita. Näiden eri mittareiden sekä moniammatillista osaamista käytetään seisonapalaverissa eli SEPAssa, jossa arvioidaan ja käsitellään potilaiden hoitosuunnitelmia sekä toimintakykyä. SEPAssa pystytään suunnittelemaan moniammatillisesti kotiutumista ja palveluntarpeita sekä nopeasti kiinnittämään huomio, jos toimintakyvyssä tapahtuu merkittävää heikkenemistä. Muutoin hoidon tarvetta arvioidaan päivittäin hoitotoimenpiteiden sekä päivittäisten toimien yhteydessä. Tähän hoidon tarpeen arviointiin kysytään aina potilaan omaa kokemusta sekä tarvittaessa omaisten mielipidettä ja kokemusta.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Sairaalapalveluun pääsemiseksi ei ole määritetty määräaika, 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.

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

Hoitoon pääsyä seurataan ja raportoidaan säännöllisesti kuukausittain vastuualueella 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.

Liperin kuntoutussairaalan osastolle ei ole määritetty määräaika hoitoon pääsemiselle. Hoitoon pääsyn toteutumista seurataan arkipäivisin kuntoutumiskeskuksen tilanpalaverissa sekä seuraamalla kuukausittain osaston läpimenoaika ja hoitajaksojen määrää kuukaudessa.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Hoitosuunnitelma laaditaan potilaan tullessa osastolle yhteistyössä potilaan, hänen omaisten/läheisten ja moniammatillisen tiimin kanssa. Tavoitteet asetetaan heti tulovaiheessa kuntoutumista edistäväksi, toimintakykyä ylläpitäväksi sekä alustavan kotiutumissuunnitelman sisältäväksi. Hoitotyön suunnitelmaa tarkastellaan päivittäin ja päivitetään tarvittaessa. Hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen tehdään päivittäin. Pitkäaikaispotilaille kirjataan vähintään kolmen kuukauden välein seurantayhteenveto.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan diagnoosi, hoidon tarve ja tavoite, työnjako, hoidon toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi, lääkitys ja toteutusaikataulu. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tarvittaessa. Uudet työntekijät ja sijaiset perehdytetään asiaan perehdytyksen yhteydessä. Suunnitelman toteutumista seurataan jokaisena päivänä moniammatillisella yhteistyöllä.

Henkilökunta tutustuu työvuoron alussa potilaan sen hetkiseen tilanteeseen ja terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Käytössä hiljainen raportti, jota täydennetään tarvittaessa suullisesti. Yhteistä keskustelua käydään etenkin haasteellisemmissä tilanteissa.

Mikäli huomataan, ettei suunnitelman laadinta toteudu, muistutetaan hoitohenkilöstöä ja hoitavaa lääkärinä.

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.

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

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

Yksikön henkilökunta kunnioittaa ja vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä tukee hänen osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toiminta perustuu lainsäädäntöön ja lakien toimenpanoa koskeviin ohjeistuksiin. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu osallistamalla potilas hoidon ja palveluiden suunnitteluun. Hänen toiveensa huomioidaan siten, että potilas saa yksilöllistä neuvontaa ja palvelua tarvitsemisissaan asioissa.

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tahtoa ja mielipidettä kunnioittaen. Ristiriitatilanteissa pyritään löytämään kompromissi, joka ei vaaranna potilaan itsemääräämisoikeutta tai kenenkään turvallisuutta.

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

Laatuporttiin voi:

- antaa palautetta asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksella koskien eettisestä osaamista ja toimintaa
- tehdä ilmoituksen vaara- tai poikkeamailmoituksen epäkohtaan tai sen uhkaan liittyen

Potilaiden itsemääräämisoikeuteen liittyvä henkilöstön osaaminen ja ohjeiden noudattaminen varmistetaan hyvällä perehdytyksellä ja ohjeilla. Ohjeita kerrataan yksikössä vuosittain ja tarvittaessa useamminkin.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino ja rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

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

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

Tämänhetkisen lainsäädännön mukaan vartijoiden tehtävänä on turvata henkilökuntaa (tämä voi edellyttää asiakkaan/potilaan kiinni pitämistä) – ei osallistua rajoitustoimenpiteeseen

Lääkäri arvioi, milloin turvavälineen käyttö voidaan lopettaa, tai ohjeistaa hoitohenkilökuntaa tässä asiassa. Olennaista on, että turvavälinettä käytetään vain niin kauan, kuin se on tarpeen.

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

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

Potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimiin ja -välineisiin liittyvä henkilöstön osaaminen ja ohjeiden noudattaminen varmistetaan hyvällä perehdytyksellä, koulutuksella (esim. Avekki-koulutus) ja ohjeilla. Ohjeita kerrataan yksikössä vuosittain ja tarvittaessa useamminkin.

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 kohtelussa ja sosiaali- ja terveyspalveluita toteutettaessa.

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

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

Tarvittaessa käytetään tulkkipalvelua.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

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

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

Toimintaohjeita kerrataan yksikössä vuosittain henkilöstön kanssa.

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](http://www.pohjois-karjala.fi/tytyymattomyys-palveluun-tai-hoitoon-siunsote.fi) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](http://www.pohjois-karjala.fi/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@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

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

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

Viestejä voi lähettää tietoturvallisesti [Viestit - Suomi.fi](https://viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat nähtävillä yksikön ilmoitustaululla sekä Siun soten [www-sivuilla](http://www.siuunsote.fi).

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.

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

Palautteen käsittelijä käsittelee ja luokittelee saapuneen palautteen järjestelmässä. Myös palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Palautteesta voidaan tuottaa raportteja eri organisaatiotasolle. Osastonhoitajat saavat yksikkökohtaiset raportit asiakaspalautteista sähköisen järjestelmän kautta. Asiakaspalautteen käsittelystä vastaavat osastonhoitajat ja saatuja asiakaspalautteita käydään läpi henkilöstön kanssa läpi viikkopalavereissa ja suunnitellaan tarvittavia kehittämistoimenpiteitä. Mahdollisia kehittämisideoista ja kehittämiskohteista laaditaan kooste ja ne huomioidaan toimintasuunnitelmassa. Äkillisiä toimenpiteitä vaativat palautteet käsitellään välittömästi ja myös toimenpiteet tehdään ilman viivettä.

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 vastaa muun muassa Siun soten verkkosivujen sekä suomi.fi-palvelutietovarannon koordinoinnista, organisaation virallisista sosiaalisen median kanavista ja organisaation nimissä lähtevistä mediatiedotteista.

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

Osastolla ei tällä hetkellä työskentele kokemusasiantuntijoita, mutta tarvittaessa on mahdollisuus tilata kokemusasiantuntija käymään yksikössä sekä auttamaan kehittämistoiminnassa tai tuomaan tietoa eri sairauksista. Tällä hetkellä kokemusasiantuntijatoimintaa on saatavilla seuraaviin sairauksiin/palveluihin:

- diabetes
- lastensuojelu
- mielenterveys- ja päihdepalvelut
- sydän- ja verisuonisairaudet
- vammaispalvelut.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Palvelun/hoidon tarpeen arviointiin ja palveluun/hoitoon pääsyyn liittyen		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021(linkki) • Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä • STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019(linkki)
Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen		<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) • Sosiaali- ja terveystministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022(linkki)
Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeuteen, asialliseen kohteluun ja oikeusturvaan liittyen		<ul style="list-style-type: none"> • Perustuslaki 731/1999 (linkki) • Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) • Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki) • Mielenterveyslaki 1116/1990(linkki) • Päihdehuoltolaki 41/1986(linkki) • Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) • Lastensuojelulaki 417/2007(linkki) • Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1997(linkki) • Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystpalveluista 980/2012(linkki) • Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021(linkki) • Hallintolaki 434/2003(linkki) • Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023(linkki) • Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely(linkki, sisäinen)

Asiakkaan/potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen		<ul style="list-style-type: none"> • Perustuslaki 731/1999(linkki) • Kuntalaki 410/2015(linkki) • Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) • Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki) • Siun soten osallisuusohjelma(linkki) • Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa (linkki, sisäinen) • Asiakaspalautejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely(linkki, sisäinen)
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva potilaspaikkojen vaje	Jatkuva rekrytointi	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) • Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021(linkki)
Itsemäärämisöikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) • Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

7 Henkilöstö

Sosiaali- ja terveysthuollon 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.

Liperin kuntoutussairaalassa työskentelee 14 sairaanhoitajaa ja 11 lähihoitajaa sekä apulaisosastonhoitaja. Heistä 3 on vakituisia vuosiloman sijaisia. Osastolla työskentelee myös osastonlääkäri, osastonhoitaja, toimistos sihteeri sekä fysioterapeutteja.

Aamussa työskentelee 6-7 lähi/sairaanhoitajaa joista 2 vähintään on sairaanhoitajia. Illassa työskentelee 5-6 lähi-/sairaanhoitajaa, joista 2 on vähintään sairaanhoitajia. Yössä työskentelee sairaanhoitaja-lähihoitaja työpari. Arkisin aamuissa on myös osastonlääkäri, osastonhoitaja, toimistos sihteeri, kotiutushoitaja sekä fysioterapeutti osastolla.

Tilanteen mukaan yksikössämme työskentelee oppisopimusopiskelijoita, joiden vastuut ja tehtävät muodostuvat sitä mukaa, kun he oppivat ammattiaan.

Lääkärin sekä hoitajien välillä on sovittu työnjaon linjaukset. Lääkäri vastaa potilaan hoidossa lääketieteellisestä osaamisesta ja hoitohenkilökunta vastaa lääkärinmääräysten toteuttamisesta sekä toimintakyvyn ylläpitämisestä tutkittuun tietoon perustuvalla hoitotyöllä hoitosuunnitelman mukaisesti.

Osastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä. Osastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä.

Apulaisosastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa yhdessä osastonhoitajan kanssa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä.

Apulaisosastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä.

Sairaanhoitajan tehtävään kuuluvat hoitoalan vaativat ammattitehtävät, joita ovat erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakas- ja asiantuntijatyö. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa.

Lähihoitajan hoitoalan ammattitehtävät on erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakastyötä. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa.

Mitoitus on laskettu kuntoutussairaalan tarpeen mukaiseksi. Mitoitus pohjautuu STM:n mitoituslaskelmaan ja suositukseen, mitoitusta seurataan säännöllisesti.

Sijaisten käytön periaatteet: Toimitaan Siun Sote hyvinvointialueen ohjeistuksen mukaisesti.

Määräaikaisen työvoiman tarpeen arvioinnissa on aina lähtökohtana potilaiden hoidon ja hoivan tarve, töissä olevan henkilöstön osaaminen ja määrä sekä sijaisten saatavuus. Määräaikaisen työntekijän tarpeen arvioinnissa arvioidaan aina, voidaanko työvoimatarve järjestellä osana oman henkilökunnan työvuorosuunnittelua. Etukäteen tiedossa olevat poissaolot, kuten koulutukset, virkavapaat ja lomat suunnitellaan ja huomioidaan työvuorosuunnittelussa.

Henkilöstövoimavarojen riittävyyden seuranta: Työvuorolistat suunnitellaan toimintalähtöisesti. Henkilöstö jakautuu tasaisesti eri viikonpäiville, päiväkohtaisen työn luonteen mukaisesti. Poissaolo ilmoituksen tultua, osastonhoitaja tai vastuuvuorossa oleva hoitaja miettii potilaiden määrää ja hoitoisuutta, töissä olevan henkilöstön osaamistasoa ja harkinnan mukaan pyytää Tempore ohjelman kautta sijaisen.

Etukäteen tiedossa olevat poissaoloihin hankitaan tarvittaessa sijaisen.

Vastuuhenkilöiden/lähiosastonhoitajaiden tehtävien organisointi siten, että lähiesimiestyöhön varmistetaan riittävästi aikaa.

Henkilöstön työvuorosuunnittelu tapahtuu Numeron-järjestelmällä. Esimies vastaa suunnittelun kokonaisuudesta ja henkilöstön osaamisen ja määrän varmistamisesta.

Henkilöstölle on jaettu vastuualueita, esimerkiksi lääke-, turvallisuus-, elvytys-, tai muita kuntoutussairaalan osastoa koskevia vastaavien tehtäviä. Näin kyetään varmistamaan asiantuntijuutta sekä osallistamaan henkilöstöä toiminnan kehittämiseen.

Henkilöstö osallistuu toiminnan suunnitteluun vastuualueidensa mukaan.

Henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan poikkeustilanteissa niin, että vastuun ottaa asukkaat tunteva hoitaja. Työntekijöitä voidaan pyytää tekemään tuplavuoroja pyytää vapaalta tai lomalta töihin ([Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä](#), linkki).

Poikkeusolojen varalle on olemassa suunnitelmat henkilöstön määrän tarpeesta ja ammattitaidosta.

7.2 Rekrytointi

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

Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet

Henkilöstön sijaistarpeet suunnitellaan ennakkoon heti, kun tarve on tiedossa esim. vuosilomat. Lomat suunnitellaan jonoon. Työvuorosuunnittelussa on käytössä toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu työvuoroihin osaamisen ja tehtävien suhteen.

Henkilöstön rekrytoinnin hoitaa pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikkö Laura-rekrytointiohjelman kautta. Äkillisiin poissaoloihin käytetään ensisijaisesti Siun soten varahenkilöstöä ja toissijaisena Tempore rekryä. Sijaispyynnöt tehdään keskitetysti Tempore-ohjelmaan. Sijaisten otossa yksittäisiin vuorotarpeisiin huomioidaan myös osastolla olevien potilaiden määrä ja hoitoisuus.

Henkilöstön kelpoisuus varmistetaan JulkiTerhikistä. Työntekijän sopivuus tehtävään huomioidaan haastattelulla ja tarkistamalla hakijan tutkinto- ja työtodistukset. Samalla varmistetaan riittävä kielitaito. Tarvittaessa pyydetään esittämään todistus kielikokeesta. Rokotesuojassa noudatetaan tartuntatautilakia (48 § 1227/2016) ja rökotussuojan varmistamisesta on olemassa työntäjän ohje .

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetut määräykset ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja sitä täydentävä valtioneuvoston asetus (104/2008) sekä laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja sitä täydentävä asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016).

Yksikön vakituiset työtehtävät täytetään koulutetulla henkilökunnalla työnantajan ohjeiden mukaisesti. Vapautuvat tehtävät laitetaan hakuun. Sijaisena voi työskennellä myös alan opiskelijoita.

Rekrytoinnista vastaa Siun soten rekrytointiyksikkö yhdessä osastonhoitajan kanssa.

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

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

Rekrytointia jatketaan, kunnes henkilöstön määrä, osaaminen ja kelpoisuusehdot ovat yksikön toiminnan mukaisia.

7.3 Perehdytys

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

Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään kuntoutussairaalan toimintaan ja heille sovitaan etukäteen mentori tai ohjaaja. Siun sotella on yhtenäinen perehdytysohjelma, jota käytetään perehdytyksen runkona. Siun sotella on käytössä kaikille uusille työntekijöille tarkoitettu perehdytyksen verkkokurssi. Siun soten sisäinen perehdytys sivusto pitää sisällään kuvauksen Siun soten perehdytysohjelmasta, perehdytykseen valmistautumisesta, itse perehdyttämisestä, perehdytyksen arvioinnista sekä perehdytyksen jälkeisestä mentoroinnista, ohjeet perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen sekä perehdytyksen työkalupakin.

Perehdytyksen tukena käytetään esim. infektioiden torjunnan ja lääkehoidon perehdytyslistaa sekä yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja omavalvontasuunnitelmaa. Turvallisuuteen liittyvät asiat käydään turvallisuuskansiosta ja turvallisuuskävelyllä.

Uusille työntekijöille, opiskelijoille ja sijaisille on omat perehdytysuunnitelma. Perehtyjä ja vastuuperehdyttäjä käyvät säännöllisesti henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa lävitse, päivittävät ja täydentävät sitä tarpeen mukaan. Tehtävistä ja tilanteesta riippuen on suositeltavaa tarkastaa viikoittain, missä mennään ja mitä seuraavalla viikolla tapahtuu. Osastonhoitaja seuraa perehdytyksen onnistumista ja kartoittaa perehtyjän kokemuksia myös säännöllisesti. Vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän yhteisiä palautekeskusteluita suositellaan pidettäväksi noin kerran kuukaudessa. Palautekeskustelut kirjataan henkilökohtaiseen perehdytysuunnitelmaan. Perehdytysuunnitelma lähetetään perehtytyksen päätyttyä täytettynä osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi ja kirjataan sähköiseen Onni-HR -järjestelmään. Perehdyttäminen on kaikkien työntekijöiden vastuulla.

Keskeisiä perehdytettäviä asioita:

Työntekijän tehtävät yksikössä, vastuut, velvollisuudet ja oikeudet, luvat erityisesti lääkehoidon luvat potilastietojen käsittely ja tietosuojat

Omavalvontasuunnitelma ja sen toteuttaminen: on henkilöstön nähtävillä

Ilmoitusvelvollisuus: Henkilökunta on tietoinen velvoitteesta tehdä ilmoitus: Henkilökunnalla on sosiaalihuoltolain 48 § ja 49 § mukaan velvollisuus ilmoittaa viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he huomaavat tehtävässään tai saavat tietoon asian, joka uhkaa asukkaan sosiaalihuollon toteutumista.

Yleiset toimintatavat: henkilökunta on tietoinen heiltä odotettavasta toimintatavasta

Potilaan kohtelu: henkilökunta sitoutuu kohtelevaan kaikkia potilaita tasavertaisesti ja kunnioittavasti.

Potilas- ja henkilöturvallisuus, ergonomia

Itsemääräämisoikeus, rajoittamistoimenpiteet ja periaatteet

Osaamisen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus, kehityskeskustelut.

Mikäli huomataan, ettei perehdyttäminen ole toteutunut suunnitellusti, työntekijän kanssa kerrataan ja käydään asiat perehdytysuunnitelman mukaisesti.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Henkilökunta osallistuu koulutuksiin koulutussuunnitelman linjausten ja yksikön sekä työntekijän tarpeiden mukaisesti. Osa koulutuksista tulee kaikkien suorittaa. Henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään mahdollistamalla osallistuminen mm. Siun soten yhteisiin koulutuksiin. Siun soten sisäiset koulutukset ovat ensisijaisia. Koulutusta toteutetaan myös verkko-opintoina, Teamsin välityksellä ja videovälitteisinä. Sisäiset koulutukset löytyvät Onni-koulutuskalenterista. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan tilanteen mukaan. Tarvittava osaaminen varmistetaan ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa huomioiden jo olemassa oleva osaaminen sekä yksikön toiminta. Kehityskeskustelu voi olla yksilö- tai ryhmäkehityskeskusteluina.

Osaamisen lisäämiskeinona käytetään myös työkiertoa, jonka avulla työntekijä ymmärtää organisaation toimintaa laajemmin ja syvemmin sekä verkostoituu useampien ihmisten kanssa. Myös asiakkaat ja potilaat hyötyvät, kun työntekijä oppii ymmärtämään paremmin, kuinka eri palveluketjut toimivat.

Työntekijät ja opiskelijat perehtyvät potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin jo perehdytysvaiheessa sekä koko työhistoriansa ajan. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän lisähaittaa.

Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä.

Moniammatillinen henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden.

Laatuohjelma ohjaa oman toiminnan arviointiin ja sitä käytetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen.

Henkilöstö perehdytetään laatuohjelmaan ja sisältöön. Laatuportissa henkilöstö suorittaa eri lääkintälaitteiden laitepätevyydet esim. verensokerimittari, verenpainemittari.

www.verkkarit.fi:

- Lääkehoidon verkko-opinnot ja näytöt lääkehoitosuunnitelman mukaisesti (viiden vuoden välein)
- Opiskelijaohjaus taso 1 (suoritetaan kerran)
- Hätätilapotilaan tunnistaminen taso 3 (vuoden välein)
- Paloturvallisuutta taidolla (kurssi potilasturvaportissa sekä käytännönharjoitteet viiden vuoden välein)
- Yleisperhdytys verkkokurssi SiunPerhdytys (suoritetaan kerran)
- EKG-passi (5 vuoden välein)

Oppiportti:

- Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Johdon ja osastonhoitajaiden tietoturvakoulutus (osastonhoitajat, viiden vuoden välein)
- Tietoturva terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Infektioiden torjunta (kertasuoritus)

Potilasturvaportin koulutukset www.potilasturvaportti.fi:(linkki)

- Potilasturvallisuutta taidolla (suoritetaan kerran)
- Potilaan tunnistaminen (suoritetaan kerran)
- Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltilanteissa (kertasuoritus)
- Laiteturvallisuus (kertasuoritus)
- ISBAR - menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun (5 vuoden välein)
- Väsymysriskien hallinta
- Laitteisiin liittyvät vaaratilanteet
- Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta (osastonhoitajat)

Siun Soten sisäinen koulutus/ intra

- Vaaratapahtumien raportointi - patu
- RAI (THL:n verkkokoulutus)

Suosittelaa suoritettavaksi

- AVEKKI-koulutus tai vastaava (suoritetaan kerran)
- Diabetespassi (verkkarit.fi) (suoritetaan kerran)
- Hoitotyön Ergo -koulutus (suoritetaan kerran)

Työntekijä toimittaa todistuksen suorituksista osastonhoitajalle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään. Sähköisen järjestelmän avulla henkilöstön suorittamia koulutuksia voidaan seurata. Jos työntekijä ei suorita tarvittavia kursseja tai ei kykene suorittamaan lääkehoidon

osaamisaluetta, ei tällöin kyseinen työntekijä voi osallistua esim. potilaan lääkehoitoon. Tällöin pyritään etsimään työntekijälle soveltuvampaa työtä siksi aikaa kunnes tarvittavat luvat on suoritettu.

7.5 Johtamisosaaminen

Oma- ja asiakas- ja potilasturvallisuustyö vaatii määrätietoista johtamista. Johtamisen on oltava tavoitteellista ja tavoitteiden on oltava selkeitä. Yhtenä johtamisen keskeisimpänä tavoitteena on edistää asiakas- ja potilasturvallisuuden ja työyhteisön hyvinvoinnin toteutumista. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattilaisella on oikeus hyvään johtamiseen, jotta he sitoutuvat turvallisuutta edistäviin tapoihin ja niiden kehittämiseen.

Johtamisosaaminen varmistetaan jo esihenkilöiden rekrytointivaiheessa, ja yksiköihin palkataan vain ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, joiden soveltuvuus tehtäviin mitataan työhaastatteluissa. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtäväänsä 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. Esihenkilöltä 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.

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

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

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

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

Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiosastonhoitajatyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Työajan riittävyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiosastonhoitajaiden ja keski johdon palaverissa. Johtamisosaamista seurataan, arvioidaan ja kehitetään lähiosastonhoitajan, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Mitä siulle kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalaute sekä viikoittainen työhyvinvointikysely henkilöstölle.

Jokainen osastonhoitaja osallistuu Siun Soten järjestämille osastonhoitajailtä tarkoitettuun johtamisvalmennukseen. Osastonhoitajan vastuulla on myös huolehtia omasta tarvittavasta osaamisestaan ja päivittää osaamistaan aina tarpeen mukaan.

7.6 Työhyvinvointi

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

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tuetaan:

- Tyhy toiminnalla
- HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaatteen mukaisesti
- SISU-työn toimintamallilla
- Työkykylähtöisellä tehtävien uudelleen järjestämisellä
- Koulutusten avulla, esimerkiksi potilasturvaportissa suoritettava Väsymysriskien hallinta
- Työvuorosunnittelun keinoin

Osastollamme on myös olemassa yhteiset pelisäännöt. Tarvittaessa voimme järjestää työhjohtajasta tai työyhteisövalmennusta henkilökunnalle.

Työturvallisuudesta huolehtiminen

- Perehdytys
- Riskienarviointi Laatuportissa
- Turvallisuushavainnoista oppiminen
- Työterveyshuollon kanssa yhteistyön tekeminen.

Kriisitilanteissa työntekijä voi saada tukea second victim toimintamallin mukaan sekä defusing istunnoilla.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan eri palautteiden kautta esimerkiksi suora palaute suullisesti, kehityskeskustelun aikana tai kirjallinen palaute. Samoin työhyvinvoinnin yksi seuranta menetelmä on MSK-

kyselyn tulokset. Jos huomataan, että työhyvinvointia täytyisi parantaa, toimeen tartutaan välittömästi kartoittamalla mistä poikkeama johtuu ja mitä sille voidaan tehdä.

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.

Osastolla hoidetaan ikääntyneitä käytösoireisia muistisairaita ajoittain. Käytösoireiden syy sekä oireen lieventäminen ovat haastavaa hektisessä ympäristössä. Osastolla on myös ajoittain alkoholivieroituspotilaita, jolloin vieroitusoireiden huono hoitaminen voi johtaa haastaviin tilanteisiin.

Levottomille, käytösoireisille ennakoilmoitetuille potilaille pyritään järjestämään rauhallinen huone. Samoin hoitohenkilökunnan vahvuuteen kiinnitetään huomiota. Henkilökuntaa myös koulutetaan haastavien tilanteiden hallitsemiseen Avekin keinoin, jonka avulla pyritään välttämään tilanteen muuttumista kriittiseksi. Jos potilaan hoito sitä vaatii, voidaan käyttää vierihoidtajaa apuna rauhoittamaan levotonta potilasta. Hoitamisen suhteen tehdään suunnitelma huomioiden potilas- ja työturvallisuus.

Henkilökuntaa lisäkoulutetaan jatkuvasti haastavien tilanteiden hoitamisen varalta, mm. Avekki-koulutuksella. Jokainen henkilökunnasta on velvollinen päivittämään osaamistaan sekä tuomaan esille osaamisessa olevia haasteita.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Asiakas- ja potilasturvallisuutta voidaan edistää myös oppimalla onnistumisista ja erinomaisesta toiminnasta. Tämä voi tulla ilmi hyvin toimivana yhteistyönä, sujuvana työskentelytapana tai asenteena. Huomioimalla myös onnistumiset lisätään myös työntekijöiden työhyvinvointia, kun toimintaa ei kehitetä vain reagoimalla poikkeamiin ja virheisiin. Onnistumisista oppiminen korostaa, että työntekijät ovat osaavia ja joustavia ja pystyvät soveltamaan tietoa ja ohjeistusta vaihtelevissa ja monisyisissä tilanteissa siten, että asiakas saa tarvitsemansa hoidon, hoivan tai palvelun turvallisuuden vaarantumatta.

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 viikkopalaverissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalauttejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain.

Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään yksikössä.

Hyvää toimintamallia voidaan jakaa työyksikön ulkopuolelle myös osastonhoitajaiden kokouksissa. Toimintaa voidaan tämän myötä kehittää sekä arvioida onko toiminta kehittymässä oikeaan suuntaan. Onnistuneista kokemuksista sekä palkinnoista voidaan tarvittaessa tiedottaa Siun Soten intrassa ja tuoda tätä kautta tietoa onnistumisista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstö		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (linkki) • Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki) • Työturvallisuuslaki 738/2002 (linkki) • Työterveyshuoltolaki 1383/2001 (linkki) • Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työvuorosunnittelun pelisäännöt • Vuosiomaohje • Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje • Virantäyttöprosessi -ohje • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet

		<ul style="list-style-type: none"> • Johtaminen ja osastonhoitajatyö (sharepoint.com) • Henkilöturvaohje • Työhyvinvoinnin tuki • Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma • Työsuojelun toimintaohjelma
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) • Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) • Osaamisen kehittämisen suunnitelma

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

Yksikössä on käytössä Mediatri -asiakas- ja potilastietojärjestelmä, johon kirjataan hoidon kannalta olennaisista tiedot. Lisäksi käytössä olevat muut tietojärjestelmät on integroitu Mediatriin. Opiskelijat kirjaavat opiskelijan roolilla. Opiskelijakirjauksesta on olemassa erillinen ohje. Opiskelijan kirjaukset vahvistaa aina ohjaaja. Kaiken kirjaamisen tulee tapahtua viipymättä ja asianmukaisesti.

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](#)(linkki) tai [Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella](#)(linkki) ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

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.

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

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

Asiakas- ja potilastietojen kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan:

- Asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä toteuttaa erillisten tarkistuslistausten perusteella tilastointiin vaikuttavien kirjausten laadunvalvontaa yksikössä
- Kirjaamisen auditointia tehdään tarvittaessa
- Tietosuojavaltuutetut valvovat käyttölokia kuukausittain pistokokein ja satunnaisotannalla
- Asiakkaan tarkastuspyyntöön perustuvan valvonnan, joka liittyy asiakas- ja potilasrekisteriin, toteuttavat tietosuojavaltuutetut ja Kanta-palveluun liittyvän valvonnan Kansaneläkelaitos (KELA) ja tietosuojavaltuutetut.

Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmän/järjestelmien käyttöön ja tietojen kirjaamiseen. Esim. hoito- ja hoivatyöntekijöille on tarjolla kirjaamisen verkkokurssi, jonka tavoitteena on kehittää hoito- ja hoivatyön kirjaamisen osaamista sekä yhdenmukaistaa kirjaamista. Mediatrikoulutus sisältyykö perehdytykseen. Perehdytyksestä vastaa lähiosastonhoitaja ja nimetty henkilökohtainen perehdyttäjä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmään liittyvät tietojärjestelmä- ja työohjeet ovat henkilöstön saatavilla intrassa.

Mikäli huomataan asiakas- ja potilasasiakirjojen käyttöön ja käsittelyyn liittyviä epäkohtia, tehdään korjaavat toimenpiteet.

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.

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta yksikön työntekijöiltä viiden vuoden välein. Yksikön osastonhoitajat seuraavat koulutuksiin osallistumista.

Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, yksikössä toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta osastonhoitajalle välittömästi ja osastonhoitaja tekee tietosuojaloukkauksilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti.

Tietosuojajäte hävitetään organisaation ohjeiden mukaisesti. Hävittämisestä vastaa Encore Aluepalvelut Oy.

Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - sionsote.fi](https://www.sionsote.fi) (linkki).

Henkilöstön ja opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä huolehditaan:

Mikäli tietoturva/tietosuoja vaarantuu

- Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti [Miunpalvelujen](#) (linkki) kautta.
- Lisäksi tehdään vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin
- Osastonhoitajaiden vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen;
 - suorittaa tarvittavat toimenpiteet (mm. asiakastietojen korjaaminen, henkilöstön ohjeistus
 - pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa
 - suorittaa tarvittavat työnjohdolliset toimenpiteet (ml. kuuleminen, seuraamukset/sanktiot)
 - informoida loukkauksen kohteena oleva henkilö (rekisteröity) tapahtuneesta (informointi voidaan suorittaa esimerkiksi puhelimitse, asiainninyhteydessä tai kirjeellä)

- Kaikki toimenpiteet tulee arvioida tapaus- ja tilannekohtaisesti, huomioiden tapahtuman riski henkilölle, jonka tietosuojaa on loukattu (kaikkia yllämainittuja toimia ei tehdä automaattisesti jokaisen tietoturvaloukkauksen käsittelyn yhteydessä)
- Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista on ilmoitettava tietojärjestelmän valmistajalle.
- Jos havaittu poikkeama voi aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- ja potilasturvallisuudelle, poikkeamasta on ilmoitettava sähköisellä lomakkeella Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>). (linkki)
- Ilmoituksen tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviraan tekee yksikön osastonhoitaja

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

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
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	Toimintaohjeet Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007 (linkki) • Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 (linkki) • EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) • Tietosuoja laki (1050/2018) (linkki) • Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveystieteiden asiakirjojen käsittely ja arkistointi

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen • Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) • Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje • Tietosuoja- ja tietoturvapoliittika • Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja • Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma • Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus • Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaselosteet • Tietosuojan valvontasuunnitelma • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset • Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Kuvaus tilojen käytön periaatteista.

Liperin kuntoutussairaalassa on 17 potilashuonetta, yhteensä 30 potilaspaikkaa. Osastolle on esteetön pääsy hissillä eikä kynnyksiä ole osaston tiloissa. Huoneista 13 on kahden hengenhuoneita. Niissä potilaan yksityisyys taataan väliverhojen avulla hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Kahdenhengen huoneisiin on mahdollisuus tilapäisesti sijoittaa myös kolmas potilas ns. ylipaikalle. Jokaisen huoneen yhteydessä on myös wc-tila. Jokaisessa potilashuoneessa on äänieristetty ovi sekä soveltuva yövalaistus.

Yhden hengen huoneita on neljä ja niissä kaikissa on asianmukainen eristysvalmius. Yhdenhengen huoneisiin sijoitetaan pääasiassa saattohoito- ja eristystarvetta vaativia potilaita. Potilailla ei ole mahdollisuutta valita yhden hengen huonetta pelkän mieltymyksen perusteella. Yhdenhengen huoneissa hoidetaan myös muita potilaita, mikäli huonetta ei tarvita esim. saattohoitoon.

Potilaan omaisille on käytössä omaishuone vuode- ja minikeittiövarustuksella. Huonetta käytetään myös mm. hoitopalaveri- ja koulutustiloihin (verkko-opinnot) ja hiljentymiseen. Osastolla on kaksi päiväsalia, joissa potilaat kokoontuvat esim. yhteisiin ruokailuhetkiin sekä tuolijumppaan. Osaston yhteydessä on iso kokoustila, jossa pidetään mm. osastokokouksia, videovälitteisiä koulutuksia, tehdään LOVE-opintoja ja pidetään moniammatillisen tiimin kokouksia. Myös Liperin kunta varaa tilaa omiin kokouksiinsa.

Lääkehuone sijaitsee osastolla keskeisessä paikassa ja sinne on pääsy vain asianmukaisilla henkilöillä. Lääkehuonetta pidetään aina lukittuna. Muita henkilökunnan käytössä olevia huoneita ovat huuhteluhuone, apuvälinevarasto, hoitotarvike- ja liinavaatevarasto sekä siivouskomero ja hoitajien kaksi kansliaa sekä kahvihuone.

Osastolla on myös parveke, jossa potilaat voivat vieraila valvotusti. Parvekkeen ovi on turvallisuus syistä lukittuna. Poistumisreittejä on kolme, jotka pidetään vapaana ylimääräisestä tavarasta hätäpoistumista ajatellen. Osastolle pääsee kahdella hissillä, joista toinen on vain henkilökunnan käytössä. Osastolle johtavissa portaissa on kaiteet tukemaan porraskävelyä.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Jokaisen osastolla työskentelevän on tutustuttava kyseisiin asiakirjoihin. Turvallisuusvastaava perehdyttää myös suullisesti uuden työntekijän sekä turvallisuuskävelyitä järjestetään vähintään kerran vuodessa.

Jos huomataan tilojen kunnossa puutteita tai vikoja, otetaan yhteyttä Liperin kunnan kiinteistöhuoltoon hätätilanteessa soittamalla ja normaali tilanteessa sähköisellä lomakkeella.

Liperin kuntoutussairaalassa on käytössä Ascomin tuottama Miratel-hoitajakutsujärjestelmä. Järjestelmä on langallinen hoitajakutsujärjestelmä, jolla potilas voi hälyttää huoneessa olevasta potilaslaitteesta hoitajan huoneeseen painamalla kutsuhälytintä. Hälytys siirtyy puhelimeen, johon vastaamalla hoitaja ottaa hälytyksen vastaan. Hälytys näkyy potilashuoneen potilaspaneelissa, huoneen oven yläpuolella olevasta kutsu- ja läsnäolovalosta sekä käytävällä olevista näytöistä. Lisäksi kutsu näkyy kanslioissa olevista monitoreista ja pöytäpuhelimesta. Kutsujärjestelmään kuuluvista puhelimista saadaan puheyhteys potilaaseen kaikkina vuorokauden aikoina. Jokaisessa potilas- ja asiakas-WC:ssä on katosta laskeutuva langallinen kutsujärjestelmä. Tämä kutsu välittyy samoin kuin edellä mainitut - erona on, ettei wc-tiloihin saada puheyhteyttä. Potilaan tullessa osastolle näytetään potilaalle kutsujärjestelmän toiminta sekä samalla varmistetaan potilaan kutsuhälyttimen toiminta.

Sähkökatkon sattuessa ei hoitajakutsujärjestelmä toimi, tällöin hoitohenkilökunta on opastettu kiertämään huoneissa tarpeen mukaan useammin ja tarkistamaan potilaiden vointi. Muutoin järjestelmän vikaantuessa otetaan yhteyttä järjestelmän toimittajaan.

Osastolla on käytössä automaattinen paloilmoitinjärjestelmä, joka on tekninen järjestelmä, jonka tehtävänä on havaita tulipalo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti eteenpäin hätäkeskukseen ja paikalla olevalle henkilökunnalle. Lisäksi ilmoitus välitetään Liperin kunnan tekniselle henkilökunnalle. Tämän lisäksi käytävillä on saatavilla alkusammutusvälineistöä sekä paloilmoitus painikkeita, jos palo huomataan eikä automaattinen järjestelmä ole ehtinyt toimia. Tämän lisäksi osastolla on sammutusjärjestelmänä vesisprinklerijärjestelmä, jonka tehtävänä on pyrkiä sammuttamaan havaittu tulipalo. Järjestelmä toimii automaattisesti.

Kameravalvontaa ei osaston tiloissa ole. Kulunvalvonta tapahtuu henkilökunnan kulkuavaimella, josta jää merkintä kulunvalvontajärjestelmään. Kulkuavain on jokaiselle henkilökohtainen. Näin pyritään rajoittamaan asiointia kulkua osaston tiloissa sekä turvataan turvallinen ympäristö kaikille.

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

Jos huomataan missään järjestelmässä vikaa, otetaan yhteyttä järjestelmän toimittajaan tai kiinteistöhuoltoon.

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) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki) • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Pelastuslaki (379/2011) (linkki) • Säteilylaki 859/2018 (linkki) • Lääkelaki 395/1987 (linkki) • Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) (linkki) • EUn yleinen tietosuojasetus (679/2016) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelastussuunnitelmat - linkit

		<ul style="list-style-type: none"> • Poistumisturvallisuus opas • Yksikön paloturvallisuusohje • Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri • 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.

Etä- ja digipalvelut ovat kehittyviä palvelumuotoja, joiden käyttöönotossa tulee tunnistaa toimintaan liittyvät riskit. Tunnistettuja riskejä pyritään pienentämään ennakkoiden tai lieventämään näistä aiheutuvia seurauksia. Ennen etä- ja digipalveluiden käyttöönottoa tulee niistä laatia tietosuojaa koskeva vaikutustensarviointi (DPIA), jossa arvioidaan palveluihin liittyvät tietosuojaja- ja tietoturvariskit ja suunnitellaan toimenpiteet riskien pienentämiseksi.

Yksikössä ei ole vastaanottoa etä- tai digipalveluina. Henkilöstö on tarvittaessa etäpalvelujen (esim. Teams, puhelin) avulla yhteydessä terveyden- tai sosiaalihuollon henkilöstöön esim. konsultaatio- tai koulutustilanteissa. Myös potilaat tai omaiset voivat puhelimitse keskustella hoitoon liittyvistä asioista.

Henkilöstön digiosaamisen vahvistamiseksi Siun sotessa on käynnistetty vuonna 2018 digimentoritoiminta, jota kehitetään jatkuvasti. Digimentori on oman yksikön digitaitava työkaveri, työyksikkönsä digivastaava, digiosaamisen kehittäjä ja lähituki. Hän on suorittanut digimentoreille suunnatun verkkokurssin.

Digimentoritoiminnan tavoitteena on nostaa Siun soten henkilöstön digi-innokkuutta ja kasvattaa digiosaaminen tasolle, jossa työntekijä kokee digitaitonsa riittäväksi työtehtävässään suoriutumiseen. Digimentori osallistuu yksikön digisuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen lähiosastonhoitajan kanssa. Digimentorin tehtävään korvamerkitty työaika on keskimäärin 2 h viikossa. Muutostilanteissa, kuten uutta palvelua käyttöönotettaessa, työaika resursoidaan tarpeen mukaan. Työajan käytöstä sopivat digimentori ja lähiosastonhoitaja. Kun digimentorointi on yksikössä vakiintunutta, työaika vastuutehtävän hoitamiseen käytetään samanlaisesti, kuin yksikön muiden vastuutehtävien (lääkevastaava/hoitotyön laadun vastaava/turvallisuusvastaava yms) hoitamiseen eli tarvittaessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etä- ja digipalvelut Potilaat iäkkäitä, joiden digitaidot ovat puutteelliset Potilaskäytössä ei ole tietokonetta		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) • Tietosuoja-laki (1050/2018) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tietosuojaa koskeva vaikutustenarviointi (DPIA) • Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa • Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle • Valokuvan vastaanottaminen asiakkaalta suojatulla sähköpostilla -ohje • 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 vammaan diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

Yksikössä on käytössä

- verenkierron seurantaan verenpaine-, saturaatiomittareita sekä ekg-laite.
- Hengityksen tukemiseen happi- ja ilmapvirtausmittarit.
- Lääkehoidon toteuttamiseen lääkeannostelijat
- Liikkumisen turvaamiseen erilaisia apuvälineitä esim. rollaattoreja, pyörätuoleja, nostureita.

Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Kaikkien lääkinnällisiä laitteita työssään käyttävien, laitteita asiakas käyttöön luovuttavien sekä puhdistus-, huolto tai ylläpitotehtäviin osallistuvien tulee suorittaa laiteturvallisuuden verkkokurssi. Samoin jokaisen hoitohenkilökunnasta tulee suorittaa digitaaliset laitepassit Laatuportti palvelusta.

Yksikössä on käytössä laiterekisteri, jonka ylläpidosta vastaavat lääkintälaittehuolto sekä yksikön laitevastaavat. Laitevastaavat käyvät läpi yksikön laitteet ja huolehtivat laitteiden lähettämisestä vuosihuoltoon. Tarvittaessa lääkintälaittehuolto käy yksikössä huoltamassa laitteet esim. sängyt. Mitään lääkintälaitetta ei oteta käyttöön ennen laitteen käymistä tarkistuksessa lääkintälaittehuollossa.

Lääkintälaitteet hankitaan sopimustoimittajilta. Niiden hankinnassa kiinnitetään huomiota käyttötarkoitukseen sekä helppoon käytettävyyteen. Lääkintälaitteen tulee olla helposti puhdistettava. Ennen laitteen käyttämisen aloittamista hoitohenkilökunta on velvollinen tutustumaan laitteen mukana tulevaan ohjeisiin, jotta voidaan taata turvallinen käyttäminen. Lääkintälaitteiden käyttöohjeet löytyvät osastonhoitajan huoneesta. Eri lääkintälaitteisiin yksikössä perehdyttävät laitevastaavat. Oikea oppiseen apuvälineiden käyttöön perehdytyksen antaa yksikössä fysioterapeutti.

Lääkintälaitteen mennessä rikki tai vanhentuessa niin, ettei kyseiseen laitteeseen ole saatavilla enää varaosia, huolehditaan ettei laite aiheuta vaaraa tai sen rikkoutuminen ei tuota hoidon jatkuvuuteen käyttökatkoa. Vanhentuneet laitteet pyritään uusimaan tarpeen mukaan.

Osalle lääkintälaitteista on tehty omat ohjeensa joita noudatetaan yleisesti Siun Sotessa kuten [virtausmittareiden käyttämiseen](#) (linkki). Myös säännölliset harjoittelut ovat osa lääkintälaitteosaamisen ylläpitoa, kuten EKG-passin suorittaminen viiden vuoden välein tai simulaatioharjoitus sydäniskurin käyttämisestä.

Apuvälineen kanssa kotiutuja saa perehdytyksen apuvälineeseen osastolla toimivan fysioterapeutin toimesta. Apuväline toimitetaan muutamaa päivää aiemmin osastolle, jolloin pystytään varmistamaan potilaan oikea

oppinen apuvälineen käyttäminen sekä riittävä perehdytys potilaalle sekä hänen omaiselleen apuvälineen käyttöön.

Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet tulee ilmoittaa Laatuporttiin mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen.

- Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa.
- Yksikön osastonhoitajan tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan. Ilmoitukset laitteen toimittajalle sekä Fimeaan tehdään Laatuportin kautta.

Vaaraa aiheuttavan laitteen käyttäminen lopetetaan välittömästi. Laite siirretään sellaiseen paikkaan missä se ei voi aiheuttaa vaaraa ja merkitään selkeästi mikä laitteessa on vikana, milloin asia on huomattu ja onko tapahtuneen johdosta tehty huoltopyyntöä. Asiasta myös tiedotetaan osastonhoitajaa, joka tarvittaessa tekee huoltopyynnön.

Laitteiden aiheuttamia vaaratilanneilmoituksia seurataan Laatuportin avulla vuositasona. Potilaat sekä omaiset ohjataan tekemään myös Laatuporttiin potilasturvallisuusilmoituksen jos ilmenee vaaraa laitteiden käytön yhteydessä. Kotiin annettavien apuvälineiden suhteen vikojen ilmetessä pyydetään ottamaan yhteyttä apuvälinevuokraamoon.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet	Perehdytys, laitepassi	<ul style="list-style-type: none"> • EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) (linkki) • Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) (linkki) • Säteilylaki (859/2018) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje • Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje • Digitaaliset laitepassit, osastonhoitaja - tietojärjestelmäohje • Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) - tietojärjestelmäohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

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.

Liperin kuntoutussairaalan lääkehoitosuunnitelma on laadittu Siun soten lääkehoitosuunnitelma pohjalle, joka pohjautuu STM:n turvallinen lääkehoito-oppaaseen. Yksikön lääkehoito pohjautuu laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan ja sitä päivitetään tarvittaessa, vähintään vuosittain ja aina säädösten, yksikön toiminnan ja olosuhteiden muuttuessa. Päivityksestä vastaa osastonhoitaja yhteistyössä yhdessä yksikön lääkevastaavien kanssa. Patu-ilmoitusten avulla seurataan lääkehoidon laadullista toteutumista.

Osastolle voidaan antaa lääkkeitä suun kautta, suonen sisäisesti, inhalaatioita, lääkannostelijan kautta ja eri iholle tai ihon alle lihakseen tai rasvakudokseen annettavia lääkkeitä. Yksikössä ei toteuteta suonensisäistä sytostaattihoidoa, dialyysia tai jatkuvaa monitorointia vaativaa lääkehoitoa, kuten epiduraalipuudutuksia.

Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu perehdytysohjelmaan ja jokaisen hoitajan velvollisuuksiin. Uudet hoitajat perehtyvät lääkehoidon toteutukseen kokeneen hoitajan ohjaamana. Lääkehoitoon perehdytyksestä täytetään perehdytyslomake.

Lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelman hyväksyy yksiköstä vastaava lääkäri. Vuosittain tehdään lääkehuoneiden tarkistus lääkevastaavan ja sairaala-apteekin edustajan toimesta. Osastonhoitaja ja lääkevastaavat vastaavat valvonnasta ja ohjeistuksista yhteistyössä. Osastonhoitaja, lääkehoitovastaavat ja sairaanhoitajat vastaavat perehdytyksestä ja sairaala-apteekin ohjeistuksen välittämisestä henkilökunnalle.

Hoitohenkilöstön lääkehoidon osaaminen varmistetaan Siun soten ohjeistuksen mukaisesti. Henkilökunta suorittaa LOVE-lääkeopintoja - 5-vuoden välein tai tarvittaessa - saadakseen luvan huolehtia potilaan lääkehoidosta. Lisäksi suoritetaan näytöt ja osaaminen sekä muita lääkehoidon erityispiirteitä käsitteleviä verkkokursseja.

Sairaanhoitajat suorittavat:

- LOP- Lääkehoidon osaamisen perusteet
- PKV-lupa
- N-lupa
- IV-lupa
- ABO- verensiirto
- Erityisantoreitit/Lääkeannostelija
- Rokotus

Lähihoitajat suorittavat

- LOP- Lääkehoidon osaamisen perusteet
- PKV-lupa
- N-lupa
- Erityisantoreitit/Lääkeannostelija

Osastonlääkäri on päävastuussa osastolla olevien potilaiden lääkityksestä ja sen oikeellisuudesta, sekä Mediatri-tietojärjestelmässä olevista lääkelistoista. Osastolle tultuaan potilas haastatellaan ja tarkistetaan lääkelistan oikeellisuus hoitajien toimesta, samalla tarkistetaan potilaan mukana tullut lääkelista. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat huolehtivat lääkehoidon toteuttamisesta potilaille lääkemääräyksen mukaisesti. Lääkeluvat omaava sairaan- tai lähihoitaja jakaa kerran päivässä seuraavan vuorokauden lääkkeet osastolla oleville potilaille. Jokainen hoitaja huolehtii hoitamilleen potilaille työvuorossaan lääkkeet, jotka kaksoistarkastetaan aina. Vuorossaan oleva hoitaja vastaa lääkkeistä, jotka potilaalleen antaa. Ilman lääkelupia ei voi osallistua lääkehoitoon vaan silloin toinen vuorossa oleva hoitaja vastaa potilaan lääkityksen

toteuttamisesta. Lääkehoidon toteutuminen kirjataan Mediatriin sekä huomiot lääkkeiden vaikutuksesta. Suonensisäisen lääkehoidon sekä lääkeannostelijan asentamisen/aloittamisen toteuttaa aina sairaanhoitaja.

Osaston lääkkeet tilataan sairaala-apteekista osaston tarpeen mukaan. Kaikilla lääkehoitoa tekevillä sairaanhoitajilla on tilaustunnukset. Tilaukset ovat keskitetty kahteen päivään viikossa, mutta tarvittaessa voidaan tilata useammin.

Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitsemastaan lääkehoidon poikkeamasta osastonhoitajalle. Samoiten lääkehoidon tai lääkintälaitteeseen liittyvästä poikkeamasta oli se sitten läheltä piti tai tapahtui potilaalle tilanne, tehdään Laatuporttiin Patu-ilmoitus. Patu käsitellään sekä siitä keskustellaan osastopalaverissa, jossa mietitään ratkaisua ettei poikkeamaa enää syntyisi.

Mikäli potilaan lääkehoidon toteuttamisessa on sattunut haitta- tai vaaratapahtuma, niin tästä ilmoitetaan heti myös potilaalle ja tarvittaessa hänen läheiselleen joko lääkärin tai hoitajan toimesta. Potilas saa ohjeistuksen myös omaseurantaan. Asiakkaan hoitoon liittyvät ongelmatilanteet tulee aina ensisijaisesti pyrkiä selvittämään hoitavan tahon kanssa paikallisesti. Asiakkaalla on mahdollisuus ilmoittaa kokemistaan lääkehoitoon liittyvistä vaaratilanteista hoitoa antaneelle organisaatiolle myös anonymisti Laatuportin kautta Siun soten toimintamallin mukaisesti. Asiakas voi tehdä (tai erityisestä syystä suullisen) muistutuksen hoitoyksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Asiakas voi myös tehdä Suomessa tapahtuneista lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista, joista on aiheutunut hänelle henkilövahinkoa, korvauspyynnön Potilasvahinkovakuutuskeskukseen. Lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta voi myös hakea korvausta. Lisätietoa korvauksen hakemisesta on Lääkevahinkovakuutuksen sivuilla <http://www.laakevahinko.fi/>. Tarvittaessa asiakas ohjataan ottamaan yhteyttä potilas- ja sosiaaliammiehen.

Liperin kuntoutussairaalan lääkehoitosuunnitelmaan on kuvattuna lääkehoitoon liittyvät riskitilanteet yksityiskohtaisesti.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Lääkäri Helena Soininen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava osastonhoitaja: osastonhoitaja Anna Korhonen, anna.korhonen@siunsote.fi, 0133306030

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoidon turvallisuus		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Lääkelaki (395/1987) (linkki) • Lääkeasetus (693/1987) (linkki) • Huumausainelaki (373/2008) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Asiakkaan/potilaan käytössä olevan lääkityksen tarkastaminen	<p>Yksikön lääkehoitosuunnitelma</p> <p>Lääkehoidon perehdytys</p> <p>Viestintä</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje (linkki, sisäinen verkko)

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 ohjeistaa yksiköitä infektioiden leviämistä ja torjuntaa. Infektioiden torjuntayksikkö tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet, joita noudattamalla infektioiden sekä tarttuvien sairauksien leviämistä yksikössä ehkäistään. Infektio- ja työohjeet ovat jokaisen löydettävissä intrasta, johon henkilöstöllä on käyttöoikeus. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, miten infektio-tilanteissa 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 käsihuuhteen ja suojakäsineiden kulutusta sekä havainnoidaan käsihygienian toteutumista käsihygieni- edellyttävissä tilanteissa. Hoitoon liittyviä infektioita yksikössä seurataan Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmän (SAI) avulla, jotka käsitellään yksikön henkilöstön kanssa. SAI-rekisterin avulla arvioidaan tilannekohtaisesti infektion alkamispaikka, joka voi olla avohoidossa alkanut, toisessa hoitolaitoksessa alkanut tai sairaalassa alkanut infektio. Osastonhoitajat seuraavat SAI-ilmoituksia sekä Infektioiden torjuntayksikkö ajaa raportit kaikista infektioilmoituksista vuosineljänneksittäin. Raportteja hyödynnetään hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan suunnittelussa ja opetuksessa. Yksikön tyypillisimpiä infektioita ovat virtsatieinfektio, keuhkokuume, vatsataudit. Yksikössä voidaan hoitaa infektioepidemioita.

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

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

Säännöllinen ja suunnitelmallinen siivous ja tekstiilien puhtaanapito ovat olennainen osa asiakkaiden hyvinvointia ja viihtyvyyttä. Hyvä hygienia- ja puhtaus taso ennaltaehkäisee myös tarttuvien tautien leviämistä.

Potilasvaatteet tulevat osastolle pesulasta. Potilaspyykki tilataan kaksi kertaa viikossa hoitohenkilökunnan toimesta. Henkilökunnan vaatteet tilaa laitoshuolto kerran viikossa kulutuksen mukaan.

Laitoshuolto vastaa päivittäisestä osaston siivouksesta, josta on tehty puitesopimus. Sopimus määrittelee siivouksen tiheyden sekä tason. Esimerkiksi potilashuoneet siivotaan päivittäin. Siivousohjeet tulevat infektioiden torjuntayksikön kautta, jotka määrittelevät miten missäkin tilanteessa siivotaan, kuten eristyksen jälkeen. Jokaisella työntekijällä on vastuu eritetahran huomattessaan pyyhkiä eritetahra pois.

Suolistoinfektiossa tai muussa herkästi tarttuvassa infektiössä tai syyhy/täin ollessa kyseessä pyykki pakataan aina tartuntavaaralliseen liukenevaan muoviseen pyykkipussiin, joka laitetaan keltaiseen kangaspussiin. Näin ehkäistään infektion leviäminen. Tartuntavaarallista jätettä ei osastolla synny vaan jätteet kerätään huonekohtaisesti ja toimitetaan jätteisiin.

Jos huomataan, että hygienia ei ole tasonmukainen, tehostetaan siivousta sekä käydään hoitohenkilökunnan kanssa läpi jokaisen vastualueet.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

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

		<ul style="list-style-type: none">• Jäteohje 2023
--	--	---

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 muualla 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 ohjekoordinaatio toimintaa, 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-ohjelmistojä 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) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas • Videokirjaston sisällöntuottajan opas
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.

Kuntoutussairaala 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.

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	<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §.
Yhteistyötahoista tietämättömyys	perehdyttäminen	<ul style="list-style-type: none"> 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.

Kuntoutussairaalan 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
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Suunnitelmat päivitetään säännöllisesti	<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § (linkki) Valmiuslaki (1552/2011) 12 § (linkki) Pelastuslaki (379/2011) 15 § (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinnälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveysthuojelu

[Terveysthuojelulain 2 §:n](#) (linkki) mukaan toiminnanharjoittajan on tunnistettava toimintansa terveyshaittaa aiheuttavat riskit ja seurattava niihin vaikuttavia tekijöitä (omavalvonta). Toiminnanharjoittajan on suunnitelmallisesti ehkäistävä terveyshaittojen 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 terveydellisen merkityksen arvioinnista. Työterveyshuolto antaa työnantajalle toimenpidesuosituksia ja ohjeita työn terveellisyyden 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 lääkinnällisille 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 osastonhoitajalle sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, mikäli poikkeama vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta tai työturvallisuutta. Osastonhoitaja vastaa ilmoitusten käsittelystä ja korjaustoimenpiteiden eteenpäin viemisestä.

Kehittämistoimenpiteiden suunnittelun ja toteutukseen tulee osallistaa koko yksikön henkilöstö. Sisäilma on osa terveellistä ja turvallista toimintaympäristöä. Sisäilmaan liittyvien haasteiden osalta yksikön osastonhoitajat vastaavat Siun sotessa laaditun sisäilmaproessin käynnistämisestä sen etenemisestä ja siitä tiedottamisesta yhdessä teknisten palvelujen kanssa. Siun sotessa toimii sisäilmatyöryhmä, jossa moniammatillisesti käydään yhdessä läpi sisäilmakohteiden tilanne ja suunnitelmat.

Mikäli havaitaan terveydensuojeluun liittyviä epäkohtia, ollaan yhteydessä lähiosastonhoitajaan 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 osastonhoitajaan	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuojelulaki (763/1994) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sisäilmaongelman ratkaiseminen - toimintaohje • Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveysthuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri
-----------------	---	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

<p>Osastolla potilaan tullessa sisään jokaiselle laitetaan tunnisteranneke, josta käy ilmi heidän henkilöllisyytensä. Rannekeen laiton yhteydessä potilaalta varmistetaan heidän nimensä sekä henkilötunnuksensa, jos he kykenevät sen ilmaisemaan. Monesti potilaalla on jo ranneke osastolle tullessaan erikoissairaanhoidon jakson tai päivystyksen jäljiltä.</p> <p>Jokainen työntekijä on vastuullinen varmistamaan jokaisessa palvelun vaiheessa, että kyseessä on oikea henkilö. Jokainen joka huomaa, että potilaalta puuttuu tunnisteranneke, on velvollinen laittamaan potilaalle uuden rannekeen. Osastolla tarkistetaan kaksi kertaa viikossa se, että jokaisella potilaalla on tunnisteranneke kädessään.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/kuntoutujan tunnistaminen		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siunsote_SUUNNITELMA_Asiakas- ja_potilasturvallisuus_seka_laadunhallinta.docx (sharepoint.com) • Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ ja_tunnistevalineiden_kaytto.docx (sharepoint.com) • Siunsote_TIE_TYOOHJE_asiakkaan_tunnistaminen_etakaynnilla.docx (sharepoint.com)

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Hoitohenkilökunta suorittaa vuosittain hätätilan tunnistaminen ja elvytyskoulutuskokonaisuuden. Koulutuksen aikana käydään läpi NEWS-mittarin (National Early Warnin Score) käyttäminen sekä mitkä ovat MET-kriteerit. Kuntoutussairaalassa ei ole erikseen MET-ryhmää vaan lisäavuksi hälytetään omaa henkilöstöä sekä 112 hätänumeroon soittamalla. Pisteytys antaa arvion potilaan riskiluokasta ja sen hetkisestä tilasta. Jokaiselle riskiluokalle on määritelty omat toimintaohjeet ja elintoimintojen seuranta. Hoitohenkilökunta koulutetaan reagoimaan mittauksista saatuun tietoon sekä toimimaan ohjeistuksen mukaisesti. Jos huomataan, että osaamispuutteita ilmenee hätätilan tunnistamisessa, tehostetaan kouluttamista.

Kuntoutussairaalassa on oma hätätilan tunnistaminen ja elvytyskouluttaja, joten koulutuksia voidaan järjestää ympäri vuoden.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen	Vuosittaiset koulutukset	<ul style="list-style-type: none"> Terveysthuoltolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®(linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> Siunsote SUUNNITELMA Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä laadunhallinta.docx (sharepoint.com) Siunsote OKP LOMAKE huoneentaulu MET 2020 maakunta.docx (sharepoint.com) Siunsote OKP LOMAKE huoneentaulu MET 2020 keskussairaala.docx (sharepoint.com) Siunsote OKP LOMAKE hatatilapotilaan seurantaavake elvytys osastot.docx (sharepoint.com) Tiedostopankki - Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys suoritustasot toimialueittain - Kaikki tiedostot (sharepoint.com)

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Asiakas/potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhtäaikaaisesti. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi asiakkaan/potilaan kannalta toimiva, turvallinen ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan palvelunantajien välistä yhteistyötä. Tämä edellyttää toimivaa tiedonkulkua eri toimijoiden

välillä. Hoidon ja palvelun jatkuvuus ja tiedon siirtyminen tulee turvata tilanteissa, joissa asiakkaat/potilaat liikkuvat eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja palveluyksiköiden välillä.

Keskeisempiä yhteistyökumppaneita ovat Siun Soten muut yksiköt kuten esimerkiksi kotihoito, palveluasuminen, erikoissairaanhoido ja päivystys.

Kaikilla yhteistyötahoilla ei ole käytettävissä Mediatri-potilastietojärjestelmää tai järjestelmän kannassa on viive tietojen siirtymisestä. Tällöin potilaan jatkohoidon turvaamiseksi laitetaan mukaan tarvittavat kirjalliset dokumentit, kuten lääkehoidon tiedot. Raporttia ja muuta tietoa annetaan ja jatkohoitoa järjestetään puhelimitse. Lisäksi tietoa välitetään potilaan luvalla omaisille/läheisille suullisesti.

Hoitohenkilökunta on käynyt verkkokoulutuksen ISBAR-menetelmällä annettavasta raportoinnista, jonka avulla tiedon siirtäminen on turvallisempaa. Kotiutuksen yhteydessä voidaan käyttää kotiuttamisen tarkistuslistaa sekä yksikön omaa kotiutumisen prosessikuvausta. Potilaina on paljon yhteisasiakkaita, jolloin on kriittistä saada tieto potilaan avun tarpeista oikeaan osoitteeseen. Tämän vuoksi kuntoutussairaala on kotiutusyhdyshenkilö, joka varmistaa kotiuttamisen turvallisen prosessin. Sen lisäksi hoitohenkilökunta koulutuu verkkokoulutuksen avulla hallitsemaan turvallista potilassiirtoa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys	perehdytys, koulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 612/2021 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® linkki • Laki hyvinvointialueesta 611/2021 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® linkki • Terveydenhuoltolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® linkki • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® linkki

		<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen... 784/2021 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® linkki) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen... 703/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® linkki) • Sosiaali- ja terveysministeriön asetus... 825/2022 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siunsote SUUNNITELMA Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä laadunhallinta.docx (sharepoint.com) • Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus • Siunsote TYOOHJE Yhteisasiakasohjaus.docx (sharepoint.com) • Tiedostopankki - ISBAR- taskukortti - Kaikki tiedostot (sharepoint.com) • Siunsote OKP KOULUTUS ISBAR vastaan ottolomake.docx (sharepoint.com)
--	--	---

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.

Asianmukainen eli tehokas ja oikea-aikainen kivunhoito on jokaisen potilaan perusoikeus koko hoitoprosessin ajan. Kivunhoidon toteuttamiseksi potilaan kipua arvioidaan sekä tehdään suunnitelmallista hoitotyötä yhteistyössä lääkärin, hoitohenkilökunnan sekä potilaan välillä. Kivunhoidon perusta on potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan itseään käytetään kivunarviointiin hoitohenkilökunnan havainnointia elintoiminnoista, potilaan kehonliikkeistä sekä jännittyneisyydestä, ilmeistä sekä äännelemisestä. Kivun arviointia tulee tehdä ennen ja jälkeen kivunhoidon. Tavoitteena on optimaalinen kivunhoito.

Yhtenä arviointi välineenä kivunhoidossa voidaan käyttää VAS- (Visual Analogue Scale) tai NRS-mittaria (numeral rating scale 0 – 10). Mittareiden käyttämisestä on tehty [Kivun hoidon-ohjeistus](#) (linkki) työkirjaan. Ohjeistus opastaa kivunhoidon hoitamiseen. Samoin hoitohenkilökunta käy säännölliset koulutukset kivunhoidon lääkehoidosta ja suorittaa siihen liittyvät tarvittavat lääkeluvat viiden vuoden välein. Samoin hoitohenkilökuntaa kannustetaan osallistumaan sisäisiin koulutuksiin kivunhoidosta.

Kivunhoidon puutteisiin puututaan välittömästi moniammatillisen yhteistyön avulla. Tarvittaessa osastonlääkäri voi ottaa yhteyttä erikoissairaanhoidon kivunhoidon asiantuntijaan tai päivystysaikaan hoitaja voi soittaa ja konsultoida päivystävää lääkäriä kivunhoidon haasteista. Hoitohenkilöstön osaamispuutteisiin puututaan koulutuksilla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kivunhoito	Koulutus, perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX® linkki Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) linkki <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> Siunsote ANE TYOOHJE kivunhoidon ohjeistus V29052023.docx (sharepoint.com) Siunsote SUUNNITELMA Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä laadunhallinta.docx (sharepoint.com)

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.

Kaatumisen ehkäisemiseksi on olemassa useita ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tehokas kaatumisen ehkäisy sisältää kaatumisvaaran arvioinnin, henkilökohtaisen kaatumisvaaran ehkäisyn suunnitelman sekä sen systemaattisen toteuttamisen yleisten kaatumistenehkäisykeinojen lisäksi. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-

mittarin avulla. Mittari auttaa tunnistamaan henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään asiakkaan ja potilaan riskitietoihin. Frat-mittari tehdään säännöllisesti. Uusille potilaille se pyritään tekemään 8h sisällä hoitoon tulosta ja mittari päivitetään viikottain. SEPA-tilulle kirjataan tehty mittari, samoin potilastietojärjestelmää. PAKI-odottajille tämä tehdään kuukausittain ja tilanteen muuttuessa. Myös RAI-arvioinnissa arvioidaan henkilön kaatumisvaaraa.

Kaatumisvaaran ollessa kohonnut, tehostetaan kaatumisen ehkäisyn keinoja. Huolehditaan apuvälineet lähelle ja asianmukaisiksi. Soittokello lähelle, mikäli vointi vaatii hoitajan läsnäoloa liikkumiseen sekä jalkaan jarrusukat tai –tossut, joillakin käyttöön tukevat sisäkengät. Ympäristö pyritään pitämään liikkumiselle vapaana ja esteettömänä.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisevää työtä koordinoi alueellinen kaatumisten ehkäisyverkosto (AKE). Työyksiköihin on nimetty AKE-vastuuhenkilöt. AKE-verkosto järjestää vuosittain kaksi asiantuntijaluentoja sisältävää verkostoiltapäivää AKE-vastuuhenkilöille. Verkostoiltapäivissä 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 ehkäisyn verkosto on julkaissut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille mm. Kaatumisten ehkäisyn - asiakasprosessin, joka sisältää kaatumisen ehkäisyyn liittyviä oppaita ja suosituksia, tarkistuslistoja sekä asiakkaan, potilaan ja heidän läheistensä ohjaukseen liittyvää materiaalia. Asiakkaan, potilaan ja heidän läheistensä ohjauksessa hyödynnetään AKE-verkoston yhtenäistä materiaalia, mm. Pysytään pystyssä –opasta. Asiakkaille jaettavaksi on laadittu asiantuntijaluentoja pohjalta ns. huoneentaulu, johon on koottu parhaita keinoja kaatumisten ennaltaehkäisemiseen ja vähentämiseen. Lisäksi on julkaistu ammattilaisille suunnattu ”Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet” -kortti.

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

Siun sotessa kaatumisten ja putoamisten esiintyvyyttä seurataan 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 hoitojaksoista 65-vuotta täyttäneillä.

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisen ehkäisyn yhdyshenkilö: 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
Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet

		<ul style="list-style-type: none"> • Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi
Kaatumisvaarassa olevan asiakkaan/potilaan tunnistaminen	FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Yksikön koulutussuunnitelma
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje • Yksikön koulutussuunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

<p>Turvalliseen hoitoon kuuluvat ravinnontarpeen arviointi ja soveltuvan ruokavalion varmistaminen jokaisessa hoitokontaktissa. Ravitsemushoidolla pyritään edistämään terveyttä ja ravitsemushoito on myös usein sairauksien keskeinen hoitomuoto. Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemustilan- ja ravinnontarpeen arviointi sekä varsinainen ravitsemushoidon toteutus. Ravitsemustilaa voidaan arvioida selvittämällä henkilön ruuankäyttöä ravintoanamneesilla tai erilaisilla mittareilla (MNA-testit, BMI, painonmuutokset, laboratoriomääritykset lääkärin määräyksellä). Hoidon tavoitteet pyritään laatimaan yhdessä potilaan kanssa ja niiden toteutumista seurataan.</p> <p>Vaikuttavan ravitsemushoidon perustana on henkilöstön riittävä ravitsemusosaaminen ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. Eri ammattiryhmät osallistuvat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin oman tehtävänkuvansa mukaisesti. Yksikköön on laadittu yksikkökohtaiset ravitsemushoidon laatukriteerit, mitä päivitetään tarvittaessa tai vuosittain. Näiden tarkoituksena on toimia yksikön toimintaohjeena ravitsemushoitoprosessin toteuttamisessa hoitoon saapumisesta kotiutumiseen saakka. Laatukriteerit toimivat uusien hoito- ja hoivatyöntekijöiden perehdytyksen tukena.</p> <p>Ravitsemushoidon tarve on yksilöllinen. Vajaaravitut tai vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat tulee tunnistaa. Ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon henkilön ravitsemustila, lääketieteelliset ja eettiset tekijät sekä potilaan oma tahto. Siun sotessa ravitsemushoitoa ohjeistaa Ravitsemushoidon opas.</p>

Siun sotessa vajaravitsemuksen 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 lähiosastonhoitajat. Mittareiden käyttöä tulee vahvistaa.

Liperin kuntoutussairaalassa huolehditaan terveellisestä, potilaan terveydellisiin tarpeisiin vastaavasta iänmukaisesta ruokavaliosta. Potilaille tarjoillaan ruoka säännöllisesti päivän aikana, yöaikaan potilaille on mahdollisuus tarjota välipalaa. Potilaat ruokailevat vointinsa mukaan joko aulassa yhdessä muiden potilaiden kanssa tai huoneessaan ja häntä avustetaan tarvittaessa. Potilaille tarjoillaan ravintoarvoltaan ja koostumukseltaan sellaista ruokaa, jonka potilas pystyy nauttimaan, esim. soseutettua ruokaa, joka on paremmin nieltävissä. Erityisruokavaliot huomioidaan ruokatilausta tehdessä. Saattohoitopotilaiden ravitsemukseen liittyviin mielitekoihin pyritään vastaamaan tilaamalla esim. velliruokia. Potilaalla on mahdollisuus pyytää ja saada välipalaa potilaskeittiöstä ruokailuaikojen ulkopuolella.

Potilaan paino mitataan aina sairaalaan tullessa niin sanottuna tulo-ruutiinina ja tarvittaessa ajoittain hoitojakson aikana. Riittävää nesteiden saantia seurataan tarvittaessa nestelistaseurannan avulla. Tarvittaessa potilaille tarjotaan myös erilaisia lisäravinteita. Mikäli potilaan ruokahalu on alentunut esim. sairaudesta johtuen, voidaan tilata potilaiden toiveiden mukaisia ruokia, esim. hedelmiä, jäätelöä. Potilaalta ja omaisilta/läheisiltä tiedustellaan mieluuria ruokahalun herättämiseksi.

Osastolle on laadittu ravitsemushoitosuunnitelma.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • 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.

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

Painehaavojen esiintyvyyttä seurataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään tehtävän haittatapahtuma - kirjauksen avulla. Kirjausten avulla voidaan huomioida painehaavojen esiintyminen potilaan hoidossa esimerkiksi huomioimalla mahdollisuudet keventää painetta ja näin ehkäistä uusia painehaavoja. Kirjausten avulla on mahdollista selvittää yksikössä alkunsa saaneiden painehaavojen osuus sekä lääkinnällisten laitteiden/tarvikkeiden aiheuttamien painehaavojen osuus. Kuntoutussairaalassa on käytössä painetta keventäviä apuvälineitä, kuten mm. kantapäänkeventäjiä, painehaavapatjoja.

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

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavojen ehkäisy	Koulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje • BRADEN-riskiluokitusmittari
--	--	---

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske yksikköä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaushoidon turvallisuus		<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Yksiköiden omat tarkistuslistat (myös pientoimenpiteiden tarkistuslistat)

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 potilailla, joilla on muisti- tai muita rappeuttavia aivosairauksia.

Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisy tulisi aloittaa heti hoitajakson alussa ja ennaltaehkäiseviä toimia tulisi käyttää koko hoidon ajan. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi akuutin sekavuustilan riski tulisi tunnistaa.

Siun Sotella on tullut uutena käyttöön hoitoketju [akuutin sekavuustilan hoitamiseksi](#) (linkki). Osastolla monisairaat, muistisairaat, ikääntyneet kuuluvat akuutin sekavuustilan suurimpaan riskiryhmään. Sekavuustilan seulontaan ei ole käytössä mittareita, hoitajat tarkkailevat ja kirjaavat jokaisessa vuorossa huomionsa Mediatriin ja vievät tietoa osastonlääkärille. 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
Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	Koulutus	<ul style="list-style-type: none"> Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) Akuutti sekavuustila hoitopolku(linkki)

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden 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.

Kuntoutussairaaloissa nikotiinituotteiden puheeksiotto on luontevaa, koska yksiköt ovat savuttomia. Potilaat toki pääsevät menemään ulos tupakalle, mutta sinne pitäisi päästä menemään yksin. Tupakkakopit sijaitsevat kiinteistöstä jonkin matkan päässä savuhaittojen ja paloriskin minimoimiseksi. Potilaille ohjataan nikotiinikorvausvalmisteiden aloittaminen heti tupakoinnin tavan varmistuttua. Korvaushoito on olennaista, ettei vieroitusoireet vaikeuta muuta paranemista.

Mediatriin saa kirjattua HOI-PTH:lle tupakoinnista otsikolla "tupakointistatus". Kuntoutussairaaloissa käytettävässä hoitotyön merkinnöissä kirjaus taas tehdään terveystyöryhmä- ja pääotsikon alle. Tarpeena löytyy "tupakointi" ja "muu riippuvuus". Toiminto-komponenttina on "tupakoinnin seuranta" ja "muiden riippuvuuksien seuranta", joiden alle tupakoinnin havaitseminen ja sen huomioiminen hoidossa kirjataan. Mediatriissa on tupakoinnin mittaamista varten HSI-testi. Tämä tehdään, mikäli tupakointitilasta löytyy.

Muiden nikotiinituotteiden käyttö kirjataan HOI-PTH:lle nikotiinituote-otsikolla. Kuntoutussairaaloissa hoitotyönmerkintöihin "muiden riippuvuuksien" alle. Mittareista käytössä on Nuuskatesti.

Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon. 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 puheeksioton 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.

Työntekijät tietävät, että työpaikka on savuton ja tupakointi työajalla on kielletty.

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.

Kuntoutussairaaloissa alkoholituotteiden puheeksiotto on luontevaa, koska yksikössä hoidossa oleminen edellyttää senhetkistä päihteettömyyttä. Edeltävästä alkoholinkäytöstä kysytään aina ja mikäli käyttöä on ollut, pohditaan moniammatillisesti vieroitusoireiden oireenmukaisen hoidon aloittamista. Oireiden hoito on olennaista, etteivät vieroitusoireet vaikeuttaisi muuta paranemista.

Mediatriin saa kirjattua HOI-PTH:lle tupakoinnista otsikolla "päihteet". Kuntoutussairaaloissa käytettävässä hoitotyön merkinnöissä kirjaus taas tehdään terveyskäyttäytyminen-pääotsikon alle. Tarpeena löytyy "päihteiden käyttö" ja toiminto-komponenttina on "päihteiden käyttötottumusten seuranta" ja "hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen" sekä "hoitosopimuksen tekeminen", joiden alle alkoholinkäytön havaitseminen ja sen huomioiminen hoidossa kirjataan. Mediatriissa on alkoholinkäytön mittaamista varten AUDIT-C, AUDIT ja ADSUME-testit. Näitä tehdään, mikäli alkoholitautia löytyy.

Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon. Siinä myös alkoholi huomioituna. Muistilistaan on käytössä olevat mittarit taulukoitu. AUDIT-C on alkoholin käytön lyhytseula ja AUDIT alkoholin käytön riski-seula. ADSUME on nuorten päihdemittari. AUDIT-C:ssä naisilla matala riski on 0-4 pisteellä ja kohonnut yli 5 pisteellä. Miehillä pisterajat on 0-5/matala riski ja 6 tai yli/kohonnut riski. Yli 65-vuotiailla pisterajat ovat matalammat. Matala riski 0-3 pisteellä ja kohonnut 4 pisteellä. AUDITissa naisilla matala riski on 0-5 pisteellä, kohonnut 6-15 pisteellä. Miehillä matala riski on 0-7 pisteen kohdalla ja kohonnut 8-15 pisteellä. Korkeaan riskiin ei sukupuoli vaikuta, vaan sen raja on kaikilla 16 pistettä. Yli 65-vuotiailla pisterajat ovat matalammat. Matala riski 0-3 ja kohonnut 5 pistettä. Alle 18-vuotilaalla AUDITissa saatu 2 pistettä tuottaa mittarissa jo kohonneen riskin. Mikäli puheeksioton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Mikäli alkoholiriippuvuuden 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.

10.10.3 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.

Kuntoutussairaaloissa huumausaineiden tai muiden päihdyttävien aineiden käytön puheeksiotto on uutta. Huumeidenkäyttäjien määrä on kuitenkin lisääntymässä, joten olemme laajentaneet puheeksiottoa koskemaan kaikkea päihteidenkäyttöä. Siinä eritellessä tulee jokainen päihdeosio läpikäytyä. Yksikössä hoidossa oleminen edellyttää päihteettömyyttä. Edeltävästä päihteiden käytöstä kysytään ja mikäli käyttöä on ollut, pohditaan

moniammatillisesti vieroitusoireiden oireenmukaisen hoidon aloittamista. Oireiden hoito on olennaista, etteivät vieroitusoireet vaikeuttaisi muuta paranemista.

Mediatriin saa kirjattua HOI-PTH:lle huumeiden käytöstä otsikolla "päihteiden käyttö". Kuntoutussairaaloissa käytettävässä hoitotyön merkinnöissä kirjaus taas tehdään terveyskäyttäytyminen-pääotsikon alle. Tarpeena löytyy "päihteiden käyttö" ja toiminto-komponenttina on "päihteiden käyttötottumusten seuranta" ja "hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen" sekä "hoitosopimuksen tekeminen", joiden alle alkoholinkäytön havaitseminen ja sen huomioiminen hoidossa kirjataan. Mediatriissa on huumeiden käytön mittaamista varten CAST –testi (kannabiksen käytön seulontatesti).

Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon. Siinä myös huumeet huomioituna. Muistilistaan on käytössä olevat mittarit taulukoitu. CAST-mittarilla matala riski on 0-2 pisteen kohdalla, kohonnut riski 3-6 pisteellä ja korkea riski 7 pisteellä. Mikäli puheeksioton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Mikäli huumeiden tai muiden päihdyttävien aineiden riippuvuuden 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.

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

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

Polkuun sisältyy puheeksioton malli, joka toimii sosiaali- ja terveysthuoltoalan ammattilaiselle runkona päihteiden käytön ja pelaamisen kartoittamiseen. Malli pitää sisällään validoituja ja kansallisesti suositeltuja mittareita, joiden avulla arvioidaan, onko asiakkaan päihteiden käyttö tai pelaaminen riskitasolla.

Mikäli asiakkaalla kuvautuu riskitason päihteidenkäyttöä tai pelaamista, annetaan lyhytneuvonta, jolla pyritään

motivoimaan asiakasta muutokseen päihteiden käytön tai pelaamisen suhteen. Lyhytneuvonnan sisältö pohjautuu Käypä hoito-suositukseen ja on kestoltaan 5–10 minuuttia

Kuntoutussairaaloissa peliongelmiin puheeksiotto on uutta. peliongelmaisten määrä on kuitenkin lisääntymässä, joten olemme laajentaneet puheeksiottoa koskemaan kaikkea riippuvuutta aiheuttavien toimintojen olemassaoloa potilaiden elämässä.

Mediatriin saa kirjattua HOI-PTH:lle peliongelmaista otsikolla ”päihteet” ja ”rahapelaaminen” tai ”digipelaaminen”. Kuntoutussairaaloissa käytettävässä hoitotyön merkinnöissä kirjaus taas tehdään terveyskäyttäytyminen-päätöksen alle. Tarpeena löytyy ”muu riippuvuus” ja toiminto-komponenttina on ”muiden riippuvuuksien seuranta” ja ”hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen” sekä ”hoitosopimuksen tekeminen”, joiden alle peliongelman havaitseminen ja sen huomioiminen hoidossa kirjataan. Mediatriissa on peliongelmiin mittaamista varten PGSI –testi (rahapelaamisen haitat).

Siun sotessa on muistilista päihteiden ja pelaamisen puheeksiottoon. Muistilistaan on käytössä olevat mittarit taulukoitu. PGSI-mittarilla matala riski on 0-2 pisteen kohdalla, kohonnut riski 3-6 pisteellä ja korkea riski 7 pisteellä. Mikäli puheeksioton ja mittareiden pisteiden perusteella riski on kohonnut, potilaalle annetaan lyhytneuvontaa. Korkea riski edellyttää jo jatkoseurannan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen puolelle.

Mikäli peliriippuvuuden 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.

10.10.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

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

Ensi kertaa hoidon piiriin tulevat voivat ottaa yhteyttä puhelimitse MiePän hoitokoordinaattoriin, Hoikoon, puhelinnumero on 013 330 2145. Hoiko puhelinpalvelua on ma-pe klo 8-15.45. Hoikolle on mahdollista jättää takaisinsoittopyyntö. Uusia asiakkaita pyydetään täyttämään terpianavigaattorin kysely www.terapiavigaattori.fi hoidon tarpeen arviointia, HTA:n, sujuvoittamiseksi. Hoiko varaa tarvittaessa vastaanottoajan alueen MiePä hoitajalle.

Asiakas voi myös jättää Web-yhteydenottopyynnön alueen MiePä-hoitajalle, joka soittaa asiakkaalle varattuna ajankohtana ja tekee HTA:n. Web-ajanvarauksia voi tehdä Siun soten Mielenterveys- ja päihdepalvelujen nettisivuilta Verkkoajanvaraus - Ajanvaraus (siunsote.fi). Viranomaistaho voi ottaa yhteyttä MiePän Hoikoon myös sähköpostitse viranomaislinjan kautta.

Kun asiakas asioi esimerkiksi terveyskeskuksessa ja siellä todetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve, voidaan käyntiteksti laittaa suoraan tiedoksi oman alueen MiePä-yksikköön hoito- ja palveluketjuissa sovitun kriteeristön mukaisesti. Käyntitekstiin kirjataan oirekuvaus ja oireiden vaikutus mm. toimintakykyyn, arjessa sekä työssä/opiskeluissa selviytymiseen. Samalla arvioidaan myös itsetuhoisuutta/ itsemurhariskiä. Edelleen tekstiin kirjataan kartoitusta mm. nukkumisesta, päihteiden käytöstä sekä mahdollisesta käytössä olevasta lääkityksestä. Samalla sovitaan asiakkaan kanssa, että hänen asiansa ohjataan miepään ja tämän pitää näkyä kirjattuna. Lähettävä taho laittaa asiakkaan asian käsiteltäväksi alueen MiePä yksikköön joko sanomana erikoissairaanhoidosta tai tiedoksi-PTH viestinä perusterveydenhuollosta esim. MIEPÄ, Ilomantsi. Kirjallinen tieto siirtyvästä asiakkaasta tulee ohjautua oikeaan paikkaan tietojärjestelmässä, että se on käytettävissä hoidon alkaessa.

MiePän HTA-hoitaja käsittelee yksikköön tulleet työviestit ja sanomat, kontaktoituu tarvittaessa asiakkaaseen ja toimii hta:n mukaisesti joko hoitaen itse asiakkaan tilanteen, ohjaten muihin palveluihin tai varaten vastaanottoajan MiePä-palveluihin. Mikäli jatkohoidon järjestämisessä on kysyttävää, voi aina kääntyä hoitokoordinaattorin puoleen, puh. 013 330 2145. Mikäli hoikon puhelinlinja on varattu, kannattaa käyttää takaisinsoittopalvelua, jolloin soitetaan takaisin samana tai viimeistään seuraavana arkipäivänä.

Mielenterveyden haasteet ovat osa jokapäiväistä kuntoutussairaalan arkea. Hoitajien osaamista pidetään yllä ja varmistetaan lääkehoidon osaamisen varmistamisella sekä muulla aiheeseen liittyvällä sisäisen koulutuksen mahdollistamisella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö		<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015 (linkki) • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 • Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje • Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketju (linkki)
--	--	---

10.11 Itsemurhien ehkäisy

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

Tärkeäksi itsemurhien ehkäisyn näkökulmaksi on noussut sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen osaaminen. Itsemurhien ehkäisy –verkkokoulun tarkoituksena on lisätä erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten osaamista itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa, itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksi otossa sekä jatkohoidon suunnittelussa. Verkkokoulu on kuitenkin avoin ja maksuton kaikille kiinnostuneille.

Tulevaisuuden sote-keskushankkeessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen osatavoitteessa Miepä Pohjois-Karjala -projektissa on toteutettu viestintää kohdennetusti eri ikäryhmille mielenterveyteen ja päihteisiin sekä yleiseen hyvinvointiin liittyvien teemojen kautta. Itsemurhien ehkäisy on ollut ja tulee olemaan samalla viestinnän yksi tavoite. Tärkeänä on nähty myös sote-ammattilaisten ja asukkaiden mielenterveysosaamisen sekä mielenterveys- ja päihdetietouden lisääminen.

Monesti omaisilla voi olla taustalla omaakin mielenterveystaustaa, joka elämän kriisissä voi laukaista vaikea terveydellisen ongelman, mihin olisi hyvä kiinnittää erityishuomiota kaikkialla terveydenhuollossa.

Itsemurhavaaraa pyritään ennakoimaan läsnäolon ja kuuntelun avulla. Puheeksiotto ja keskustelun avaus asiasta on ammattilaisen tehtävä, eleli potilas itse aloita tarinointia. Aikaa tälle keskustelulle on löydyttävä itsemurhavaarassa olevien kanssa. Itsemurhayritysten tunnistamiseen on iso apu taustojen selvittämisessä. Lääkkeiden ja päihteenkäyttö, vartalolla olevat vammat, taustatilanne, mistä potilas on meille tullut ja mikä hänen kokonaisolotilansa on. Palveluunohjaus tapahtuu miepäälle päin.

Kun potilaan kohdalla todetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve, voidaan käytteksi laittaa suoraan tiedoksi oman alueen MiePä-yksikköön hoito- ja palveluketjuissa sovitun kriteeristön mukaisesti. Käytteksi kirjataan oirekuvaus ja oireiden vaikutus mm. toimintakykyyn, arjessa sekä työssä/opiskeluissa selviytymiseen. Samalla arvioidaan myös itsetuhoisuutta/ itsemurhariskiä. Edelleen tekstiin kirjataan kartoitusta mm. nukkumisesta, päihteen käytöstä sekä mahdollisesta käytössä olevasta lääkityksestä. Samalla sovitaan

asiakkaan kanssa, että hänen asiansa ohjataan miepään ja tämän pitää näkyä kirjattuna. Lähettävä taho laittaa asiakkaan asian käsiteltäväksi alueen MiePä yksikköön joko sanomana erikoissairaanhoidosta tai tiedoksi-PTH viestinä perusterveydenhuollosta esim. MIEPÄ, Ilomantsi. Kirjallinen tieto siirtyvästä asiakkaasta tulee ohjautua oikeaan paikkaan tietojärjestelmässä, että se on käytettävissä hoidon alkaessa.

MiePän HTA-hoitaja käsittelee yksikköön tulleet työviestit ja sanomat, kontaktoituu tarvittaessa asiakkaaseen ja toimii hta:n mukaisesti joko hoitaen itse asiakkaan tilanteen, ohjaten muihin palveluihin tai varaten vastaanottoajan MiePä-palveluihin. Mikäli jatkohoidon järjestämisessä on kysyttävää, voi aina kääntyä hoitokoordinaattorin puoleen, puh. 013 330 2145. Mikäli hoikon puhelinlinja on varattu, kannattaa käyttää takaisinsoittopalvelua, jolloin soitetaan takaisin samana tai viimeistään seuraavana arkipäivänä.

Mielenterveyden haasteet ovat osa jokapäiväistä kuntoutussairaalan arkea. Hoitajien osaamista pidetään yllä ja varmistetaan lääkehoidon osaamisen varmistamisella sekä muulla aiheeseen liittyvällä sisäisen koulutuksen mahdollistamisella.

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

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

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

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

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

Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kaikkien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja arjen turvallisuutta edistävää työtä. Hyvinvointialue ja kunnat vastaavat omalla toimialallaan lähisuhdeväkivallan suunnitelmallisesta ehkäisemisestä. Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö toteutuu monialaisena viranomaisten ja järjestöjen yhteistyönä, jonka taustalla vaikuttaa sekä eettinen että lakiin perustuva velvoite puuttua väkivaltaan. Suomen lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät julkiselta vallalta aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta. Suomi on sitoutunut noudattamaan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyssä Euroopan neuvostossa solmittua Istanbulin sopimusta. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on antanut hyvinvointialueille ohjeet velvoitteiden toteuttamisen tueksi, ja seuraa toimeenpanoa.

Lähi- ja perhesuhteissa tapahtuvan väkivallan ehkäisemiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, ja lähisuhdeväkivaltaan on puututtava nykyistä tehokkaammin. Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Väkivallan hyvinvointivaikutukset ovat sekä yksilö- että yhteisötasolla merkittäviä. Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, vakavia terveydellisiä ongelmia ja heikentää yksilön elämän laatua. Haitalliset vaikutukset ulottuvat myös ylisukupolvisiin ketjuihin heikentäen kansanterveyttä ja väestön hyvinvointia pitkällä tähtäimellä. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset - tutkimushankkeen tulokset osoittavat, että lähisuhdeväkivallasta aiheutuu suurempaa palveluiden tarvetta, ja kasvavia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Lähisuhdeväkivalta voi koskettaa kaikkia yhteiskuntaluokasta, kulttuurista, iästä ja sukupuolesta riippumatta ja lähisuhteessa tapahtuva väkivalta on monimuotoista. 16-74-vuotiaista suomalaisista 75% on kokenut henkistä, fyysistä tai seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa ainakin kerran elämässään. Vain 10–15 % lähisuhdeväkivallasta tulee viranomaisten tietoon. Tehokkaimmillaan lähisuhdeväkivallan preventioita toteutetaan kattavasti ennaltaehkäisevistä ja riskiryhmiin kohdennettavista interventioista akuuttiapuun. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden henkilöiden turvallisuuden ja hyvinvoinnin parantaminen alkaa ilmiön, sen moninaisuuden ja sen kokijoiden tunnistamisesta.

Puheeksi ottaminen on tärkeää. Kysyminen ja kuunteleminen. Mielenterveyden haasteet ovat osa jokapäiväistä kuntoutussairaalan arkea. Hoitajien osaamista pidetään yllä aiheeseen liittyvällä sisäisen koulutuksen mahdollistamisella.

Lue lisää: [Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#) (linkki)

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

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

Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy		<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen kartoittamisen työkaluna • Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille- minimittari • Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje
---	--	--

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankäyttö
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva potilaspaikkojen vaje	Jatkuva rekrytointi	jatkuvasti
Itsemääräisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	kokoaikainen

Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	tarvittaessa
Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtuman yhteydessä	Toimintaohje (sisältää vastuunjaon ja informoinnin sisällön)	Kevät 2024
Itsemääräisoikeuden rajoittamiseen liittyvä osaaminen	Koulutus, huomioidaan koulutussuunnittelussa	Syky 2024
Monikulttuurisuuden huomioiminen potilasohjeissa	Vieraskielisen materiaalin lisääminen	Vuosi 2024
Ravitsemustilan arviointimittareiden käyttö ja kirjaaminen	Koulutus mittareiden käytöstä Mittareiden ottaminen osaksi hoitojaksoa	Vuosi 2024
FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö ja kirjaaminen	Alueellisen Kaatumisen ehkäisyn (AKE)-työryhmän asiantuntijaluennoille osallistuminen UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssien suorittaminen AKE- vastuuhenkilön pitämien yksikön sisäisten koulutusten lisääminen	Vuosi 2024

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

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

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-OfwykI2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&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%2Db91%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

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)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_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)

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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)

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

<https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus> (linkki)

Viestit – Suomi.fi:

<https://www.suomi.fi/viestit> (linkki)