

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Laatija(t)	Kokkonen Jukka, Ylilääkäri Varonen Marjukka, Osastonhoitaja
Tarkastaja	Piironen Merja, ylihoitaja
Hyväksyjä	Jäntti Helena, palvelupäällikkö
Pvm.	25.3.2024

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	7
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	10
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	11
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	12
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	13
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	13
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	14
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	14
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	15
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	16
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	16
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	16
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	20

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	20
6.5.2	Asiakasviestintä	20
7	Henkilöstö	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	22
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	23
7.6	Työhyvinvointi	24
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	25
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	26
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	26
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	27
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	28
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	28
9.2	Etä- ja digipalvelut	29
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	30
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	32
9.5	Infektioiden torjunta	34
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	34
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	34
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	35
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	36
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	36
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	37
9.7.3	Terveydensuojelu	37
10	Palvelun sisällön omavalvonta	38
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	38
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	39

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	39
10.4	Kivunhoito	40
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	41
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	42
10.7	Painehaavojen ehkäisy	42
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	43
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	43
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	44
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	44
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	45
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	45
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	45
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	46
10.11	Itsemurhien ehkäisy	46
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	47
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	47
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	47
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	48
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	48
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	48
	Suunnitelmassa viitatu internetosoitteet.....	49

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	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Operatiivinen klinikaryhmä
Palveluyksikkö	Korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan avohoito ja potilasvastaanottotoiminta. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen asukkaat Vastaanottokäyntien määrä vuonna 2023: 15 984
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Osastonhoitaja Marjukka Varonen, 013 330 3529 marjukka.varonen@siunsote.fi

Palvelupäällikkö	Helena Jantti, helena.jantti@siunsote.fi , 013 330 3718
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Operatiivinen klinikkaryhmä on Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialueen alaista sairaalapalvelua, jota johtaa palvelujohtaja. Operatiivista klinikkaryhmää johtaa palvelupäällikkö yhdessä ylihoitajan kanssa. Operatiivisten klinikoiden ylilääkärit johtavat oman erikoisalansa toimintaa yhdessä osastonhoitajien kanssa.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka on osa operatiivista palvelualueetta, joka taas on osa terveys- ja sairaalapalvelua. Korva-, nenä- ja kurkkutien poliklinikan lähiesihenkilönä työskentelevät ylilääkäri (lääketieteellinen johto) ja osastonhoitaja (hoitotyön johto). Yksikön toiminnan päivittäisjohtaminen painottuu hoitotyön esihenkilölle.

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
Henkilöstönvuokraus (hoitohenkilöstö)	Henkilöstövuokrauspalvelut Tempore

Operatiivisen klinikkaryhmän ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkäreiden ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiantuntijoiden kanssa.

Poliklinikalla ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkäriin ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiantuntijoiden kanssa.

Yksikössä käytetään hoitohenkilökunnan äkillisissä poissaoloissa vuokratyöfirma Temporen välittämiä sijaisia. Sijaisten osaamisen ja perehdytyksen varmistamme sillä, että sijaisina käytetään vain yksikössä aiemmin

työkennelleitä hoitajia. Heidän osaamisen tasostaan huolehditaan mahdollistamalla yksikön kokouksiin ja koulutuksiin osallistuminen.

Ostopalvelun laatua ja asiakasturvallisuutta seurataan ja valvotaan jo hankintavaiheessa asettamalla tuotteille ja/tai palvelulle vähimmäisvaatimuksia. Kirurgian poliklinikan työntekijöillä ei ole ostopalvelun hankintavastuuta, työntekijöillä on velvollisuus ilmoittaa ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista omille esihenkilöille ja palvelupäällikölle. Lisäksi ostopalvelujen laatua seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta sekä asiakas- ja henkilöstöpalautteiden kautta.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Kyllä

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).

Operatiivisen klinikkaryhmän tehtävänä on tarjota Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle terveydenhuoltolain mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut, erityisesti leikkaushoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Toiminnan tavoitteena on tuottaa strategian mukaisesti oikea palvelu, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka tuottaa sekä oman erikoisalansa polikliinista vastaanottotoimintaa että virka-ajan päivystystoimintaa kaikenikäisille hyvinvointialueen asukkaille. Poliklinikan tavoitteena on tuottaa laadukasta ja yhdenvertaista erikoissairaanhoidon palvelua. Potilaiden hoidon tarve arvioidaan ja hoito järjestetään yhtenäisten lääketieteellisten perusteiden mukaisesti, hoitoon ottaminen sairaalaan edellyttää lähetettä. Sairaalassa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaalaan. Mikäli hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, arviointi ja tutkimukset on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaalaan. Tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on sairaalassa todettu.

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. Terveysthuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveyspalvelujen toteutuminen.

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

Operatiivisessa klinikkaryhmässä korostuu henkilöstön osaaminen ja osaamisen kehittäminen potilaiden turvallisen ja yhdenvertaisen hoidon järjestämisessä. Operatiivisen klinikkaryhmän toimitaa ohjaa terveydenhuoltolain keskeiset periaatteet ja Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen arvot.

Organisaation arvot ohjaavat yksikkömme päivittäistä toimintaa ja toiminnan suunnittelua.

Asiakaslähtöisyys näkyy toiminnassa laajasti. Pyrimme suunnittelemaan toimintamme niin, että asiakkaamme saavat parasta mahdollista hoitoa, parhaalla mahdollisella tavalla. Hoidon tarpeen arvio ja jatkohoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan ja/tai hänen läheisensä kanssa. Asiakkaamme ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän osallistumisensa pyritään mahdollistamaan sekä hoidon suunnitteluun että toteutukseen. Tavoitteemme on hoitaa asiakkaita yhteissymäryksessä heidän kanssaan.

Avarakatseisuus näkyy toiminnassamme siten, että arvioimme jatkuvasti toimintatapojamme ja pyrimme kehittämään niitä ajankohtaisen tutkimusnäytön ja organisaation keräämän tiedon (mm. asiakaspalautteen) perusteella. Pidämme itsemme ajan tasalla valtakunnallisissa ja globaaleissakin suuntauksissa, mahdollistamalla henkilöstölle säännölliset koulutukset ja nykyaikaiset toiminta-ohjeet.

Tavoitteenamme on tuottaa kaikille asiakkaillemme tasalaatuista hoitoa. Pyrimme huomioimaan asiakkaat kokonaisvaltaisesti, myös psyykkise, fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden näkökulmista. Huolehdimme siitä, että työ- ja toimintaympäristömme on turvallinen sekä asiakkaille että yksikkössämme työskenteleville.

Toimimme yhdenvertaisesti, kohdellen niin asiakkaitemme, kuin henkilöstöämme tasapuolisesti, sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, toimintakyvystä tai asuinpaikasta riippumatta. Arvostamme työntekijöitämme ja takaamme kaikille yhtäläiset oikeudet tulla kuulluksi ja kehittyä ammatillisesti.

Toimintamme on vastuullista ja noudatamme toiminnassa sekä toimintaa kiinteästi ohjaavaa lainsäädäntöä että organisaatiomme yleisiä ohjeistuksia. Jokainen työntekijämme on osaltaan vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Mahdollistamme osallistumisen koulutuksiin ja oman työnsä kehittämiseen, organisaation strategisten painopisteiden mukaisesti. Seuraamme aktiivisesti toimintamme

laatua tilastollisia menetelmiä ja saatua palautetta hyödyntäen. Toimintamme kehittämisessä korostuu yhteistyö ja moniammatillisuus.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaa poliklinikan lähiesihenkilö yhdessä poliklinikan ylilääkärin kanssa.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat poliklinikan osastonhoitaja ja ylilääkäri yhdessä yksikön työntekijöiden kanssa. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation yleistä omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat alustavan omavalvontasuunnitelman, jota käydään läpi työyksikössä työntekijöiden kanssa. Näin ollen työntekijöillä on mahdollisuus kommentoida suunnitelmaa ja ehdottaa siihen muutoksia. Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja tarvittaessa muutetaan henkilökunnalta saadun palautteen mukaisesti tai toiminnan luonteen muuttuessa.

Omavalvontasuunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös asiakkailta ja heidän omaisiltaan saatu palaute ja kehittämisehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on asiakkaiden nähtävillä, mikä mahdollistaa siihen perehtymisen ja tätä kautta myös kehittämisehdotusten esille tuomisen. Kehittämisehdotuksia asiakkaiden on mahdollista jättää joko suullisesti tai kirjallisesti.

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](https://www.omavalvonta-siunsote.fi) (linkki).

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan ajantasainen omavalvontasuunnitelma on nähtävissä tulosteena yksikön odotusaulassa, jolloin se on helposti asiakkaiden saatavilla. Ajantasainen suunnitelma löytyy myös Siun soten Intran tiedostopankista.

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.

Operatiivisen alueen palvelupäällikkö vastaa palvelu- ja vastuualueidensa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta, toiminnan ja palvelun laadusta sekä näiden seurannasta ja kehittämisestä. He myös varmistavat lähiesihenkilöiden resurssit henkilöstön perehdyttämiseksi turvallisuusohjeistuksiin ja turvallisuutta varmistaviin toimintatapoihin. Palvelupäälliköt vastaavat, että vuosittaiset laadun itsearviointit tehdään vastuualueella vuosikellon mukaisesti.

Ylihoitaja vastaa vastuualueensa hoitotyön asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä laadusta ja näiden edistämisestä. Hän myös vastaa turvallisen ja laadukkaan hoidon edellyttämän hoitohenkilöresurssin kohdentamisesta. Hän vastaa, että työntekijöillä on toiminnan edellyttämä pätevyys ja koulutus sekä voimassa oleva lupa harjoittaa ammattia.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla riskienhallinnasta vastaavat lähiesihenkilöt sekä osastonhoitaja että ylilääkäri. Yksikössä tehdään säännöllisesti riskienarviointi, jota päivitetään aina toiminnan muuttuessa.

Poliklinikalla tehdään myös viiden vuoden välein työpaikkaselvitys yhdessä työterveyshuollon kanssa.

Jokainen yksikön työntekijä on velvollinen tuomaan esille havaitsemansa riskit ja epäkohdat, sekä osallistumaan turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Henkilöstön kuuluu tietää yksikön tunnistetut riskit.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle on laadittu laatujärjestelmään (Laatuportti) riskienarviointi, jota päivitetään vuosittain ja tarpeen mukaan aina toiminnan muuttuessa. Riskienarvioinnissa pyritään huomioimaan yksikön toimintaan ja ympäristöön liittyvät riskit ennakkoon ja suunnittelemaan sekä toteuttamaan tarvittava ennaltaehkäisevä tai riskejä korjaava toiminta.

Poliklinikalla tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskierroja, jotka toimivat ennakoivana riskienarviointimenetelmänä. Turvallisuuskierroilla pyritään havaitsemaan mahdolliset turvallisuuspoikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä poikkeamat saadaan poistettua ja/tai hallintaan. Turvallisuuskierrojen järjestämisestä vastaa yksikön osastonhoitaja. Turvallisuuskierroille osallistuvat kaikki yksikössä työskentelevien henkilöiden edustajat, yksikön turvallisuusvastaava sekä tarvittaessa myös työsuojelun edustaja. Tehdyt riskienarvioinnit ja turvallisuuskierrojen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa osastokokouksessa ja ne löytyvät myös yksikön turvallisuuskansiosta.

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).

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella on käytössä Laatuportti- niminen laatujärjestelmä, joka toimii turvallisuuspoikkeamien havainnoinnissa ja ilmoittamisessa. Kaikki organisaation työntekijät, ammattiryhmään

katsomassa, ovat velvollisia ilmoittamaan laatupoikkeamista. Henkilökunnan on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista lähiesihenkilölle, joko suullisesti ja/tai kirjallisesti.

Asiakkaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siunsoten verkkosivuilta. Mahdollisuus vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista ilmoittamiseen on myös yksikön lähiesihenkilölle suullisesti (puhelimitse) ja/tai kirjallisesti (sähköposti).

Henkilöstöä ohjaan tekemään ilmoitus Laatuporttijärjestelmään kaikista havaitsemistaan vaaratilanteista. Muuta kautta tulleet ilmoitukset pyritään myös dokumentoimaan laatuporttijärjestelmään. Uudet työntekijät perehdytetään järjestelmän käyttöön. Laatuporttijärjestelmän käyttöä käydään säännöllisesti läpi poliklinikan osastokokouksessa, jotta ohjelman käyttö olisi sujuvaa.

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.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikkaa koskevat vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset tulevat ensimmäisenä esihenkilöille käsiteltäväksi. Esihenkilöt (hoitotyön ja lääketieteellinen lähijohto) käsittelevät ilmoitukset vastuuleidensa mukaisesti. Esihenkilön tehtävänä on selvittää poikkeaman juurisyy ja pohtia tarvittaessa moniammatillisesti, mikä on johtanut tapahtuman syntyyn. Käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuporttijärjestelmään. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan 14 vrk kuluessa ilmoituksen saapumisesta.

Esihenkilöt käsittelevät vaara- ja poikkeamatilanteet osastokokouksessa yhdessä työntekijöiden kanssa aina tarpeen vaatiessa, riippuen tulevien ilmoituksen lukumäärästä. Tällöin voidaan vielä yhdessä miettiä, miksi kyseinen poikkeama/vaaratilanne on tapahtunut ja miten jatkossa voidaan toimintaa muuttaa niin, ettei kyseinen tilanne uusiudu. Tarvittaessa asiat käsitellään moniammatillisesti eri ammatti- ja sidosryhmien kesken. Esihenkilö kirjaa käsittelyn ja ehdotetut muutokset Laatuporttijärjestelmään. Lisäksi osastokokouksesta tehdään lähiesihenkilön toimesta muistio, johon käsittelyyn liittyvät asiat kirjataan ylös.

Esihenkilö täydentää tapahtuman käsittelyssä haavaitut asiat vaara- tai poikkeamailmoitukseen ja kirjaa ilmoituksen yhteenveto-osioon ne tiedot, jotka haluaa näkyvän ilmoituksen tekijälle. Lopuksi hän kuittaa ilmoituksen valmiiksi. Kaikki vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta, jonka jälkeen ne arkistoituvat järjestelmään.

Jos vaaratilanne/haittatapahtumaa liittyy putoamiseen tai kaatumiseen tai painehaavaan, tilanteen havainnut työntekijä tekee kirjauksen tapahtumasta Laatuportti-järjestelmän lisäksi myös asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

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.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla todettuihin riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan viiveettä. Esihenkilö kirjaa ilmoituksia käsitellessään niihin yhdessä sovitut kehittämistoimenpiteet, kehittämistoimenpiteiden aikataulun ja toimenpiteistä vastaavat henkilöt. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja koordinoinnista vastaavat yksikön osastonhoitaja ja ylilääkäri. Kehittämistoimenpiteen vastuuhenkilöksi voidaan kuitenkin nimetä myös joku muu yksikön työntekijä, joka työskentelee esihenkilöiden tukemana.

Kehittämistoimenpiteiden määräaika suunnitellaan tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistoimenpiteet pyritään toteuttamaan kohtuullisessa ajassa toimenpiteen laajuudesta riippuen. Esihenkilöt seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja pitävät henkilöstön ajantasalla. Myös toiminnan kehittymistä/parantumista seurataan, jotta suunniteltujen toimenpiteiden vaikutukset ja käyttöönotto pystytään varmistamaan. Esihenkilö kirjaa seurantatiedot Laatuportti -järjestelmään.

Asiakkaiden ja/tai heidän läheistensä tekemät vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään samalla tavoin kuin henkilökunnan tekemät ilmoitukset. Palautteen antajaan ollaan yhteydessä, mikäli hän on ilmoitusta tehdessään jättänyt yhteystietonsa. Yhteydenotosta vastaavat yksikön esihenkilöt omien osaamisalueidensa mukaisesti. Saatua palautetta hyödynnetään poliklinikan toiminnan kehittämisessä mahdollisimman laajasti.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Muutosten ja korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen henkilökunnalle on aina esihenkilön vastuulla. Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla tiedottamisesta vastaavat osastonhoitaja ja ylilääkäri. Tiedottamista tehdään sekä suullisesti osastokokousten yhteydessä että kirjallisesti erillisillä muistioilla. Tarvoittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intraan sisäistä käyttöä varten.

Mikäli korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksesta on tarpeen tiedottaa laajemmin myös yksikön yhteistyötahoja, hyödynnetään tiedottamisessa Siun soten sisäistä intraa ja sähköpostitiedotusta. Mikäli on päädytty myös laajempaan asiakkaiden tiedottamiseen, konsultoidaan tällöin tarvittaessa Siun soten viestintäasiantuntijoita ja viestintäkanava valitaan viestittävän kohderyhmän perusteella.

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.

Jos asiakkaalle on hoidon tai palvelun seurauksena, tai sen viivästymisen vuoksi aiheutunut vaaratapahtuma, kerrotaan tästä potilaalle avoimesti. Tilanteesta kerrotaan mahdollisuuksien mukaan heti tapahtuneen jälkeen. Vaaratapahtuma sekä siihen vaikuttaneet tekijät ja tapahtuman seuraukset käydään läpi asiakkaan ja tarvittaessa myös hänen omaisensa kanssa. Asiakas tai hänen omaisena voi tarvita apua ja tukea tapahtuman tai sen seurausten ymmärtämiseksi ja/tai käsittelemiseksi. Vaaratapahtuman sattuessa asiakkaalle annetaan potilasasiavastaavien yhteystiedot: he neuvovat ja ohjaavat asiakasta mm. potilasvahinkoilmoituksen tekemisessä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallintaprosessi ja sähköisen ilmoituskanavan osaaminen vielä puutteellista.	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin ja sähköiseen ilmoituskanavaan.	
Vaara- ja poikkeamatilanteiden käsittely on epäsäännöllistä.	Säännöllinen tilanteiden läpikäynti.	

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).

Operatiivisen klinikkaryhmän palveluihin vaaditaan lähete perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Lähetteen käsittelyaikaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jota Operatiivisessa klinikkaryhmässä

noudatetaan. Operatiivisessa klinikkaryhmässä hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmen (3) viikon sisällä lähetteen saapumisesta.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle ohjaututaan hoitoon joko päivystyksellisesti tai perusterveydenhuollon, työterveyshuollon tai yksityisen terveydenhuollon yksikön tekemällä läheteellä. Poliklinikan lääkäri käsittelee tulleen lähetteen läheteessä kirjatun kiireellisyyden mukaisesti. On hyvä huomata, että lähetteen tehneen lääkärin määrittämä kiireellisyys koskee siis vain aikaa, jona lähete on otettava käsittelyyn erikoissairaanhoidossa, eikä se kerro esimerkiksi erikoissairaanhoidon vastaanoton järjestämisaikakohtaa. Erikoissairaanhoidossa lähetettä käsitellessään lääkäri määrittää lääketieteellisten syiden perusteella kiireellisyyden erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan hoidonarvioon. Kiireellisyys vaihtelee 1 viikosta 3 kuukauteen. Yleisimmin hoidonarvio tapahtuu erikseen varatulla lääkärin vastaanottokäynnillä. Mikäli hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, arviointi ja tutkimukset on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaalaan.

Lääkäri tekee hoidontarpeen arvion ja suunnittelee asiakkaan jatkohoidon yhteistyössä asiakkaan ja/tai hänen omaisensa kanssa, joko vastaanottokäynnillä tai puhelinvastaanotolla. Lääkärin suunnittelema hoito aloitetaan viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on sairaalassa todettu. Lääkäri määrittelee hoidon aloittamisajankohdan vastaanotolla lääketieteellisin perustein. Joissakin tilanteissa voi alkaa myös päivystyksellisesti.

Koska hoidontarpeen arviointi ja hoitoon pääsy ovat laissa säädettyjä, seurataan lakisääteisyys toteutumista säännöllisesti sekä yksikön osastonhoitajan että ylilääkärin toimesta. Lisäksi jonotilannetta käsitellään kuukausittain moniammattillisesti ja tarvittaessa raportoidaan ylöspäin. Mikäli näyttää, että lakisääteinen hoitopääsy ei toteudu, silloin moniammattillisesti pohditaan sitä, millä tavoin tilanne saataisiin korjattua ja mahdollisuuksien mukaan tehdään muutoksia toimintaan.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Operatiivisen klinikkaryhmän hoitoon pääsyä ohjaa terveydenhuoltolaki. Operatiivien klinikkaryhmä vastaa oman vastuualueensa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä poliklinikalle kiireellisyyсарvioinnin perusteella. Poliklinikka käynti tulee järjestää kohtuullisessa ajassa (3 kk). Poliklinikkakäynnillä arvioidaan leikkaushoidon kiireellisyys. Leikkaushoito tulee järjestää viimeistään kuuden (6 kk) kuukauden kuluessa poliklinikkakäynnillä tehdystä kiireellisyyden arvioinnista. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa erikoissairaanhoidon tulleen lähetteen käsittely ja sen mukaan tilannekohtainen hoidon tarve.

Asiakkaan hoitoon pääsyn toteutumista seurataan sähköisen raportointijärjestelmän avulla. Ennalta sovittuina seurattavina kriteereinä toimivat sekä hoitopääsy- että hoitotakuutiedot. Osastonhoitaja ja ylilääkäri

seuraavat hoitoon pääsyn toteutumista kuukausittain. Hoitoonpääsyä ja hoitotakuutietoja käydään säännöllisesti läpi kuukausittain sekä oman yksikön, että tarvittaessa yhteistyötahojen kesken. Hoitoonpääsyä ja hoitotakuuraportteja seurataan säännöllisesti myös sairaalapalvelujen johdon toimesta. Mikäli näyttää, että hoitojonot venyvät ja hoitoonpääsy hidastuu, silloin pyritään tarkemmin selvittämään hitauteen johtaneita syitä sekä laatimaan hoitoonpääsyä nopeuttavia toimenpiteitä.

Myös asiakkaat pystyvät seuraamaan hoitoonpääsyä Siun soten verkkosivujen kautta. Lisäksi asiakkaita tiedotetaan muutoksista hoitoonpääsystä tai yleisesti hoitojonoihin liittyen sekä paikallisten tiedotusvälineiden että organisaation verkkosivujen avulla. Lisäksi asiakkaat voivat perehtyä hoitojonoihin ja hoitoonpääsyyn esimerkiksi vuosittaisten arviointikeromusten kautta.

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.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka toimii osana hoitoprosessia, mutta ei vastaa asiakkaan terveys-, hoito- tai palvelusuunnitelmien laatimisesta. Vastaanottokäynnin yhteydessä asiakkaiden terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat, tavoitteet ja toteutus kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Asiakkaan hoitosuunnitelmista ja -tavoitteista keskustellaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa myös hänen omaisensa sekä muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. Asiakkaan hoitoa suunniteltaessa pyritään aina mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioimaan asiakkaan oma näkemys hänen terveydentilastaan sekä henkisistä, fyysisistä, sosiaalisista ja taloudellisista voimavaroistaan. Nämä pyritään ottamaan huomioon hoitoa suunniteltaessa mahdollisimman laajasti. Asiakkaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehdoista, mikäli niitä on käytettävissä. Kirjattua suunnitelmaa ja tavoitteita, sekä tavoitteiden toteutumista seurataan sekä asiakkaan käyntien yhteydessä että tarvittaessa myös terveydenhuollon ammattihenkilön aloitteesta.

Hoitohenkilökunnalla on yhtenäinen ohjeistus sekä kriteeristö siitä, mitä ja miten hoitosuunnitelmaa toteutetaan ja seurataan.

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.

Vastaanotto toiminta perustuu asiakkaiden vapaaehtoisuuteen ja asiakkaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja halutessaan myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Asiakkaan

itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat siis toimintamme lähtökohtana. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön saaman palautteen kautta. Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu myös osallistamisen kautta: asiakasta kannustetaan ja osallistetaan sekä oman hoidon suunnitteluun että motivoidaan itsehoitoon. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa näkemys hoitolinjauksia laadittaessa otetaan aina huomioon.

Asiakkaan yksityisyys huomioidaan vastaanottotilanteissa sekä tilajärjestelyillä että tietosuojan huolellisesta toteutumisesta huolehtimalla. Asiakkaan henkilötiedot ja asiakirjat käsitellään salassapitovelvollisuutta noudattaen.

Henkilöstön osaaminen asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyen varmistetaan yhtenäisillä toimintaohjeilla sekä organisaation linjaamilla yhteisillä koulutuksilla. Mikäli henkilöstöltä tai asiakkaalta itseltään nousisi esiin huoli itsemääräämisoikeuden tai yksityisyyden toteutumattomuudesta, otetaan asia selvittelyyn. Selvittelystä vastaavat alussa yksikön esihenkilöt ja tarvittaessa heidän johdolla myös muu henkilökunta ja asiakas itse.

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.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti asiakaista on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja tarvittaessa, esimerkiksi hoidon tarvetta arvioidessa tai hoitoa suunniteltaessa kuullaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista. Joissakin tilanteissa, mikäli potilas olisi varaaksi joko itselleen tai muille, hänen itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan.

Mahdolliseen uhkaavaan käyttäytymiseen pyrimme mahdollisuuksien mukaan varautumaan jo ennalta. Vastaanottotilanteeseen varataan riittävästi henkilökuntaa ja tarvittaessa paikalle pyydetään sairaalan vahtimestarit, jotka usein jo läsnäolollaan rauhoittavat tilannetta. Jos asiakas kuitenkin jatkaa uhkaavaa käyttäytymistä, eikä keskustelu ole hallintakeinona riittävä, tarvittavia rajoitustoimia toteuttavat vahtimestarit. Yksikössämme ei ole käytössä omia rajoittamisvälineitä. Rajoittamistilanteissa potilaan vointia valvovat vastaanoton lääkäri ja sairaanhoitaja. Rajoitustoimet pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä. Rajoitustoimet kirjataan potilastietojärjestelmään lääkärin ja/tai hoitajan toimesta.

Uhkaavista ja/tai asiakkaan rajoittamista vaativista tilanteista tehdään aina vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus. Tehtyjen ilmoitusten avulla seurataan sekä tapahtumien kokonaismäärää, että käytettyjä rajoitustoimia.

Henkilöstön osaaminen asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista vaativissa tilanteissa varmistetaan organisaation tarjoamilla koulutuksilla, esim. puhejudo- ja haastavat asiakas ja potilastilanne- ja väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallinta (avekki)koulutuksilla, sekä säännöllisellä kertaamisella osastokokouksissa.

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.

Yksikössämme asioivalla asiakkaalla on oikeus saada hyvää ja laadukasta hoitoa ja kohtelua. Asiakasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen eikä potilaaseen kohdistuvaa epäasiallista kohtelua hyväksytä. Mikäli epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten kanssa. Tarvittaessa tilanteen selvittelyyn voidaan pyytää mukaan operatiivisen alueen ylempää johtoa ja/tai potilasasiavastaava.

Myös eri kulttuuritaustoista tulevien asiakkaiden tarpeet otetaan huomioon. Pyrimme järjestämään tarvittavan palvelun asiakkaan äidinkielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Erilaiset aistivimmat pyritään myös huomioimaan esimerkiksi erilaisten tulkkaus- ja tukipalvelujen avulla.

Palvelun laatuun tai samaansa kohteluun tyytymätön asiakas tai hänen läheisensä ohjataan ottamaan yhteys yksikön lähiesihenkilöön (joko lääketieteellinen tai hoitotyön lähiesihenkilö) tai tekemään asiasta muistutus. Muistutuksen voi tehdä Siun soten www-sivuilla sähköisen asiointipalvelun kautta tai muistutuslomakkeella. Yhteydenoton perusteella tapahtuneesta keskustellaan asianosaisten kanssa ja keskustelen perusteella pyritään muokkaamaan käytännön toimintaa niin, että vastaavanlainen tapahtuma pyritäisiin estämään.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Yksikköön tulevat reklamaatiot käydään ensin läpi lähiesihenkilöiden toimesta. Tämän jälkeen reklamaatiot käsitellään niiden luonteesta riippuen joko osastokokouksessa yhdessä koko henkilökunnan kanssa, tai tietyn ammattiryhmän esustajien kesken. Reklamaatiot käsitellään viiveettä.

Asiakasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Poliklinikan henkilöstö neuvoo asiakasta ja/tai hänen omaistaan tarpeen mukaan. Asiakasta ja/tai omasta voidaan myös ohjata ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan, jos hänen apunsa koetaan tarpeelliseksi.

Saadut palautteet huomioidaan toiminnan kehittämisessä. Poliklinikan esihenkilöt vastaavat toiminnan kehittämisestä. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä.

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 - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](https://www.miunpalvelut.fi) (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 tietoturvaselvästi [Viestit - Suomi.fi](https://www.viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ilmoitustauluilla. Yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Asiakkaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot myös vastaanottokäynnin yhteydessä, mikäli hän niin toivoo.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Yksikössämme on käytössä sähköinen asiakaspalautekanava, jonka kautta asiakas tai hänen omaisensa voi jättää palautetta käyntiinsä liittyen. Palautekanava löytyy Siun soten verkkosivuilta. Palautekanavan kautta kohdistetun palautteen pystyy kohdentamaan tarkasti palvelua tuottaneeseen yksiköön, jolloin palaute varmasti ohjautuu perille oikein. Lisäksi käytössä on asiakaspalautteen systemaattinen kerääminen tekstiviestitse. Asiakkailla ja omaisilla on aina mahdollisuus myös jättää palautettu välittömästi vastaanottokäyntinsä jälkeen, joko suullisesti tai kirjallisesti. Sähköisen palautekanavan kautta jätetty palaute ohjautuu yksiköiden nimetyille vastuuhenkilöille käsiteltäväksi. Potilaaseen otetaan yhteyttä palautteeseen liittyen henkilökohtaisesti, mikäli asiakas tätä toivoo ja on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen.

Tekstiviestitse kerätty palaute ohjautuu myös palautejärjestelmään, josta sitä säännöllisesti kuukausittain seurataan. Tätä kautta palaute tulee aina anonymisti ja siitä syystä tekstiviestitse annettuun palautteeseen emme pysty vastaamaan.

Saatu palaute käsitellään aina säännöllisesti osastokokusten yhteydessä ja palautetta pyrimme aktiivisesti hyödyntämään yksikkömme toiminnan kehittämisessä.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Yksikössä tapahtuvassa asiakasviestinnässä hyödynnetään Siun soten olemassa olevia viestintäkanavia ja -välineitä ja asiakasviestinnässä tehdäänkin tiivistä yhteistyötä Siun soten viestintäpalvelujen kanssa. Jonkin

verran viestinnässä hyödynnetään myös Siun sote verkkosivuja sekä sosiaalisen median kanavia. Tarvittaessa voisimme hyödyntää myös mediaa. Asiakasviestintää toteutetaan myös yksikön sisällä, erilaisin asiakkaalle annettavin ohjein. Pyrimme siihen, että asiakasohjeemme ovat ajantasaiset ja sisällöltään laadukkaat.

Kokemusasiantuntijatoimintaa emme tällä hetkellä pysty hyödyntämään.

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
Henkilöstöressurssivajeesta johtuva palveluun pääsyn hidastuminen ja hoitojonojen kertyminen.	Jatkuva aktiivinen rekrytointi. Toiminnan uudelleen järjestelyt. Toiminnan muutokseen liittyvät neuvottelut ja aktiivinen yhteistyö.	
Monikulttuurisuuden luoma haaste potilaan aseman ja osallisuuden huomioimiseen liittyen.	Tulkkauspalvelun tehokas hyödyntäminen. Vieraskielisten materiaalien lisääminen.	

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Poliklinikalla työskentelee tällä hetkellä 14 hoitajaa, lääkäreitä yksikössämme on 7. Hoitohenkilökunta jakautuu edelleen niin, että hoitajista 6 työskentelee poliklinikan puolella ja 8 kuulokeskuksessa. Sekä hoitohenkilöstön että lääkärin määrä vastaa pääpiirteittäin tämänhetkistä tarvetta.

Yksikön hoitajista osa pystyy työskentelemään tarpeen mukaan useassa eri työpisteessä. Tällä ja lyhytaikaisten sijaisten hyödyntämisellä pyrimme varmistamaan henkilöstövoimavarojen riittävyyden myös äkillisten

poissaolojen aikana. Lyhytaikaiset sijaiset voivat olla joko Siun soten sisäisiä sijaisia tai ulkopuolisen sopimustuottajan välittämiä sijaisia. Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan yksikön esihenkilöiden toimesta säännöllisesti. Henkilöstöresurssia seurataan säännöllisesti myös toimialakohtaisesti. Pyrimme lisäksi suunnittelemaan toimintaamme niin, että pystyisimme ennakoimaan henkilöstöressivajeet riittävään ajoissa. Työvuoro- ja lomasuunnittelusta vastaa hoitohenkilöstön osalta osastonhoitaja ja lääkäreiden osalta ylilääkäri. Työvuorosuunnittelussa ja lomasuunnittelussa henkilökunnan toiveet pyritään huomioimaan turvaten yksikön päivittäinen toiminta ja riittävä osaaminen eri työpisteissä. Ennakoitavissa olevat poissaolot pyritään järjestelemään sijaisjärjestelyin, jotta toiminnan sujuvuus olisi turvattu.

7.2 Rekrytointi

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

Yksikön rekrytointi tapahtuu Siun soten rekrytointiyksikön kautta. Hoitohenkilöstön rekrytoinnista vastaavat sekä ylihoitaja että yksikön osastonhoitaja, lääkäreiden rekrytoinnista yksikön ylilääkäri.

Rekrytointi-ilmoitus laaditaan joko yksikön esihenkilön tai monialaisen ryhmän toimesta. Rekrytointi-ilmoituksessa kuvataan yksikön palvelujen järjestämisen liittyvä osaamistarve sekä tarvittaessa muut erikseen huomioitavat asiat. Haastateltavat valitaan hakemusten perusteella. Haastattelijoina toimii poliklinikan lähiesihenkilön kokoama 2-3 hengen tiimi. Valitun työntekijän kelpoisuus tarkistetaan Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä. (JulkiTerhikki). Lasten kanssa työskenteleviltä tarkastetaan aina rikosrekisteriote.

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.

Poliklinikan perehdytysprosessi suunnitellaan aina yksilöllisesti uuden työntekijän osaaminen huomioiden. Hoitohenkilöstön perehdytymisen suunnittelusta vastaa osastonhoitaja, lääkäreiden perehdytyksen suunnitteluvastuu on ylilääkärillä. Perehdytyksen pohjana toimii Siun soten perehdytysohjelma, mutta perehdytettävälle laaditaan lisäksi yksikkökohtainen, kirjallinen perehdytysuunnitelma, jota tarkastellaan alkuvaiheessa viikoittain perehdytyskeskustelujen yhteydessä. Perehdyttäjän nimeää yksikön esihenkilö, kun perehdyttäjän valinnasta on ensin keskusteltu yhdessä työyhteisön kanssa. Perehdytystä jaetaan tarvittaessa eri henkilöiden kesken.

Yksikössämme on myös opiskelijavastaava. Opiskelijavastaavan vastuulla on huolehtia opiskelijoiden ohjaajien sijoittelu tasapuolisesti ja näin ollen omalta osaltaan varmistaa opiskelijoiden laadukas perehdytys.

Sekä työntekijöiden perehdyttäjille että opiskelijoiden ohjaajille on tarjolla perehdytykseen liittyvää koulutusta, johon osallistuminen mahdollistetaan aina toiminnan salliessa.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Poliklinikan henkilökunnalta edellytetään laaja-alaista korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalan osaamista. Kuulokeskuksen työntekijöiltä vaaditaan lisäksi perehtyneisyyttä kuulonkuntoutukseen, sekä audionomin koulutusta. Yksikön hoitohenkilöstöllä on lisäksi jokaisella erikseen nimetyt vastualueet, joka mahdollistaa myös erityisosaamisen kehittämisen. Vastualueet tarkastetaan vuosittain ja tarvittaessa järjestellään uudestaan.

Hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisestä ja osaamisen ylläpitämisestä pidetään huolta. Henkilöstölle mahdollistetaan osallistuminen organisaation sisäisiin koulutuksiin, sekä yhteistyökumppaneiden tarjoamiin koulutuksiin, että alueellisiin koulutuspäiviin. Myös Siun soten ulkopuolisia täydennyskoulutuksia hyödynnetään. Osaamisen ylläpitämisen kannalta merkittävässä osassa ovat myös viikoittaiset tiimipalaverit sekä osastokokoukset, joista osa on keskitetty kouluttautumiseen.

Henkilöstö on suorittanut yleiset koulutukset Siun soten linjaamien suositusten mukaisesti. Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys- koulutuksen suorittaminen on kaikilla ajantasalla. Yksikköön on juuri vuoden -24 helmikuussa laadittu yksikkökohtainen osaamisen kehittämisen suunnitelma, jossa on tarkemmin pohdittu sekä osaamisen tilaa ja sen tulevaisuuden tarvetta sekä listattu suoritettavia koulutuksia. Tätä suunnitelmaa päivitämme vuosittain ja lisäksi aina toiminnan oleellisesti muuttuessa. Tämän suunnitelman laatiminen on tärkeässä osassa osaamisen ylläpitämisen ja kehittymisen seurannassa yleisellä tasolla.

Yksilökohtaisesti osaamisen tasoa seurataan myös kerran vuodessa pidettävän kehityskeskustelun yhteydessä. Viimeisimmät kehityskeskustelut on käyty vuoden -23 loppupuolella. Lisäksi vuosittain tulostetaan yhteenveto kaikista niistä koulutuksista, jotka täytyy suorittaa. Tämän yhteenvedon avulla on helppo pitää kirjanpitoa siitä, että vaaditut koulutukset ovat ajantasaisesti suoritettu.

7.5 Johtamisosaaminen

Omavalvonta- sekä asiakas- ja potilasturvallisuustyö vaatii määrätietoista johtamista. Johtamisen on oltava tavoitteellista ja tavoitteiden on oltava selkeitä. Yhtenä johtamisen keskeisimpänä tavoitteena on edistää asiakas-

ja potilasturvallisuuden ja työyhteisön hyvinvoinnin toteutumista. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattilaisella on oikeus hyvään johtamiseen, jotta he sitoutuvat turvallisuutta edistäviin työtapoihin ja niiden kehittämiseen.

Operatiivisen klinikkaryhmien viroissa noudatetaan Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Lähiesihenkilöiden tulee olla yksikkönsä osaamisalueen asiantuntija, joka soveltuvuutta arvioidaan työhaastattelussa. Lähiesihenkilölle tarjotaan perehdyttä johtamisaamien kehittymisen tueksi. Operatiivisessa klinikkaryhmän lähiesihenkilöt osallistuvat organisaation järjestämiin johtamisvalmennuksiin sekä muihin täydennyskouluksiin.

Johtamisaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu päivittäisissä keskusteluissa ja vuosittain järjestettävissä kehityskeskusteluissa. Operatiivisessa klinikkaryhmässä lähijohtajien tehtäviä organisoidaan apulaisosastonhoitajille, apulaisylilääkäreille ja eri asioiden vastuuhenkilölle, jolla pyritään varmistamaan lähijohtamisen työajan riittävyys.

Poliklinikan esihenkilöt osallistuvat säännöllisesti päivittäisjohtamista tukeviin koulutuksiin. Siun sote on lisäksi mahdollistanut kaikille esihenkilötyössä toimiville yleisen vuoden mittaisen johtamisvalmennuksen. Esihenkilö on lisäksi veloitettu osallistumaan Työturvallisuuskortti- koulutukseen. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa sekä työn suunnittelulla ja työn jakamisella. Kollegiaalinen tuki ja yhteistyö auttavat arjen haasteista selviämisessä. Työajan riittävyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palaverissa.

Lähiesihenkilöiden johtamisaamista arvioidaan jatkuvasti arkikeskusteluissa sekä vuosittain toteutuvassa kehityskeskusteilla. Myös työntekijät antavat säännöllisesti palautetta lähiesihenkilönsä johtamistyöstä sekä suullisesti että myös kirjallisesti, esimerkiksi vuosittain tapahtuvan MSK-kyselyn kautta.

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.

Yksikön henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen perustana toimii organisaation työkykyjohtamisen toimintamalli varhaisesta välittämisestä, eli ns. HAVAHU-malli. Tämän toimintamallin avulla voidaan työntekijän työssä suoriutumisen heikkeneminen sekä työkykyä vaarantavat tekijät tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa ja ennaltaehkäistä niitä. Mallin avulla pyritään myös ennaltaehkäisemään sairauspoissaoloja. Organisaatiossa on lisäksi yleisesti käytössä ns. SISU-malli, jolla työntekijän töihin paluuta tuetaan lyhyen sairauspoissaolon jälkeen ja/tai tarjotaan mahdollisuutta kevyempään työtehtävään sairausloman sijasta.

Vastuu työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevista toimintatavoista kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja

onnistumisista säännöllisesti yhdessä esimerkiksi osastokokouksissa ja yksikön kehittämispäivissä. Myös esihenkilö on työntekijöiden käytettävissä ja tukena työhyvinvointiin liittyvistä asioista keskusteluun. Säännölliset keskustelut työssä jaksamiseen ja työhyvinvoinnin ylläpitämiseen luovat pohjaa työkykyjohtamiselle. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan erilaisten keskustelujen perusteella myös vuosittaiseen henkilöstön työhyvinvointikyselyyn pohjaten.

Tyhy-toimintaan on yksikössämme panostettu monipuolisesti. Organisaation puolesta tuleva tyhy-raha (30€/hlö) käytetään yhteisölliseen toimintaan, jonka yksikössä valittu tyhy-tiimi on ehdotusten perusteella valinnut. Lisäksi yksikössä järjestetään erilaisia kausiluontoisia tapahtumia, esimerkiksi joulun aikaan työhyvinvointikalenteri, ystävänpäivän pullabuffa sekä pitsapäivät.

Vaikka kriisitilanteet ovat yksikössämme erittäin harvinaisia, on niiden esiintyminen kuitenkin mahdollista. Esihenkilö on aina työntekijän tukena kriisitilanteessa. Tarvittaessa voidaan myös järjestetä työntekijälle tai työyhteisölle erillinen kriisitilanteen purkuistunto tai kohdennettua työnohjausta. Esihenkilö tekee tiivistä yhteistyötä työterveyshuollon kanssa myös näiden asioiden tiimoilta.

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.

Haastavat vastaanottotilanteet ovat mahdollisia ja niitä esiintyy toisinaan. Yleisimmin kyse on asiakkaan epäasiallisesta käyttäytymisestä. Puhelinasioinnissa epäasiallista käyttäytymistä on vastaanottotilanteita enemmän. Haastavat tilanteet pyritään aina ennakoimaan ja yllättäväkin tilanne hoitamaan itse provosoitumatta.

Jos haastava vastaanottotilanne on tiedossa etukäteen, varaudutaan tähän niin, että vastaanotolle lisätään henkilökuntaa. Tarvittaessa voimme myös pyytää sairaalan vahtimestareita avuksi vastaanotolle. Äkillisessä tilanteessa toimitaan tilanteen vaatimalla tavalla. Käytössämme on sekä yksikön sisäinen hälytysjärjestelmä että vahtimestareille välittyvä päällekkäushälytys, joten tarvittaessa saamme apua paikan päälle nopeasti.

Haastavat asiakastilanteet käydään aina läpi tapahtuneeseen osallistuneen henkilöstön kanssa, tarvittaessa käytössämme on myös organisaation sisäistä purkuapua.

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.

Positiivisen asiakaspalautteet ohjautuvat poliklinikalle joko Siun soten yleisen palautekanavan kautta, tekstiviestillä kysytyn palautteen perusteella tai sitten yksikössä kirjallisesti tai suullisesti jätettynä palautteena. Poliklinikalle ohjautunut positiivinen palaute käsitellään aina. Riippuen tulleen palautteen kohderyhmästä, otetaan palaute käsittelyyn joko tiimipalaverissa tai yhteisesti osastokokouksen yhteydessä. Positiivisesta palautteesta tiedotetaan työyhteisön sisällä.

Positiivista palautetta hyödynnetään muun muassa uusien toimintamallien jalkauttamisessa toimintaan, sekä mahdollisesti myös yksittäisen työntekijän tai työyhteisön palkitsemisen perusteena.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten keinojen suunnittelu.	

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.

Siun sotessa on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta. Poliklinikalla kaikki kirjaukset tehdään Mediatriin. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset. Lääkäriopiskelijat seuraavat lääkäreiden työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse. Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi työntekijää perehdytetäessä sekä esihenkilön että perehdyttäjän toimesta. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Yksikön Mediatriipääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita.

Kaikki hoitotyönkirjaukset tehdään ajantasaisesti. Vastaanottoa pitävät lääkärit sanelevat käyntitekstit, jotka sihteeri kirjoittaa potilastietoihin lääkärin määrittämän kiireellisyyden mukaan. Poliklinikalla käsitellään vain hoidossa olevien potilaiden tietoja.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja, sekä tietosuojaoheistusta. Kaikki työntekijät ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Henkilökunnan velvollisuutena on suorittaa organisaation yleisesti pakollisiksi linjaamat tietoturvakoulutukset viiden vuoden välein. Uuden työntekijän perehdytyksessä painotetaan tietosuoja-asioita. Organisaatiotasolla tehdään loki-tarkastuksia ja mahdollisista tietojen urkinnasta tai väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle. Jos joudutaan käyttämään paperisia potilasasiakirjoja, niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

Yksikössämme on tehty hoitotyön kirjaamisen auditointi viimeksi 8/23 ja siitä saatuja tuloksia tullaan hyödyntämään kirjaamisen kehittämisessä. Yksikköömme on nimetty potilastietojärjestelmänpääkäyttävä, joka on mukana järjestelmään tehtyjen kirjausten laadunvalvonnassa.

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.

Yksikössämme noudatetaan organisaation laatimaa tietosuoja- ja tietoturva ohjeistusta. Henkilöstön velvollisuutena on osallistua säännöllisesti tietoturva- ja tietosuojakoulutuksiin. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että vaaditut koulutukset tulevat suoritetuksi. Möys työhohjeiden ja viranomaismääräysten noudattamisesta vastaavat viime kädessä yksikön esihenkilöt. Tietoturvaan liittyvää kertausta tai uusia ohjeistuksia käydään säännöllisesti läpi osastokokousten yhteydessä.

Tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja käytänteet käydään läpi jokaisen uuden työntekijän perehdytysvaiheessa. Perehtyjälle annetaan asiaan liittyvä kirjallinen materiaali ja he allekirjoittavat tietoturvan salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Jo perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista.

Mahdollisista havaituista tietoturva- ja/tai tietosuojapuutteista tai väärinkäytöksistä henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan esihenkilölle, joka ottaa yhteyttä tietosuojavastaavaan ja tekee tietoturvaloukkausilmoituksen organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Jos tietoturvaloukkas koskee asiakasta, häntä tiedotetaan asiasta. Myös asiakkaan itsensä on mahdollista tehdä ilmoitus organisaation verkkosivujen kautta.

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
Hoitotyön kirjaamisessa on havaittu rakenteellisia haasteita.	Kirjaamisen auditoinnin perusteella kohdennetut koulutukset.	Potilas ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista (94/2022) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

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.

Poliklinikkamme toimii päärakennuksen 1. kerroksen D-siivessä, yhdessä suu- ja leukasairauksien poliklinikan kanssa. Tilamme on suunniteltu polikliinista vastaanottoa varten. Asiakkaiden odotustila sijaitsee poliklinikan aulassa, vastaanottojen edessä ei ole odotustiloja. Erilaisten vastaanottohuoneiden lisäksi käytössämme on pienkirurgiseen toimintaan sopiva toimenpidehuone, sekä päivystys- ja toimenpidepotilaita varten erillinen rajattu seurantatila. Yksikön tilat ovat opastettuja, erikseen merkittyjä ovat hätä- ja poistumisreitit. Poliklinikkamme tilat ovat esteettömät ja tilavat, pyörätuolilla liikkuminen onnistuu.

Virka-aikana asiakkailta on vapaa pääsy tiloihimme, mutta virka-ajan ulkopuolella tiloihin pääsee vain erillisellä kulkuluvalla. Erillinen kulkulupa on vain yksikköme omilla työntekijöillä, sekä vahtimestareilla.

Lääkeiden säilytykseen varattu tila on vain henkilökunnan käytössä ja sinne pääsee vain kulkuoikeudellinen henkilöstö.

Yksikössämme on käytössä leimaukseen perustuva kulunvalvonta. Tiloissamme on automaattiset paloilmoin- ja sammutusjärjestelmät, sekä murtosuojausjärjestelmä. Näistä järjestelmistä vastaavat organisaation tila- ja henkilöturvallisuusyksikkö. Tilamme ovat avoinna virka-aikana, mutta virka-ajan ulkopuolella tiloihimme pääsee vain kulkutunnisteella. Vastaanottoiloissa tapahtuvia hätätilanteita varten yksikössämme on käytössä hätämoitusjärjestelmä ja päällekkäushälyttimet. Hälytyskutsulaitteet testataan yksikössä kahden viikon välein.

Henkilöstö koulutetaan kutsu- ja hälytyslaitteiden käyttöön jo perehdytyksessä ja käytön harjoittelua kerrataan tarpeen vaatiessa muun muassa yksikön osastokokouksissa. Turvallisuuskierroilla arvioidaan valvonnallisten ratkaisujen riittävyyttä ja toimivuutta. Henkilöstö ilmoittaa havaitsemistaan puutteista lähiesihenkilölle ja havaitut puutteet pyritään korjaamaan viipymättä.

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
Potilaskutsujärjestelmän saavutettavuus on osittain haasteellinen.	Potilaan sijoittaminen lähelle vastaanottohuonetta tai jo odotuksen järjestäminen valvotusti vastaanottohuoneessa. Riskienarviointi	

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.

Poliklinikalla on käytössä joitakin asiakkaille suunnattuja etä- ja digipalveluja. Vastaanottoaikoja, lähinnä tulleiden peruutusten tilalle, voidaan tarjota tekstiviestein, joihin asiakkaat voivat vastata. Tekstiviestipalvelu

on käytössä silloin, jos asiakas on antanut luvan tekstiviestien käyttöön. Asiakkaan suostumus sekä soveltuvuus tekstiviestitse tapahtuvaan asiointiin varmistetaan vastaanottokäynnin yhteydessä. Käytössämme on myös vastaanottoaikojen peruminen tekstiviestipalvelun kautta. Ajanvarauskirjeitä lähetetään osittain sähköisen palvelun kautta. Mikäli asiakas ei halua käyttää sähköisiä palveluja, tiedot ajanvarauksesta lähetetään tässä tapauksessa kirjeitse.

Käytössämme on myös arkisin avoinna oleva puhelinpalvelu, jota kautta asiakkailla on mahdollisuus asioida. Tätä palvelua käytettäessä asiakkaat tunnistetaan organisaation ohjeen mukaan varmistamalla asiakkaalta henkilötiedot ja tarvittaessa esittämällä lisäkysymyksiä.

Kuulokeskuksen puolella asiakkaalla on mahdollista huolehtia kuulolaitteensa säädöistä etänä. Tällöin asiakkaan tulee osata ladata älypuhelimensa sovellus, jonka kautta asiointi ja laitteen säätäminen tapahtuu. Myös tämä perustuu täysin asiakkaan omaan toivomukseen ja laitteiden käytön hallintaan.

Yksikön henkilöstön etä- ja digipalveluosaamisesta huolehdimme säännöllisellä koulutautumisella, sekä huolehtimalla siitä, että ohjeemme ja laitteemme ovat ajantasalla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etäpalvelujen käyttö koetaan hankalaksi.	Tarvittaessa opastetaan palvelujen käytössä. Tarjotaan mahdollisuus myös muuhun, kuin etänä tapahtuvaan asiointiin.	

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.

Yksikössämme on käytössä potilaiden tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavia hoitovälineitä ja laitteita, joista tavallisimpia ovat verenkierron seurantalaitteet (verenpainemittari ja happisaturaatiomittari), verensokerin seurantaan käytettävä mittari, sekä lääkinnällisen hapen antamisen välineet. Hätätilanteissa

tarvittavat elvytysvälineet ja lääkkeet on koottu siirrettävään vaunuun, joka on helppo siirtää sinne, missä tarve on. Vaunun sijainti on koko henkilökunnan tiedossa. Lääkinnällisen hapen sekä ilman käytöstä on erilliset ohjeet jokaisen happipisteen luona. Lisäksi yksikössämme on käytössä erilaisia tähystimiä ja niiden käytössä tarvittavia videotorneja. Kuulokeskuksen puolella käytämme lisäksi erilaisia laitteita kuulontutkimiseen.

Yksikössämme on käynnistymässä laiterekisterin perustaminen. Laiterekisterin ylläpidosta vastaa yksikön lähiesihenkilö yhdessä laiterekisteristä vastaavan henkilön kanssa. Yksikköömme hankitaan vain terveydenhuoltoon tarkoitettuja, CE-merkittyjä laitteita. Lääkintälaiteluolto tekee kaikille uusille käyttöön otettaville laitteille käyttöönottotarkastukset ja kirjaa ne lääkintälaiteluetteluun. Lääkintälaiteluolto myös huolehtii yksikköemme laitteiden määräaikaisista tarkastuksista. Lisäksi vastuu laitteiden toimintakunnan seurannasta ja ylläpidosta on koko henkilökunnalla.

Henkilökunnan vastuulla on perehtyä yksikköön hankittujen laitteiden käyttöön, joko opiskelemalla käyttöä itsenäisesti tai osallistumalla laitetoimittajan tai muun tahon järjestämiin koulutuksiin. Laiteosaamista laajennetaan astettain työkokemuksen karttuessa. Poliklinikan henkilökunta on suorittanut laiteturvallisuuden verkkokurssin. Esihenkilö seuraa kurssien suorittamista. Laitteiden käyttöohjeet ovat saatavilla niin, että laitteen käyttöön liittyvät asiat ovat helposti tarkastettavissa.

Yksiköstämme luovutetaan asiakkaille kuulolaitteita. Asiakkaat saavat laitteen luovutuksen yhteydessä sekä suulliset että kirjalliset ohjeet laitteen käytöstä. Opastamme lisäksi, miten tulee toimia laitteen rikkoutuessa.

Mikäli työntekijä huomaa laitteen olevan epäkunnossa, tekee hän laitteeseen liittyvän vaara- ja poikkeamailmoituksen Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pikaisesti ja ilmoittaa asiasta esihenkilölle. Esihenkilö käsittelee ilmoituksen ja huolehtii vaaratilanneilmoituksen tarvittaessa eteenpäin myös laitteen valmistajalle ja Fimealle. Mahdollisista laitteiden vikatilanteista keskustellaan moniammatillisesti ja tarvittaessa suunnitellaan laitteiden käyttöön liittyviä kehittämistoimenpiteitä.

Laitteiden käytöstä pidättäytyään, jos herää epäily laiterikosta tai muusta toimintahäiriöstä. Uusia laitteita tai välineitä hankittaessa pyritään huomioimaan mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai muut kokemukset toimintahäiriöistä tai laatu-poikkeamista.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Ei

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
Laitteen äkillinen rikkoutuminen.	Asianmukaisesta huollosta huolehtiminen, hyvät käyttöohjeet.	

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.

Yksikön lääkehoitosuunnitelman laatimisesta vastaa yksikön lähiesihenkilö yhdessä lääkehoitovastaavan kanssa. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain ja lisäksi tarpeen mukaan aina yksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Esihenkilön on varmistettava, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Esihenkilön on mahdollistettava työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Yksikön esihenkilö, lääkevastaava ja sairaala-apteekin edustaja arvioivat säännöllisesti lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin ja aloittavat tarvittavat toimenpiteet. Korjaavia toimenpiteitä ovat olleet esimerkiksi lääkkeiden säilytykseen liittyvät toimintatapojen muutokset.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona yksikköön. Lääkehoitosuunnitelma tallennetaan yksikön Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin, jolloin se on helposti koko yksikön henkilöstön luettavissa.

Yksikössämme lääkehoitoa saa toteuttaa vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut hoitoalan ammattilainen. Lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen kuuluu osana yksikön henkilöstön perehdytykseen. Esihenkilö tai nimetty vastuuhenkilö käy perehdyttävän kanssa lääkehoitosuunnitelman sisällön yleisesti läpi ja huolehtii, että perehdyttävän on mahdollisuus rauhassa tutustua suunnitelmaan. Nimetty vastuuperehdyttäjä käy läpi lääkehoitosuunnitelman sisällön käytännössä ja ohjaa turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijat perehtyvät lääkehoitoon yksikköön laaditun lääkehoitosuunnitelman avulla ja toteuttavat lääkehoitoa aina nimetyn ohjaajan valvonnassa.

Osana turvallisen lääkehoidon toteuttamista, henkilöstömme suorittaa säännöllisesti lääkehoidon koulutukset ja antaa tarvittavat osaamisen näytöt.

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä henkilökunnan ensisijainen tehtävä on seurata asiakkaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Henkeä uhkaavassa tilanteessa paikalle kutsutaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti MET-ryhmä ja järjestetään asiakkaalle tämän tarvitsema jatkoseuranta tai -hoito.

Vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään viipymättä ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja pyrkii selvittämään, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä pyritään selvittämään moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Henkilöstöä tiedotetaan vaaratapahtumasta sekä mahdollisista toiminan muutoksista osastokokouksessa. Lääkehoitoon liittyvien kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Asiakkaaseen ollaan yhteydessä tilannekohtaisen harkinnan perusteella. Yleensä yhteydenotosta vastaa hoitava lääkäri. Lääkäri antaa soittaessaan asiakkaalle ohjeet siitä, kuinka asiassa toimitaan.

Asiakkaita ohjeistetaan olemaan yhteydessä yksikköön, mikäli heille ilmaantuu oireita yksikössä määrätystä lääkkeistä.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: ylilääkäri Jukka Kokkonen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastonhoitaja Marjukka Varonen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan lääkelista ei ole ajantasalla.	Asianmukainen lääkelistan tarkastus.	

Mahdolliset lääkeaineallergiat eivät ole tiedossa.	Asiakkaan taustojen selvittäminen.	
--	------------------------------------	--

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 mikrobin esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Yksikön toimintaa ohjaa Siun soten infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus infektioiden torjunnasta. Huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen on keskeistä hoitoon liittyvien infektioiden hallinnassa. Käsihuuhteiden sijoitteluun on yksikössämme pyritty kiinnittämään huomiota, jotta huuhteet olisivat sekä henkilökunnan että asiakkaiden saatavilla. Käsihuuhteen kulutusta seurataan infektioiden torjuntayksikön toimesta säännöllisesti. Yksikössämme on myös nimetty hygieniavastaava, joka tietyin väliajoin seuraa käsihygienian oikeaoppista toteutumista. Lisäksi infektioyksiköstä käy useamman kerran vuodessa infektiohoitaja pitämässä osastokokousta sekä muistuttelemassa hygieniaan liittyvistä asioista. Henkilöstö suorittaa Siun soten linjaamat koulutukset infektioiden ehkäisyyn liittyen.

Henkilökunnan perusrokotesuora tulee olla kunnossa, jotta yksikössä työskenteleminen on mahdollista. Rokotukset varmistetaan suullisesti työhönottotilanteissa. Epäselvissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuus yksikön henkilöstön keskuudessa on kiitettävällä tasolla.

Tartuntavaarallisten asiakkaiden kohdalla tutkimustilanteet suunnitellaan noudattamalla kyseiseen tartuntavaaraan liittyviä eristyskäytäntöjä ja suojaantumista noudattamalla. Tarvittavat suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla ja käyttö on ohjeistettu ennalta. Tartuntavaaralliset potilaat pyritään aina mahdollisuuksien mukaan hoitamaan päivän viimeisinä.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Vastuu yksikkömme siisteydestä on jokaisella työntekijällä. Varsinaisesta laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja yksikön laitoshuollon palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi Polkka Oy:n edustajan kanssa.

Yksikköme jokaisessa vastaanottohuoneessa on asianmukaiset jäteastiat sekä sekajätettä, että pistävää ja viiltävää jätettä varten. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti.

Siivoukseen liittyvistä laatueroista raportoidaan eteenpäin suullisesti. Vaara- ja eroamatilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin. Ilmoitus kohdennetaan laitoshuollon esihenkilölle.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
SAI-järjestelmän käyttö puutteellista.	Perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen	Infektioidentorjuntalaki

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.

Jokaisen työntekijämme vastuulla on organisaation sisäisen tiedotuskanavan intran käytön opettelu, joka on myös osa uuden työntekijän perehdytystä. Intrasta löytyvät sekä organisaation yleiset ohjeet ja uutiset, myös yksikköme omat sivut, joihin on kerätty yksikköä koskevia tietoja ja ohjeita. Osa yksikköme henkilöstöstä vastaa erilaisen sisällön tuottamisesta intraan ja he ovat perehtyneet sisällön tuottamiseen tarkemmin. He myös huolehtivat siitä, että yksikköme ohjeet ovat ajantasalla.

Yksikössämme on käytössä paljon ohjeita, jotka on laadittu henkilöstön toimesta kansallisiin ohjeisiin ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuen. Ohjeet hyväksyy aina yksikköme ylilääkäri. Asiakkaat saavat vastaanottokäynnin yhteydessä kirjallisen ohjeen, joka heille tulostetaan käynnin yhteydessä. Kriittiseksi määriteltyjen asiakirjojen ajantasainen versio löytyy paperisena yksiköstä (esimerkiksi omavalvontasuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma).

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
Sisällöntuottajien osaamisen keskittyminen vain muutamille työntekijöille.	Osaaminen jakaminen useammalle henkilölle.	
Riittävän ajan järjestäminen ohjeiden päivittämistä ja muuta sisällön tuottoa varten.	Pyritään suunnittelemaan säännöllisesti aikaa sisällöntuottamista varten.	

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

<p>Keskeisiä yhteistyökumppaneitamme asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat, kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Yksikköömme on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuus selvitys, joiden laatimiseen ja osaamiseen ylläpitoon saamme tukea organisaation turvallisuusyksiköltä. Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyötä tehdään esimerkiksi osallistumalla säännöllisesti paloturvallisuuskoulutuksiin.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Yksikköömme on laadittu suunnitelmat normaaliolojen häiriötilanteisiin, esimerkiksi toimintaan sähkökatkon varalle. Häiriötilanteita varten järjsteään säännöllisiä harjoituksia ja toimintamalleja päivitetään harjoituksissa saatujen kokemusten ja esille nousseiden huomioiden perusteella. Suunnitelmien ja säännöllisten harjoitusten avulla pyrimme varmistamaan kriittiset toimintomme häiriötilanteissa.

Lisäksi yksikköömme noudattaa myös koko organisaatiota kattavaa suuronnettomuussuunnitelmaa, jossa yksikköömme toiminnalla on oma roolinsa.

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
Osaaminen puutteellista häiriötilanteessa.	Häiriötilanteissa toimimisen harjoittelu.	

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Yksikköömme yleisten tilojen terveellisyyttä arvioidaan vuosittain Laatuporttiin kirjattavassa riskienarvioinnissa sekä työturvallisuuskierroilla. Tämän lisäksi tilojen turvallisuuteen ja terveellisyyteen puututaan aina ongelman ilmaantueessa. Yksikössämme on koneellinen, viilentävä ilmanvaihto, jota säädetään aina tarvittaessa, jotta vastaanottohuoneissa olisi optimaalinen lämpötila ja työskentelyolosuhteet olisivat turvalliset (laitteiden kuumentumisen ehkäiseminen, lääkkeiden turvallinen säilytys). Valaistusta voidaan säätää tarpeen mukaan kaikissa tiloissa. Ääniolosuhteita hallitaan tilasuunnittelun ja äänieristyksen avulla. Säteilyä aiheuttavaa toimintaa ei yksikössämme ole.

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

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Yksikköömme tuleva asiakas tunnistautuu pääaulan ilmoittautumisautomaatilla henkilötodistuksen avulla. Mikäli ilmoittautuminen automaatilla ei ole onnistunut, voi asiakas ilmoittautua yksikössämme. Tällöin ilmoittautuminen tapahtuu joko suullisesti tai kela-kortilla. Vastaanottotilanteessa asiakasta kutsutaan nimellä. Mikäli asiakas ei itse kykene kertomaan nimeään, tunnistamisessa käytetään apuna saattajaa ja/tai asiakkaalla mahdollisesti olevaa tunnistusranneketteä. Yksikköömme vastaanottoaikoja on porrastettu niin, että odotustiloissa odottavien asiakkaiden määrä on hallittavissa. Etävastaanotolle tulevan potilaan tunnistaminen on kuvattu edellä.

Asiakkaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Häätätilapotilaan/ -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.

<p>Yksikössämme asioiva asiakas on vastaanottokäynnillään joko lääkärin ja/tai hoitajan seurannassa. Vastaanottokäynnin yhteydessä asiakkaan vointia seurataan siis joko hoitaja tai lääkärin, tai molempien toimesta. Toimenpiteiden yhteydessä asiakkaiden vointia seurataan aktiivisesti ja mikäli asiakkaan vointi sitä vaatii, järjestetään hänelle tarkoituksenmukainen hoitopaikka jatkoseuranta ja -hoitoa varten.</p> <p>Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat nähtävillä kaikissa vastaanottohuoneissamme ja häätätilanteissa asiakkaan hoitoon avuksi hälytetään sairaalan oma MET-ryhmä teho-osastolta.</p> <p>Yksikkömme henkilökunta on velvollinen suorittamaan vuosittain Häätätilan tunnistaminen ja Elvytys - koulutuskokonaisuuden (taso2), joka sisältää sekä häätätilapotilaan hoitoon liittyvän verkkokurssin että käytännön harjoittelun.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan vointi huononee äkisti vastaanottotilanteessa.	Toimintaohje häätätilapotilaan hoidosta jokaisen tiedossa.	
Mahdollinen elvytystilanne.	Elvytysosaaminen.	

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.

Teemme yksikkönä aktiivista yhteistyötä organisaation sisällä eri yksiköiden kanssa. Tärkeimpiä yhteistyötahojamme ovat eri erikoisalojen vuodeosastot, anestesia- ja leikkausyksikkö, yhteispäivystys sekä perusterveydenhuollon eri yksiköt. Teemme myös jonkin verran yhteistyötä kotihoidon kanssa. Vastaanotoilta voidaan siirtää potilaita jatkohoitoon vuodeosastoille tai yhteispäivystykseen, joilloin suullinen tiedonsiirto toteutetaan ISBAR-menetelmällä. Erikoissairaanhoidon sisällä asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot välittyvät reaaliaikaisesti yksiköstä toiseen. Perusterveydenhuollon puolelle tieto siirtyy viiveellä, josta aiheutuu jonkin verran haasteita.

Yksikkömme henkilökunta suorittaa organisaation kaikille pakolliseksi linjaaman ISBAR – suullisen tiedonkulun varmistaminen -verkkokurssin. Asianmukainen raportointi on myös osa uuden työntekijän perehdytystä.

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
Paljon palveluja käyttävät asiakkaat jäävät tunnistamatta.	Yhteisasiakkaiden palvelujen tunnistamisen lisääminen.	Siun soten prosessi yhteisasiakkuudesta.

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.

Yksikössämme asiakkaan kipua arvioidaan sanallisesti, sekä vastaanotokäynneillä että pientoimenpiteiden yhteydessä. Kivunhoitoon meillä on käytössä peruskipulääkkeitä ja puudutteita. Kivunhoidon arviointi, toteuttaminen ja jatkohoitosuunnitelma kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

Henkilöstön kivunhoitoon liittyvä osaaminen varmistetaan säännöllisellä kouluttautumisella aiheen tiimoilta. Esihenkilön vastuulla on seurata koulutusten suorittamista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Yksikössämme ehkäistään asiakkaan kaatumista tai putoamista monien tavoin. Tärkeimpänä asiana ovat turvalliset toimintatavat: asiakasta avustetaan liikkumisessa tarpeen mukaan, odotusaulan paareissa pidetään laidat ylhäällä ja asiakasta siirrettäessä turvallisuudesta huolehditaan. Lisäksi olemme huomioineet kaatumisten ennalta ehkäisyn jo tila- ja kalustesuunnittelussa. Varsinaista kaatumisen arviointia erilaisia mittareita hyödyntäen ei tehdä, koska vastaanottokäynnit ovat lyhyitä ja näin ollen myös hoitosuhde asiakkaaseen jää lyhyeksi.

Mikäli yksikössämme tapahtuisi kaatumisen tai putoamisen seurauksena vaaratapahtuma, siitä tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään ja vaaratapahtumailmoitus asiakas- ja potilastieto järjestelmään.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan kompastuminen.	Pidetään tilat siisteinä ja esteettöminä.	
Asiakkaan putoaminen paareilta.	Huolehditaan siirroissa asianmukaiset turvatoimet.	

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Yksikössämme annetaan tarpeen mukaan ohjausta vajaaravitsemuksen ehkäisemisestä, joko suullisesti tai kirjallisesti. Ohjaus kohdistetaan erityisesti syöpäpotilaisiin. Yksikkökohtaisia laatukriteerejä tai -mittareita vajaaravitsemukseen liittyen ei ole käytössä.

Vajaaravitsemuksen ennalta ehkäisyyn liittyvään koulutukseen henkilökunta osallistuu mahdollisuuksien mukaan.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Yksikössämme hoidamme asiakkaita lyhyin kontaktein ja asiakkaiden käynti vastaanotolla jää lyhyeksi. Tästä syystä emme käytä painehaavariskin arvioinnissa erityisiä mittareita. Vuodepotilaiden kohdalla, mikäli vastaanotolle pääsy venyy, huolehditaan painehaavoje ehkäisevästä asentohoidosta.

Yksikössämme on käytössä liukulevy asiakkaiden siirtojen helpottamiseksi ja ihovauroiden ehkäisemiseksi. Lisäksi on mahdollista lainata toisesta yksiköstä siirtonousturia.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Yleisimmin asiakkaat ohjautuvat leikkaushoitoon suunnitellusti, mutta toisinaan myös päivystyksellisesti. Suurin osa päivystyspotilaista siirtyy leikkaukseen vuodeosaston kautta, mutta toisinaan myös suoraan poliklinikalta. Leikkaukseen menevien asiakkaiden kohdalla noudatamme organisaation linjaamia leikkaukspotilaiden hoito-ohjeita. Varsinaista tarkastuslistaa ei ole käytössä, koska leikkaukseen menevien asiakkaiden määrä on erittäin pieni.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaussali-ilmoitusta ei osata tehdä.	Ajantasainen ohje ilmoituksen tekemisestä.	

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.

Yksikkömme vastaanottoajat ovat lyhyitä ja ennalta tuntemattoman asiakkaan poikkeavaa tai huolestuttavaa käytöstä voi olla vaikea tunnistaa. Jos asiakas itse tai hänen omaisensa tuo asian esille, siihen pyritään reagoimaan. Mikäli asiakkaan tila sitä edellyttää, niin toivomme asiakkaalle saattajaa mukaan vastaanottokäynnille. Asiakasta vastaanotolla hoitava lääkäri voi tarpeen mukaan konsultoida muun alueen asiantuntijaa (esimerkiksi hoitaja tai lääkäri), jos asiakkaan hoidon tarpeen arvio sitä edellyttää. Konsultaatioiden tarve ja muut havainnot asiakkaan voinnista kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö on lakisääteistä toimintaa, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden 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 nikotiiniuotteiden 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

Nikotiiniuotteiden 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.

Asiakkaan nikotiinituotteiden käyttö otetaan esille useassa eri vaiheessa. Lääkärin vastaanotolla arvioidaan nikotiinituotteiden käyttöä, riippuvuutta ja tarjotaan apua käytön lopettamiseen, tarjottavissa on myös kirjallista materiaalia.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan erilaisissa koulutuksissa sekä talon sisällä että ulkopuolella.

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.

Alkoholin käytöstä kysytään potilaalta vastaanottokäynnin yhteydessä suullisesti ja tarvittaessa päihteiden käyttö kirjataan ylös. Asiakas voidaan tarvittaessa edelleen ohjata hoitoon päihteiden käytön vuoksi.

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.

Mikäli asiakas tuo asian esille, pystymme huolehtimaan asiakkaan hoitoonohjauksesta.

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Mikäli asiakas tuo asian esille, pystymme huolehtimaan asiakkaan hoitoonohjauksesta.

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.

Mikäli asiakas tuo asian esille, pystymme huolehtimaan asiakkaan hoitoonohjauksesta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.11 Itsemurhien ehkäisy

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

Mikäli vastaanottotilanteessa heräisi huoli siitä, että asiakas olisi itsetuhoisin, voi lääkäri tarvittaessa lähettää asiakkaan jatkohoitoon.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

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

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

Mikäli vastaanottotilanteessa herää huoli lähisuhdeväkivallasta, otetaan tämä asiakkaan kanssa hienovaraisesti puheeksi ja tarvittaessa autetaan hoitoonhakeutumisessa. Varsinaista koulutusta lähisuhdeväkivaltaan liittyen henkilöstömme ei ole saanut.

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

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Vastuuhenkilöiden tarkastaminen	Määritellään vastuuhenkilöt	

Lääkehoidon näyttöjen vastaanottavien osaamisen varmistaminen	Näytöt ja osaamisen arviointikoulutuksen suorittaminen	
SAI-järjestelmän käytön parantaminen	Toimintaohjeet SAI-järjestelmän käytöstä.	
Tunnistetaan paremmin paljon palveluja käyttävät asiakkaat (yhteisasiakkaat)	Ohjeistus yhteisasiakkuuksien tunnistamiseen ja niiden esille tuomiseen.	

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).

Omavalvontasuunnitelman laatimisesta ja päivityksestä vastaavat yksikön osastonhoitaja ja ylilääkäri yhdessä yksikön koko henkilökunnan kanssa. Omavalvontasuunnitelman päivitys tapahtuu aina vuosittain ja tämän lisäksi aina yksikön toiminnan luonteen oleellisesti muuttuessa.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_(linkki))

Terveydensuojelulaki (763/1994):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_(linkki))

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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