

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 26L

Laatija(t)	Olli-Pekka Heikkinen, Osastonhoitaja Noora Ntaba, Apulaisosastonhoitaja Kaisa Roiha, Osaston ylilääkäri
Tarkastaja	Mireille Tarkiainen, ylihoitaja Antti Liuska, palvelupäällikkö
Hyväksyjä	Antti Liuska, vastuualueen 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	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	10
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	12
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	13
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	13
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	14
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	14
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	15
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	15
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	15
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	16
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	19
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	21

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	21
6.5.2	Asiakasviestintä	22
7	Henkilöstö	22
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	22
7.2	Rekrytointi	23
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	24
7.5	Johtamisosaaminen	25
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	27
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	28
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	28
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	28
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	29
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	31
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	31
9.2	Etä- ja digipalvelut	33
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	35
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	36
9.5	Infektioiden torjunta	39
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	39
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	40
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	41
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	41
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	41
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	42
9.7.3	Terveydensuojelu	43
10	Palvelun sisällön omavalvonta	43
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	44
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	44

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	45
10.4	Kivunhoito	46
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	47
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	48
10.7	Painehaavojen ehkäisy	49
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	50
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	50
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	51
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	51
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	52
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	52
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	53
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	53
10.11	Itsemurhien ehkäisy	54
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	54
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	55
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	55
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	56
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	56
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	56
	Suunnitelmassa viitatu internetosoitteet.....	57

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	Psykiatrian klinikaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 26L, Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto	Vuodeosasto
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Psykiatriset potilaat
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	20
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Olli-Pekka Heikkinen, olli-pekka.heikkinen@siunsote.fi , p. 0504354231 Noora Ntaba, noora.ntaba@siunsote.fi , p.0505641749

Palvelupäällikkö	Antti Liuska, antti.liuska@siunsote.fi , 0133303408
Palvelujohtaja	Vs. Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Psykiatrian klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmän johtamisesta vastaavat palvelupäällikkö ja ylilääkäri yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Vastuualueen palveluyksikköjen esihenkilöt suunnittelevat ja johtavat vastuualueen toimintaa psykiatrian klinikkaryhmän johtotiimissä.</p> <p>Osastolla 26L lähijohtajina toimivat osastonhoitaja (hoitotyön johtamisvastuu) ja ylilääkäri (lääketieteellinen johtamisvastuu). Lähiesihenkilöt ovat työnantajan edustajia, joiden tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä.</p> <p>Esihenkilöt vastaavat omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Esihenkilöt huolehtivat henkilöstövoimavarojen suunnittelusta ja johtamisesta, työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta.</p> <p>He osallistuvat työn kehittämiseen ja osaamisen varmistamiseen omilla vastuualueillaan. Työssä on otettava huomioon lainsäädännölliset näkökulmat ja toimintaohjeet sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset.</p> <p>Molemmilta edellytetään omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Esihenkilöt vastaavat toiminnan suunnittelusta, kehittämisestä, organisoinnista, konkreettisten puitteiden luomisesta, resursoinnista sekä uuden ja ajantasaisen tiedon välittämisestä.</p> <p>He vastaavat omalla vastuualueellaan toiminnan operatiivisesta johtamisesta sekä toiminnan pitkäjänteisestä kehittämisestä siten että tehtävällä on vaikutusta laajan työympäristön toimintaedellytyksiin.</p>
--

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

Palvelu	Palvelutuottaja
Työnohjauspalvelut	Useita palveluntuottajia
Koulutuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Tutkimuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Terapiapalvelut	Useita palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus	Yksi palveluntuottaja

<p>Koko psykiatrian klinikkaryhmän yhteisistä ostopalveluista vastaa palvelupäällikkö tai ylihoitaja yhdessä hankinta-asiantuntijoiden kanssa. Klinikoiden hankinnoista vastaavat klinikoiden ylilääkärit, ylihoitaja ja osastonhoitajat yhteistyössä hankinta-asiantuntijoiden kanssa.</p> <p>Osastolla 26I ostopalveluista vastaavat hoitotyön osalta osastonhoitaja ja lääketieteen osalta osaston ylilääkäri.</p> <p>Osastolla 26L pyritään varmistamaan mm. henkilöstövuokrauksen laatua ja turvallisuutta pikaperehdytyksen, lääkelupien tarkistuksen osalta.</p> <p>Yksikössä seurataan ostopalveluiden laatua mm. työntekijöiltä ja potilailta saadun palautteen perusteella. Lisäksi seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia.</p> <p>Palveluyksikön lähiesihenkilö laatii ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten laatimia ostopalvelusopimus pohjia. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden laatu ja toimintamallit. Lähiesihenkilön ostopalveluosaamista kehitetään koulutuksin sekä hankintojen oikeudellisuus varmistetaan kaksoishyväksyntäprosessin avulla.</p> <p>Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei</p>
--

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).

Psykiatrian klinikkaryhmä vastaa erikoissairaanhoidon tasoisen psykiatrisen sairaalahoidon ja polikliinisen hoidon tuottamisesta kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti potilaille, jotka kärsivät erityistason hoitoa edellyttävistä häiriöistä.

Osastolla 26L hoidetaan Pohjois-Karjalaisia oikeuspsykiatrisia potilaita, sekä saman alueen psykiatrisesti vaikeahoitoisia potilaita, joilla on hoitohistoriaa muissa erikoissairaanhoidollisissa yksiköissä.

Toiminta yksikön toiminnan tavoitteena on kyetä tarjoamaan laadukasta hoitoa oman erikoisalueen potilaille Pohjois-Karjalassa, vähentäen tarvetta ostaa palveluita valtion sairaaloilta. Työskennellä yhteistyössä avohoidonpalveluiden ja hoitokotien kanssa pyrkien turvaamaan potilaiden selviytyminen avohoidossa/hoitokodissa osastohoidon jälkeen.

Osaston 26L tehtävänä on järjestää lain sosiaali- ja terveydenhuollosta 612/2021 mukaiset terveydenhuollon palvelut. Lisäksi Osaston 26L toimintaa ohjaa mielenterveyslaki 1116/1990. Osaston 26L lääkärit ja hoitajat edistävät hyvinvointialueen täysi-ikäisten asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta yhteistyössä suunniteltujen oikea-aikaisten ja asiakasta lähellä tuotettujen erikoissairaanhoidonpalvelujen avulla. Perustehtävän toteuttamisen mahdollistavat asiakkaita kunnioittava, osaava ja määrätietoinen johtaminen sekä asiantunteva, motivoitunut ja hyvinvoiva henkilöstö. Toimintamalleja uudistetaan yhdessä henkilöstön kanssa. Hoito suunnitellaan ja järjestellään moniammatillisessa tiimissä vastaamaan potilaan tarpeita, pyrkien yhteistyöhön potilaan kanssa.

Osasto 26L tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita pääasiallisesti Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen asukkaille, mutta ajoittain tuottaa maksullisia palveluita myös muiden hyvinvointialueiden asukkaille. Siun soten alueella on 162540 asukasta.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

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

Psykiatrian klinikkaryhmän toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot (asiakslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus, vastuullisuus) heijastuen toimintaa ohjaaviin työhjeisiin, tarjottavaan koulutukseen ja toiminnan suunnitteluun. Potilaan/asiakkaan laadukas ja ammattitaitoinen hoito on tavoitteemme.

Osastolla 26L näkyy palveluyksikön arvot seuraavanlaisesti:

Asiakslähtöisyys: Toiminta pohjautuu asiakkaan lähtökohtiin ja tarpeisiin. Tarvittaessa hyödynnetään moniammatillista osaamista asiakkaan asian ratkaisemiseksi.

Avarakatseisuus: Toimintakulttuurimme on avoin, muutoksiin valmis ja ennakkoluuloton. Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista, eli huomioimme potilaiden tarpeet esimerkiksi toimintamalleja ja ohjeistuksia laatiessa. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti.

Turvallisuus: Osaston 26L turvallisuus perustuu henkilöstön riittävyteen, osaamiseen, perehdytykseen, ennakointiin, työhyvinvointiin ja sitoutuneisuuteen. Ammattilaisilla on käytettävänä laaja osaajien verkosto, jossa voidaan hyödyntää keskussairaalan eri erikoisalojen osaajia ja erityistyöntekijöitä.

Yhdenvertaisuus: Osastolla 26L pyritään järjestämään tasavertaista hoitoa potilaille. Tarjoamme tarpeenmukaiset palvelut kaikille aikuispotilaille. Toimimme tasapuolisesti henkilöstön, sidosryhmien ja kumppaneiden kanssa.

Vastuullisuus: Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektioimme omaa toimintaamme. Pysymme ajan tasalla valtakunnallisista käypä hoito suosituksista. Varmistamme henkilöstön osaamisen säännöllisesti koulutuksilla.

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 riittävyden seuranta varten omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut.

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osaston 26L omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa osastonhoitaja ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Osaston 26L omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuu yksikön osastonhoitaja, ylilääkäri ja apulaisosastonhoitaja. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi koko henkilöstön kanssa ja he saavat tehdä muutosehdotuksia suunnitelman päivityksen yhteydessä. Asiakkaat osallistuvat omavalvontasuunnitelman laadintaan asiakaspalautteiden ja Laatuportin turvallisuusilmoitusten kautta, joiden avulla mietitään eri toimintamalleja ja niiden muutostarpeita. Toimintamalleja muokkaamalla muutetaan/täydennetään myös omavalvontasuunnitelmaa.

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 - suinsote.fi](https://www.suinsote.fi) (linkki).

Osaston 26L omavalvontasuunnitelma on näkyvillä yksikön ilmoitustaululla.

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.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu osaston 26L lähijohdolle. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä. Lisäksi esihenkilöillä on vastuu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Osaston 26L jokaisella työntekijällä on vastuu epäkohtien tunnistamisessa arjen työssä, niihin reagoimisessa ja tiedon saattamisessa johdon käyttöön. Työntekijät ilmoittavat mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista sekä vaikuttavat omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä palavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Osaston 26L ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrot yhdessä työterveyden ja työsuojelun kanssa, vuosittain toteutettavat riskien arviointi, hätäpotilaan tunnistaminen ja elvytys-koulutus, sekä avekin ylläpitokoulutus. Tällä hetkellä osastolla 26L on käytössä perehdytyksen tarkistuslista.

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).

Osaston 26L työntekijät ilmoittavat havaitsemansa epäkohdat, vaaratapahtumat tai niiden uhat omalle esihenkilölleen käytössä olevan Laatuportti-järjestelmän kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus tehdä

ilmoitukset myös suullisesti tai sähköpostilla. Heidä kuitenkin kannustetaan ja perehdytetään tekemään ilmoitukset Laatuportti-ilmoitusmenettelyn kautta.

Potilaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siun Soten verkkosivuilta. Heidän on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista yksikön lähiesihenkilölle suullisesti (puhelimitse) ja/tai kirjallisesti (sähköpostitse). Lähiesihenkilö pyrkii dokumentoimaan vaihtoehdoisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset Laatuportti -järjestelmään.

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.

Osastolla 26L vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään kerran kuussa osastotunnilla tai tarvittaessa aikaisemmin. Vaaratapahtumien, havaittujen epäkohtien ja läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn kuuluu niiden puheeksi ottaminen, kirjaaminen, analysointi, tarvittavat toimenpiteet ja raportointi. Vaaratapahtumien ja epäkohtien käsittelyyn kuuluu avoin ja rakentava keskustelu työntekijöiden, potilaan ja tarvittaessa omaisten ja läheisten kanssa. Lisäksi vakavat tapahtumat käsitellään Siun soten vakavienvaaratapahtumien tutkinta työryhmässä. Tästä työryhmästä voi yksikölle tulla vielä lisäkysymyksiä ja toimintamallin kehittämisehdotuksia, joihin yksikön on vastattava. Tarvittaessa niitä käsitellään moniammatillisesti, hyvässä yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsittelee osastonhoitaja, tarvittaessa pyytää apua ylilääkäriltä tai muiden yksiköiden lähiesihenkilöitä. Kaikki dokumentoidaan osastonhoitajan toimesta Laatuportti-järjestelmään.

Lisäksi psykiatrian klinikkaryhmässä osastonhoitajat käsittelevät Laatuportin kuukausittaiset yhteenveto raportit esihenkilökokouksissa.

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.

Osastolla 26L kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta vastaa lähiesihenkilöt. Toimenpiteiden määräaika riippuu kehittämistoimenpiteistä. Osaa kehittämistoimenpiteistä täytyy valmistella ja selvittää eri osa-alueiden vaatimuksia ja onnistuuko ne esim. teknisesti. Suurin osa kehittämistoimenpiteistä voidaan ottaa käyttöön välittömästi vain pienellä esivalmistelulla.

Potilaan tai hänen läheisensä antama palaute vaara- ja poikkeamatilanteesta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja otetaan puheeksi kuukausittaisessa palaverissa. Ehdotuksesta käydään keskustelu, kuinka sitä voidaan hyödyntää? Osastonhoitaja vastaa kehittämistoimista ja ottaa yhteyttä potilaaseen tai hänen läheiseensä heidän toivomallaan tavalla puhelimitse tai sähköpostitse. Yhteydenotot dokumentoidaan Laatuportti-järjestelmään osastonhoitajan toimesta. Dokumentoinnissa hyödynnetään Laatuporttia, jonne kirjataan kehittämistoimenpiteitä tapauskohtaisesti. Samalla seurataan saadaanko samasta aiheesta uusia ilmoituksia vai tehoaako tehdyt muutokset.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Henkilökunnalla on velvollisuus pitää itsensä ajan tasalla kehittämistoimenpiteistä, käymällä katsomassa osastotunnin muistio teams-tiedostosta.

Yhteistyötahoille tiedotetaan sähköpostilla heitä koskevat kehittämistoimenpiteet osastonhoitajan toimesta.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Jos tapahtuu vakava, mahdollisesti korvattavia seurauksia aiheuttanut haittatahtuma, potilasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta. Laatuportti – ilmoituksien perusteella potilaalle voidaan soittaa tai ottaa yhteyttä sähköpostitse. Potilaat voivat jättää myös nimettömän palautteen tai kehittämis ehdotuksen, jolloin ei voida ottaa yhteyttä potilaaseen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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).

Psykiatrian klinikkaryhmässä hoidontarpeen arviointi perustuu joko lääkärin läheteeseen tai kiireellisissä tapauksissa myös erilliseen triage-ohjeistukseen. Hoidon tarpeen arvioinnissa noudatetaan [STM:n julkaisemia kiireettömän hoidon perusteita](#) (linkki).

Osastolla 26L hoidetaan maakunnan oikeuspsykiatriset potilaat. Tällöin hoidon tarve muodostuu potilaan valtion mielisairaalassa tapahtuneen mielentilatutkimuksen jälkeisen puolen vuoden hoitajakson jälkeen. Potilaan siirtymismahdollisuuden ja siirron kiireellisyyden arvioi osaston ylilääkäri yhdessä valtion sairaalan hoitavan lääkärin kanssa. Poikkeustapauksissa oikeuspsykiatristen tai vankisairaalasta tulevien potilaiden hoidontarpeen arvioi aina myös osaston ylilääkäri.

Muutoin osastolle ohjaututaan hoitoon mielenterveyslain mukaisella tarkkailulähteellä M1 tai omaehtoiseen hoitoon lääkärin läheteellä, tehostetun avohoidon hoitajan ohjaamana.

Potilasta, hänen lähipiiriään tai omaisia voidaan kuulla hoidon tarvetta määrittäessä.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Psykiatrian klinikkaryhmässä hoitoon pääsyn määräajat ovat eri ikäryhmillä erilaiset ja tämän vuoksi nämä määritellään palveluyksikkökohtaisesti. Seuraamme erikoissairaanhoidon hoitotakuun toteutumista. Tilastot tuotetaan keskitetysti koko erikoissairaanhoidon osalta ja julkaistaan internetissä.

Osastolla 26L potilaiden hoitoon pääsyä määrittää mielenterveyslaki, niiltä osin kun potilas tulee hoitoon M1-läheteellä. M1-lähete on voimassa 3 vuorokautta, jonka aikana mielenterveyslain mukaisen tarkkailun aloittaminen tulee aloittaa. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat jo erikoissairaanhoidon piirissä ja heidän osaltaan osastolle siirtyminen määräytyy kohdan 6.1 mukaisesti.

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.

Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään psyykkisesti pitkäaikaissairaille. Suunnitelma tehdään yhteistyössä ja tarvittaessa moniammatillisesti. Pääsääntöisesti suunnitelman laatimiseen osallistuu potilas ja hoitava sairaanhoitaja, lisäksi potilaan omaisia tai hänen toivomiaan henkilöitä voidaan ottaa mukaan suunnitelman tekemiseen. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään terveys- ja hoitosuunnitelma lehdelle. Suunnitelmaa päivittää sairaanhoitaja yhdessä potilaan kanssa. Suunnitelma päivitetään pääsääntöisesti silloin, kun sille on tarvetta esim. hoidontarpeen muuttuessa.

Suunnitelman tarkoituksena on sairauden pahenemisvaiheen ennalta-ehkäisy. Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelman toteutuminen vaatii uusien työntekijöiden hyvää perehdytystä sekä henkilökunnan hyvää perehtyneisyyttä työhönsä. Suunnitelma tehdään potilaslähtöisesti. Suunnitelmaa laadittaessa tavoitteena on luoda yhteinen näkemys potilaan, omaisen ja työntekijän kesken potilaan toimintakyvystä ja tarvittavista tukitoimista. Potilaan näkemykset, toivomukset ja mielipiteet tarvittavista tukitoimista kirjataan suunnitelmaan.

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.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate, joka korostaa vapaaehtoisuutta asiakkaaksi tai hoitoon hakeutumisessa sekä erilaisiin toimenpiteisiin suostumisessa. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa myös asiakkaan ja potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

Terveysthuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti osastolla 26L potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastolla 26L hoidetaan oikeuspsykiatrisia potilaita, sekä potilaita, joilla on muutoin vaativia mielenterveyden häiriöitä ja ajoittain osastolla ilmenee tilanteita, jolloin yhteistyö ei potilaan kanssa onnistu. Tällöin osastolla toimitaan lain edellyttämällä tavalla.

Edellä mainittujen tilanteiden osalta laki Terveysthuollon potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää osaston 26L toimintaa seuraavasti: Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa tai

lähiomaista tai muuta läheistä on kuultava ennen tärkeän päätöksen tekemistä ja selvitettävä, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Osastolla 26L tämä voi tarkoittaa lähisukulaista, edunvalvojaa tai lakimiestä.

Lisäksi joissain tilanteissa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Osastolla 26L pyritään aina toimimaan potilaan kanssa yhteistyössä, erityisesti ei kiireellisissä tapauksissa (Kiireellinen: välittömästi henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava tilanne) pyritään rajoittamiseen oikeuttavien kriteerien täyttyessäkin potilaan kanssa ensisijaisesti sopimaan esimerkiksi liikkumiseen liittyvistä käytänteistä, omaisuuteen tai yhteydenpitoon liittyvistä käytänteistä. Potilaan kanssa yhteistyössä tehdyistä sopimuksista kirjataan aina merkintä potilastietoasiakirjoihin.

Lisäksi ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä asiakkaan tai potilaan käytökseen. Esimerkiksi sekavuuden ja levottomuuden tai aggression taustalla voi olla kipu, muu elimellinen syy tai asiakkaan ahdistuneisuus. Osastolla 26L selvitetään ja kirjataan edellä mainitut tiedossa olevat potentiaaliset taustasyöt ja varomerkit huolellisesti potilasasiakirjoihin, näihin liittyen kirjataan myös ylös potilaan kanssa tehtyjä suunnitelmia riskien minimoimiseksi.

Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön ja rajoittamistoimenpiteeseen johtanut syy on aina kirjattava asiakas- ja potilasasiakirjoihin. Rajoittamistoimenpiteiden tarvetta tulee seurata ja arvioida, tavoitteena mahdollisimman pikainen luopuminen itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista. Rajoittamistoimenpiteet on kirjattava asiakas- ja potilastietoihin: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimen.

Potilaiden yksityisyyttä kunnioitetaan esimerkiksi tarjoamalla riittävän yksityisiä tiloja keskusteluille ja hoitotoimenpiteille sekä toteuttamalla organisaation tietosuojakäytäntöjä ja -ohjeistuksia

Itsemääräämisoikeuteen liittyvien sovittujen periaatteiden toteutumista seurataan keräämällä palautetta potilailta kahdesti vuodessa, sekä keräämällä palautetta henkilöstöltä. Poikkeamatilanteista henkilöstö raportoi laatuportin vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta ja potilas voi myös itse raportoida vaara- ja poikkeamailmoituksen tai ilmoittaa tyytymättömyydestään palveluun tai hoitoon. Tyytymättömyysilmoituksen tekemistä potilasta tai hänen lähipiiriään voi auttaa potilasasiamies, jonka yhteystiedot löytyvät osaston ilmoitustaululta. Palautteet ja ilmoitukset käsittelee osastonhoitaja tarvittaessa yhdessä ylihoitajan ja palvelupäällikön kanssa. Potilaalla on pyydettyessä mahdollisuus vastaus liittyen hänen raporttoimaansa toimintaan.

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.

Toiminnan lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Joissain tilanteissa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittamistoimenpiteillä puututaan henkilön perusoikeuksiin ja siksi rajoittamistoimenpiteen on oltava aina viimeinen keino. Toisin sanoen ennen rajoittamiseen ryhtymistä on selvítettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä potilaan käytökseen. Henkilöstön tai resurssien puute ei ole hyväksyttävä syy rajoitukselle.

Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön (mm. Mielenterveyslaki 116/1990).

Rajoittamistoimenpiteeseen johtanut syy on aina kirjattava asiakas- ja potilasasiakirjoihin. Itsemääräämisoikeuksien rajoittamisesta tehtävistä potilasasiakirjamerkinnöistä on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista 12§ 6 mom. Rajoittamistoimenpiteiden tarvetta tulee seurata ja arvioida, tavoitteena mahdollisimman pikainen luopuminen itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista. Rajoittamistoimenpiteet on kirjattava asiakas- ja potilastietoihin: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin/viranhaltijan nimi.

Rajoittamistoimenpiteestä on kysymys silloin, kun toimenpiteellä puututaan henkilön perusoikeuksiin. Mielenterveyslain 4a luvun mukaisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeuksia voidaan rajoittaa: psyykkisen tai ruumiillisen sairauden hoitamisessa, liikkumisvapautta rajoittamalla, eristämällä tai sitomalla, omaisuuden tai lähetyksen tarkistamisella, omaisuuden haltuun ottamisella, henkilön tarkastuksella tai katsastamisella sekä yhteydenpitoa rajoittamalla.

Yleisesti huomioitavaa on, että tämän hetkisen lainsäädännön mukaan vartioiden tehtävänä on turvata henkilökuntaa, eikä osallistua rajoittamistoimenpiteeseen. Tämä voi kuitenkin edellyttää potilaan kiinnipitämistä.

Psykiatrian klinikkaryhmässä mielenterveyslain mukaisten rajoitusten soveltamisesta on ohjeistettu rajoituksia koskevalla yleisohjeella sekä tätä täsmentävillä rajoituskohtaisilla ohjeilla. Rajoittamista koskevan ohjeistuksen käytettävyyttä on helpotettu kokoamalla ohjeistus linkityksin sisäisen verkon sivulle ["tahdosta riippumaton hoito"\(linkki, sisäinen verkko\)](#).

Rajoittamistoimien ja -välineiden käyttöä seurataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään tehtävien kirjausten perusteella. Lisäksi vaara- ja poikkeamisilmoituksissa huomioidaan rajoitteiden käyttöä. Lisäksi palautteet

(henkilöstö, potilaat ja muut) ovat seurannan väline. Seuranta ja arviointia tehdään myös klinikan johtotiimin toimesta.

Rajoitteisiin ja niiden käyttöön liittyvää osaamista hankitaan ja ylläpidetään säännöllisellä AVEKKI-koulutuksella, yleisellä perehdytyksellä sekä muulla soveltuvalle koulutuksella.

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.

Psykiatrinen potilas, erityisesti tahdonvastaisessa hoidossa oleva potilas, on asemaltaan alisteisessa asemassa suhteessa hoitavaan henkilökuntaan. Potilaan alisteinen asema, potilaan ymmärrys omasta sairaudestaan sekä psyykkisen sairauden aiheuttamat haasteet ymmärtää omaa tilannettaan sekä sairauttaan kaventavat potilaan omaa mahdollisuutta ilmoittaa itseensä koskevasta huonosta kohtelusta. Nämä seikat huomioon ottaen tulee potilasta kohdella hoidossaan hyvin ja kunnioittavasti. Edellä mainittujen asioiden vuoksi työntekijöiden velvollisuus ilmoittaa havaitsemastaan huonosta kohtelusta potilaan hoidossa korostuu.

Mikäli asiakkaan/potilaan kohdalla havaitaan epäasiallista kohtelua, tulee asiaan puuttua välittömästi ja ilmoittaa tästä viipymättä suullisesti tai kirjallisesti yksikön esihenkilölle tai virkavastuiselle lääkärille. Esihenkilö ilmoittaa asiasta omalle esihenkilölleen (ylihoitaja) sekä osaston virkavastuiselle lääkärille, joka vastaa potilaan kokonaisuudesta. Virkasuhteinen lääkäri vie asian tiedoksi omalle esihenkilölleen.

Epäasiallisesta kohtelusta ilmoituksen voi tehdä asiakas/potilas, työntekijä itse tai toinen havainnon tehnyt työntekijä suullisesti tai kirjallisesti yksikön esihenkilölle tai virkavastuiselle lääkärille.

Epäasialliseen kohteluun puuttuminen on psykiatrian klinikkaryhmän viranhaltijoiden vastuulla sen jälkeen, kun asia on saatettu heidän tietoonsa. Virkavastuullisilla on oikeus ja velvollisuus tutkia ja ratkaista asia eri sidosryhmien kanssa (henkilöstöpalvelut, työterveyshuolto, vakavien vaaratapahtumien työryhmä, turvallisuuspäällikkö, poliisi) tapauksen vakavuuden mukaan. Mikäli ilmoitus johtaa toimenpiteisiin, noudatetaan niissä Siun Sotessa voimassa olevaa ohjeistusta ”Seuraamukset työ- ja virkavelvollisuuksien laiminlyönneistä” tai potilasmuistutusasioissa voimassa olevaa toimintaohjetta muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittelyssä.

[Toimintaohje havaittaessa potilaan huonoa tai epäasiallista kohtelua\(linkki, sisäinen verkko\).](#)

[Siunsote HEN OHJE seuraamukset työ- ja virkavelvollisuuksien laiminlyönneistä.docx \(sharepoint.com\) \(linkki, sisäinen verkko\).](#)

[Siunsote TIEHA! OHJE Muistutusten kanteluiden ja potilasvahinkojen käsittely.docx \(sharepoint.com\)](#)
(linkki, sisäinen verkko).

Potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa määritellään useassa määräyksessä ja asetuksessa (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Terveysthuoltolaki 1326/2010, Mielenterveyslaki 1116/1990). Myös kaikki ammattieettiset ohjeet velvoittavat terveysthuollon henkilökuntaa toimimaan kohteliaasti ja potilasta kunnioittaen.

Psykiatrian klinikkaryhmän tavoite on potilaan hyvä, laadukas ja syrjimätön hoito, jota valvotaan säännöllisesti. Psykiatrian klinikkaryhmän henkilökuntaa informoidaan potilaaseen kohdistuvan huonon ja epäasiallisen kohtelun ilmoittamisesta. Potilaan huonosta kohtelusta ilmoittavaan suhtaudutaan neutraalisti. Uudet työntekijät perehdytetään toimintaohjeeseen perehdytysvaiheessa, lisäksi toimintaohjetta käydään yksikössä läpi vuosittain.

Siun Sotella on yhteistyösopimus tulkkaukspalveluita tuottavien yritysten kanssa, joiden palveluita tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan käytetään, että potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Esimerkkinä hoitopäätöksistä potilaalle aina toimitetaan hänen omalla äidinkielellään käännettynä oma kappale. Kirjallisia ohjeita on saatavilla henkilöstöltä eri kielillä, jos potilas niitä vaatii. Siun Sotella on kirjalliset ohjeet tulkkaukspalveluiden käytöstä.

Siun Sotessa pyrimme aina toimimaan aistivammasta kärsivien asiakkaiden/potilaiden kanssa yhteistyössä ja siten, että he tulevat ymmärretyksi. Myös erilaiset aistivammat (näkö-, kuulo-, tunto- ja hajuaisti vammat) pyritään ottamaan työskentelyssä huomioon mahdollisuuksien mukaan, tukivälineitä tai eri ammattiryhmien ammattiosaamista käyttäen.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Palvelun ja hoidon laatua koskevat reklamaatiot ja epäselvyydet pyritään selvittämään välittömästi keskustelemalla yksikössä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuneiden ammattilaisten kesken. Jos asia ei kuitenkaan selviä keskustelemalla ja potilas on tyytymätön saamaansa palveluun voi hän olla yhteydessä toimintayksikön lähiesihenkilöihin, ylihoitajaan tai palvelupäällikköön tai kääntyä sosiaali- tai potilasasiamiehen puoleen.

Potilaalla on oikeus tehdä muistutus, kantelu tai potilasvahinkoilmoitus. Reklamaatiot tulevat pääsääntöisesti suoraan reklamaation kohtaan olevaan yksikköön. Muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään yksikössä Siun soten ohjeistuksen mukaisesti ja käsittelyn tekee palvelupäällikkö tai ylilääkäri yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Käsittelyn seurauksena ryhdytään tarpeenmukaisiin korjaaviin

toimenpiteisiin, jonka toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat yksikön lähiesihenkilöt. Mikäli esille tulee potilaan oikeusturvaan liittyvä epäkohta, puututaan siihen välittömästi tilanteen vaatimalla tavalla.

Potilasta ohjataan muistutus-, kantelu-, potilasvahinko- ja vaarailmoitusten tekemisessä organisaation internet-sivustolla. Tarvittaessa henkilöstö voi antaa neuvoja ja ohjausta potilaille vastaanotoilla aktiivisesti ja ohjata potilaita esimerkiksi ottamaan yhteyttä potilasasiamieheen tai tekemään kantelu Siun soten internetsivuilla.

Viranomaispäätökset ja muu viranomaisohjaus ohjaavat yksikön toimintaa. Toimintaa koskevat reklamaatiot otetaan aktiivisesti huomioon yksikön 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.suunsote.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 terveystalvelujen kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Kati Saurula (kati.saurula@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

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

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

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

Potilasasiavastaavan yhteystiedot ovat osaston ilmoitustaululla. Lisäksi henkilöstön tulee auttaa potilasta yhteydenotossa potilasasiavastaavaan.

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.

Potilas tai läheinen voivat halutessaan antaa palautetta osaston palvelusta verkkolomakkeella Siun soten www-sivujen kautta. Palautteen voi antaa nimettömänä tai jos potilas haluaa että otamme häneen yhteyttä on hänen jätettävä palautetta antaessaan yhteystietonsa. Palautelomake koostuu vapaasta palautteesta sekä THL:n kansallisista asiakaspalautetiedon väittämistä. Laatuportti-järjestelmä lähettää tiedon saapuneesta palautteesta automaattisesti yksikön lähiesihenkilöille sähköpostiin. Esihenkilöt käsittelevät palautteen järjestelmässä viikon sisällä palautteen antamisesta. Saatua potilaspalautetta käsitellään viikottain osastotunneilla ja hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä. Palautteen antajalle voidaan vastata myös suoraan Laatuporttijärjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Lisäksi kerätään ajoittain myös papareilomakkeilla palautetta potilailta. Osastolla on oma palautelaatikko avoimia palautteita varten päiväsalissa. Potilaan ja hänen läheisensä on mahdollista antaa myös suullista palautetta saamastaan palvelusta ja hoidosta. Kaikki saatu palaute käsitellään osastotunneilla ja tarvittaessa hyödynnetään osaston 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.

Väestötasoa koskeva viestintä tapahtuu keskitetysti Siun soten viestintäyksikön toimesta. Viestintä potilaille osastohoidon aikana painottuu suulliseen viestintään. Puhelimitse potilaisiin voidaan olla yhteydessä potilaiden kotilomien tai koejaksojen yhteydessä. Potilaille voidaan myös jakaa kirjallisia ohjeita/esitteitä osastohoidon aikana.

Kokemusasiantuntijoita hyödynnetään toiminnassa mahdollisuuksien mukaisesti potilaskontakteissa sekä toimintojen kehittämisessä.

Potilasviestintää kehitetään saadun palautteen avulla. Osastolla kiinnitetään huomiota selkeään ilmaisuun sekä tarjotaan mahdollisuuksia myös muunlaiseen ilmaisuun kuin puhumiseen esimerkiksi kuvakortit, käytetään tulkkipalveluita ja potilaan oman kielistä materiaalia tarvittaessa.

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

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.

Osastolla 26L työskentelee 0,5 erikoistuva lääkäri, 0,5 erikoislääkäri, 12 sairaanhoitajaa, 5 lähihoitajaa, 0,5 osastonhoitaja ja 0,5 apulaisosastonhoitaja.

Henkilöstön riittävyys varmistetaan työvuoro- ja lomasuunnittelulla, jonka tekee lähiesihenkilö.

Työvuorosuunnittelussa huomioidaan työntekijöiden osaaminen sekä pätevyys. Uutta henkilöstöä rekrytoidessa työnantaja tarkastaa valitun henkilön ammattioikeudet (JulkiTerhikki) ja/tai koulu ja työtodistukset sekä sitoutuu perehdyttämään työntekijän organisaation ohjeiden mukaan. Normaali- ja poikkeusoloissa henkilöstön riittävyys pyritään varmistamaan ennalta määrittelyillä poissaolokäytännöillä.

7.2 Rekrytointi

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

Henkilöstön rekrytointi perustuu psykiatrian klinikkaryhmän virkapohjiin ja tehtäviin vuosittaisen talousarvion puitteissa. Työvoiman muutostarpeet esitetään seuraavan vuoden talousarvioesityksessä. Terveydenhuollon ammattien harjoittamisen vaatimukset on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Terveydenhuollon ammateissa toimiminen edellyttää koulutuksen ja Valviran laillistuksen tai rekisteröinnin lisäksi riittäviä ammattitaitoja ja- tietoja, sekä sitä, että henkilö kykenee terveydentilansa ja toimintakykynsä puolesta toimimaan ammatissaan.

Psykiatrian klinikassa ja osastolla 26L henkilöstön rekrytoinnissa noudatetaan Siun soten kelpoisuusehtoja (ilmoitetaan työpaikkailmoituksessa) ja Siun soten rekrytointiyksikön ohjeistusta. Ammattioikeudet tarkastetaan aina ennen palvelukseen ottamista Valviran rekisteristä. Rokotussuoja varmistetaan valitulta hakijalta Siun soten ohjeen mukaan. Hakijan kielitaito varmistetaan haastattelutilanteessa. Esihenkilöt pyrkivät tunnistamaan tehtävässä vaadittavan osaamisen ja varmistetaan työntekijän soveltuvuuden rekrytointitilanteessa.

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.

Osastolla 26L hoitajien perehdytykselle varataan aikaa 3-6 viikkoa työntekijän valmiudet ja osaaminen huomioiden. Perehtyvä työntekijä työskentelee pääasiassa ylimääräisenä työntekijänä 2-3 työvuorossa ja työskentelee nimetyn perehdyttäjän, osaavan hoitajan työparina. Varsinaisen perehdytysjakson jälkeen perehtyminen jatkuu työssä oppimisena perehdyttäjän ja muiden työntekijöiden tuella.

Osastonhoitaja vastaa työntekijän alkuperehdytyksestä organisaation ja yksikön yleisiin ja käytännön asioihin. Osastonhoitaja käy hoitajan perehdytyksessä läpi organisaation ja psykiatrian klinikan arvot ja tavoitteet,

yksikön toimintatavat sekä toimintaympäristöön ja toimenkuvaan liittyviä asioita. Nimetty perehdyttäjähoitaja ja muut hoitajat huolehtivat ammatillisesta perehdyttämisestä kliniseen työhön ja hoitajan työtehtäviin.

Perehdytyksen aikana uusi työntekijä tutustuu yksikön omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin, ohjeisiin ja lakeihin. Perehdytyksessä hyödynnetään Siun soten perehdytysohjelmaa, sisäistä perehdytysmateriaalia ja perehdytyksen tukena käytetään Siun soten yleistä perehdytysmateriaalia ja henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa.

Opiskelijoiden harjoittelun ohjauksessa käytetään opiskelijoiden henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa sekä osaston perehdytysmateriaalia.

Osastonhoitaja seuraa ja arvioi työntekijän ja opiskelijan perehdytyksen onnistumista ja keskustelee siitä perehtyjän ja perehdyttäjän kanssa perehtymisjakson aikana. Perehtyjälle ja opiskelijalle annetaan palautetta perehtymisjakson/harjoittelujakson aikana. Osastonhoitaja ottaa puheeksi, jos perehdytys ei etene suunnitellusti tai oppimisessa on haasteita. Asianosaisten kanssa neuvotellaan ja pyritään löytämään keinoja ja tukitoimia perehdytyksen jatkamiseksi ja onnistumiseksi.

Joskus työsuhte voidaan joutua purkamaan koeajalla, jos työntekijä ei sovellu tehtävään tai harjoittelu voidaan keskeyttää, jos opiskelijan toiminta ei täytä harjoittelussa edellytettäviä vaatimuksia. Näissä tilanteissa neuvotellaan aina asianosaisten kanssa ja ratkaisu pyritään löytämään yhteisymmärryksessä. Opiskelijan harjoittelujakson arviointiin osallistuu opiskelijan ohjaajana toiminut hoitaja.

Sekä työntekijän että opiskelijan perehdytys dokumentoidaan Siun soten yleiseen ja yksikön omaan perehdytysuunnitelmaan. Osastonhoitaja tarkastaa perehdytysohjelman toteutumisen ja palauttaa Siun soten perehdytyslomakkeen ajantasaisen ohjeistuksen mukaan arkistoitavaksi. Osastonhoitaja kirjaa Siun Perehdytyskurssin suoritukseksi sähköiseen järjestelmään (Onni-HR). Lääkäriperehdytyksestä vastaa psykiatrian ylilääkäri ja yksikössä perehdytystä toteuttaa osaston lääkäri.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastolla 26L henkilöstön osaamista ja kouluttautumista määrittää psykiatrian klinikkaryhmän koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelmassa on avattu, sekä psykiatrian klinikkaryhmässä, että Siun Soten organisaatiossa vaadittavaa osaamista ja sen hankkimiseen liittyvät koulutukset.

Osastolle 26L valmistuu keväällä 2024 myös osaamisen kehittämisen suunnitelma, jossa kartoitetaan yksikön osaamistarvetta, avataan osaamisen kehittämisen suunnitelmaa ja täydennyskoulutusten seuranta.

Osastonhoitaja antaa mahdollisuuden jokaiselle työntekijälle osallistua vuosittain kehityskeskusteluun, joita käytetään hyödyksi työntekijöiden henkilökohtaisen osaamisen kehittämisen suunniteluun, sekä laajemmin kartoittamaan yksikön osaamis- ja kehittämistarpeita. Kehityskeskusteluista kirjataan Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti.

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.

Psykiatrian klinikkaryhmän virkavalinnoissa noudatetaan hyvinvointialueen pätevyysvaatimuksia. Psykiatrian alojen johtaminen vaatii yleisen johtamisosaamisen lisäksi alaan liittyvien erityisten johtamiskysymysten tuntemusta. Tämän vuoksi ylläkäreille on tarjottu mahdollisuutta osallistua erityisesti psykiatrian johtamiseen suunnattuun johtamiskoulutukseen (Lapin yliopisto ja psykiatriyhdistys). Määräaikaisissa virkatehtävissä (lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa soveltuvuus tehtävään huomioiden. Psykiatrian substanssiosaaminen tukee lähiesihenkilön työssä selviytymistä. Soveltuvuutta ja johtamisosaamista arvioidaan jo työhaastattelussa.

Psykiatrisessa klinikkaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamisvalmennusta. Johtamisosaamistarve voi olla yksilöllinen ja toiminnallisiin muutoksiin liittyvä ja vaatii esihenkilön kanssa keskustelun (esim. kehityskeskustelu). Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, puolin ja toisin esihenkilön ja työntekijän puolelta tehtyjen osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsisältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan, että lähijohtamisessa on aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät.

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.

Psykiatrian klinikkaryhmässä on käytössä HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, jossa työntekijä ja esihenkilö muiden mukana olevien toimijoiden (Hr-yksikkö, työhyvinvointi, työterveyshuolto) kanssa tukevat työssäjaksamista. Sairauspoissaolojen hallintaan ja ennakointiin esihenkilöille nousee herätteet, jolloin niihin kyetään reagoimaan mahdollisimman nopeasti.

Kriisitilanteissa käytössä on Siun Soten työhyvintointiyksikön tuki ja purkuistuntomalli. Työntekijöillä on mahdollisuus myös hyödyntää Siun työterveyden hoitajien, lääkäreiden, fysioterapeuttien sekä työpsykologien palveluita.

Työhyvinvointia pyritään tukemaan henkilöstön kouluttautumista mahdollistamalla ja tukemalla, lisäksi työnohjauksen turvin. Työvuorosuunnittelulla pyritään tukemaan työntekijän työssäjaksamista. SISU-työn toimintamallia käytetään silloin, kun se koetaan tarpeelliseksi ja mahdolliseksi ([Siunsote HEN OHJE SISU-tyo.docx \(sharepoint.com\)](#)) ([linkki, sisäinen verkko](#)).

Henkilöstön hyvinvointia seurataan vuosittaisella MSK-kyselyllä. MSK-kyselytulokset käydään läpi yhdessä henkilöstön kanssa, ja samalla mietitään yhdessä toimenpiteitä työtyytyväisyyden lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Tehtyjä toimenpiteitä seurataan aktiivisesti ja arvioidaan niiden vaikutuksia esihenkilöiden ja työyhteisön toimesta.

Henkilöstöllä on käytössä työhyvinvoinnin lisäämiseksi Siun Soten sisäiset henkilöstöedut, jotka on suunniteltu tukemaan työntekijöiden hyvinvointia (Henkilöstöedut vuonna 2024 (sharepoint.com)).

Työturvallisuus ja työsuojelu

Työnantajan ja työntekijöiden on yhteistoiminnassa ylläpidettävä ja parannettava työturvallisuutta työpaikalla. Työnantaja vastaa vaarojen arvioinnista ja työn jatkuvasta tarkkailusta sekä tarvittavista kehittämistoimista (mm. Laatuportti-ilmoitusten kautta). Työsuojelutoiminnan perustana on työpaikan työsuojeluorganisaatio ja turvallisuuskulttuuri, joka ilmentää johdon näkemyksiä turvallisuustyön merkityksestä.

Jokaisella meistä asemastamme ja työtehtävästämme riippumatta on myös velvollisuus työntekijöinä huolehtia omasta ja työtoveriemme turvallisuudesta.

Työsuojelu on työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintaa, jonka tehtävänä on ylläpitää ja parantaa työturvallisuutta työyksiköissä.

Työsuojelutoiminnan perustana on työpaikan työsuojeluorganisaatio ja turvallisuuskulttuuri, joka ilmentää johdon näkemyksiä turvallisuustyön merkityksestä. Sen toteutuminen käytännön työssä edellyttää koko henkilöstön sitoutumista.

Siun soten työturvallisuuden tavoitteena on luoda turvalliset ja terveelliset työolosuhteet. Tavoitteeseen pyritään kolmella toimintatavalla

1) Riskien ennakointi

Ennakoiva riskeihin puuttuminen luo turvalliset ja terveelliset työolosuhteet. Työturvallisuusriskien selvittämiseen ja arviointiin käytetään Laatuporttia.

2) Turvallisuushavainnoista oppiminen

Kaikki vaaratilanteet ja työtapaturmat kirjataan Laatuporttiin. Esihenkilöt käsittelevät ilmoitukset. Käsitteilyn tavoitteena on löytää korjaavat toimenpiteet, joilla vastaavat tapahtumat estetään jatkossa.

3) Turvalliset työtavat

Jokaisen työn voi tehdä turvallisesti. Turvalliset työtavat omaksutaan perehdytyksessä ja työnopastuksessa. Turvallisuus on osa jokapäiväistä työtä.

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.

Psykiatrisessa hoitotyössä on tunnustettu, että työhön liittyy selkeästi kohonnut väkivallan ja sen uhan riski. Osastolla 26L hoidetaan mm. potilaita joilla on taustalla usein psyykkisten sairauksien lisäksi vaikeaa päihteiden käyttöä, sekä myös persoonallisuushäiriöitä, jotka voivat vaikuttaa henkilöiden väkivaltakäyttäytymiseen kynnystä alentaen. Osastolla hoidetaan myös akuuttivaiheessa olevia psykoosipotilaita. Psykiatrisessa hoitotyössä törmätään ajoittain tilanteisiin, joissa osastohoidossa oleva potilas on päihtyneenä osastolla. Päihtynyt ja/tai huumeiden vaikutuksen alainen potilas on aina erityinen hoitohaaste. Tällaisten potilaiden tuloa osastoille ei voida aina välttää.

Tavanomaisten potilasturvallisuusongelmien, kuten lääkityspoikkeamien tai tiedonkulun poikkeamien lisäksi psykiatriassa vaaratapahtumia aiheuttavat muun muassa väkivalta ja aggressiivisuus, potilaan itseä vahingoittava käyttäytyminen, sairaalasta karkaaminen sekä erilaiset tahdonvastaiset toimenpiteet, kuten eristäminen ja sitominen.

Yksikköön on tehty menettelytapaohje väkivallasta ja sen uhasta. Lisäksi yksikössä käytetään menettelytapaohjeen mukaisia ennakoinnin ja riskin arvoinnin mittareita. Uhka- ja läheltäpiti-tilanteista tehdään ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään.

Haastaviin potilastilanteisiin ja niiden hallintaan sekä ehkäisyyn liittyy yksiköissä esimerkiksi AVEKKI -toimintatapamalli ja yleinen turvallisuusperehdytys. Lisäksi henkilöstön tulee suorittaa asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus: Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa (Potilasturvaportti).

Psykiatrian klinikan toimitiloissa on käytössä hälytynjärjestelmä. Järjestelmä kattaa koko rakennuksen, kaikki osastot, poliklinikat, toimintakeskuksen tilat, liikunta- ja kuntosalin. Laitteiden toimintaa testataan säännöllisesti. Yksikkö voi tarvittaessa hyödyntää sairaalan vahtimestareita henkilöstön työturvallisuuden

varmistamiseen. Vakavissa tilanteissa, tai muuten näin arvioitavissa henkilökunta voi hälyyttää yksikköön myös poliisin.

Jos yksikössä havaitaan, että varautuminen haastaviin asiakas-/potilastilanteisiin on puutteellista, henkilöstöllä on velvollisuus tehdä havainnoista Laatuportti-ilmoitus ja viedä asia esihenkilön tietoon.

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.

Osastolle 26L tullut positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute käsitellään yksikön tiimeissä. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai Laatuporttijärjestelmän kautta.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään myös osastolla 26L.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Osastolla 26L on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatrin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon käyntitekstit kirjataan. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa

opiskelijan tekemät kirjaukset. Hajautuksessa olevat lääketieteen opiskelijat seuraavat lääkäreiden työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse.

Hoitotyöntekijät ja erityistyöntekijät kirjoittavat käyntitekstit ammatin mukaiselle lehdelle. Lääkärit sanelevat käyntitekstit, jotka sihteeri kirjoittaa PSY-lehdelle lääkärin määrittämän kiireellisyyden mukaan. Osastolla 25L käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käsittelemään myös paperisia potilasasiakirjoja, mutta tuoreet potilasasiakirjat kuten lähetteet skannataan ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi työntekijää perehdytettäessä sekä esihenkilön että perehdyttäjän toimesta. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytännöistä ja ohjeistuksista. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja sekä tietosuojaohjeistusta. Kaikki työntekijät ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Henkilökunta suorittaa myös tietoturvakoulutukset viiden vuoden välein. Perehdytyksessä painotetaan tietosuojasioita. Organisaatiossa tehdään loki-tarkastuksia ja mahdollisista väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle.

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

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

Asiakkaan/potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan.

8.2 Tietosuojaja 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.

Osastolla 26L noudatetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvä lainsäädäntöä. Tietosuojaoselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi osastonhoitajan toimesta alkuperehdytyksessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo sekä

opiskelijaohjaajien ja esihenkilöiden antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojan ja tietoturvan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä.

Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation ohjeita ja koulutuksia. Työntekijät ja opiskelijat ohjataan muun muassa perehtymään Organisaation Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan ja tietoturvan ja tietosuojan liittyviä ohjeistuksia kerrataan osastokokouksissa. Osaston 26L työntekijät suorittavat organisaation edellyttämät Tietosuojan ja tietoturvan liittyvät verkkovälitteiset koulutukset 5 vuoden välein. Osastonhoitaja seuraa koulutusten toteutumista.

Yksikössä muodostuu jonkin verran henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja. Jokainen työntekijä huolehtii omalta osaltaan niiden hävityksestä asianmukaisesti ja organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä.

Mikäli osastolla 26L havaitaan tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus, toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Tietosuojarikkeen tai vaarantumisen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta välittömästi omalle esihenkilölleen. Esihenkilö tekee tietosuojaloukkausilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Esihenkilön vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen suorittaa tarvittavat toimenpiteet ja ohjeistaa henkilöstöä ja pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista ilmoitetaan tietojärjestelmän valmistajalle ja merkittävän riskin aiheuttamista poikkeamista esihenkilö tekee ilmoituksen Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>).

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
-------------------	---------------	----------------------

<p>Useiden ohjelmien yhtäaikainen käyttö, potilastietojärjestelmän ominaisuudet ja hoitosuhteen perusteella tunnistettujen ja toistuvien potilaskontaktien kirjaaminen – lisää riskiä virheelliseen potilastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen</p>	<p>Potilaan tunnistaminen koko nimen ja henkilötunnuksen perusteella</p> <p>Tekniset työskentelytavat (kaksi näyttöä, potilaan tietojen käyttö ja sulkeminen reaaliaikaisesti jne)</p>	<p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki)</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)</p> <p>Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi</p> <p>Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle)</p>
---	--	--

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, soveltuva tiloissa annettavaan palveluun, hoitoon ja hoivaan sekä sisältää toiminnassa tarvittava asianmukainen varustus.

<p>Osaston 26L toimitilat sijaitsevat keskussairaalan L-talon 3. kerroksessa. Osaston 26L toimitilat on suunniteltu 20 psykiatrisen potilaan hoitoa ajatellen. Tilat ovat pääsääntöisesti yhden potilashuoneita. Osastolla 26L on 18 potilashuonetta, näistä 16 on yhden hengen huoneita ja kaksi on kahden hengen huoneita. Osassa huoneissa on mahdollista suorittaa kameravalvontaa ja yhdestä huoneesta on tarvittaessa pääsy turvasoluun. Kameravalvontaa suoritetaan vain potilaan suostumuksella ja lääkärin määräyksestä. Jokaisessa huoneessa on wc- ja suihkutilat. Kahden hengen huoneissa ei ole erikseen sermiä tms. tarvittaessa vaatteiden vaihto onnistuu yksityisesti wc-tiloissa. Lisäksi osastolla on kaksi päiväsalia, ruokasali, parveke, tupakointiparveke ja kävelyparveke. Hoitajien käytettävissä on kaksi kansliaa, jotka ovat toisiinsa kytköksissä ja joiden ovet avautuvat kahdelle eri käytävälle. Potilaiden käytössä on ruokasalin yhteydessä sijaitseva potilaskeittiö. Potilaskeittiö on varustettu jääkaapilla, mikroaaltouunilla, kahvin- ja vedenkeitinillä ja vesipisteellä. Potilaiden käytössä valvotusti myös kodinhoitohuone henkilökohtaista pyykkihuoltoa varten. Osastolla on käytettävissä myös monitoimihuone, jossa voidaan järjestää tapaamisia myös internetin välityksellä. Lisäksi henkilöstön käytössä on toimistotiloja, lääkehuone sekä taukuhuone, hoitotarvikevarasto, laitteiden huoltotilat ja huuhtelu/jätehuoneet sekä siivoushuone.</p> <p>Osaston 26L tiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään vähintään 3 vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu yksikön turvallisuusohjeisiin, saa perehdytystä tilojen turvallisuuteen liittyen ja osallistuu vuosittain toteutettaviin turvallisuuskävelyihin. Potilashuoneissa on riittävä ja paikkakohtaisesti säädettävä valaistus. Äänieristys on huomioitu tilasuunnittelussa mahdollisimman hyvin. Osastolla 26L henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa osastolla</p>
--

liikkumisessa. Esteettömyys on huomioitu ja apuvälineiden kanssa liikkuminen on sujuvaa, kynnyksiä ei ole ja oviaukot ovat riittävän väljiä. Osasto 26L on suljettu osasto ja sen mukaisesti osastolle kulku ja siellä poistuminen tapahtuu henkilökunnan kulunvalvonnalla. Lääkehuoneeseen kulku on henkilökunnan kulunvalvonnalla. Tilojen hätäpoistumistiet on merkitty opasteilla ja merkkivaloilla. Kulkuväylät ja hätäpoistumisreitit pidetään vapaana. Osastolla 26L on turvavalistus sähkökatkotilanteita varten.

Osastolla 26L on tarvittaessa mahdollista käyttää hoitajakutsua mutta se ei ole automaattisesti asennettuna kaikkii huoneisiin. Osastolla 26L hoitajat käyttävät ASCOM hälytinsjärjestelmää, jonka avulla hoitaja voi kutsua lisähenkilökuntaa paikalle tilanteen niin vaatiessa. Osastolla 26L on käytössä kulunvalvonta ja lukitusjärjestelmä, jonka avulla työtekijöiden, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden hallittu liikkuminen toteutetaan. Hallittu liikkuminen muodostuu kulunvalvonta -ja lukitusjärjestelmän kulkuoikeuksista sekä mekaanisista lukitusjärjestelmistä. Kulunvalvonnasta ja lukitusjärjestelmästä vastaa turvallisuuspalvelut. Esihenkilöt hallinnoivat henkilökunnan kulkuoikeuksia. Osaston ulko-ovet ovat aina lukittu ja kulku tapahtuu kulkutunnisteella. Osastolla 26L hyödynnetään kameravalvontaa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä. Lisäksi osasto 26L:llä on potilashuoneita, joissa on potilaan turvallisuuden varmistamiseksi mahdollisuus käyttää kameravalvontaa. Kamerat eivät ole tallentavia, eikä niistä muodostu henkilörekisteriä. Kameroiden valvontakuva on näkyvillä vain hoitajille. Kameran käytöstä sovitaan aina erikseen potilaan kanssa ja sitä käytetään lääkärin määräyksellä ja sitä käytetään vain potilaan hoidon ja turvallisuuden kannalta välttämättömissä tilanteissa. Osastolla 26L noudatetaan Siun sotessa laadittua ohjetta kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä. Henkilökunta opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön, turvahälyttimien ja muiden hälytysjärjestelmien käyttöön. Ohjeita ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu osastonhoitajalle. Osaston 26L tiloissa on automaattinen paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmä sekä murtosuojausjärjestelmä. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

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

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.

Osastolla 26L käytetään seuraavia etä- ja digipalveluita:

Etäkäynti: Etäkäynnillä tarkoitetaan puhelin- ja videovälitteistä käyntiä, joka korvaa asiakkaan vastaanottokäynnin ammattilaisen luona tai ammattilaisen käynnin asiakkaan luona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja etäkäyntiyhteydet ovat suojattuja. Etäkäynnille tarvitaan potilaan antama lupa. Osastolla 26 L käytetään etävastaanottoja esim. potilaiden jatkohoitoa järjestettäessä tai sovittaessa sekä hoidon koordinoinnissa. Etävastaanotto toteutetaan Teams-välitteisesti tai puhelimitse ja ne sovitaan hyvissä ajoin etukäteen.

[Omaolo](#) (linkki): Potilaita ohjataan käyttämään palvelua somaattisten vaivojen ongelmassa sekä oirekyselyjen tekemisessä.

[Omakanta](#) (linkki): Omakantapalvelua potilaat käyttävät itse omien terveystietojensa sekä reseptiensä tarkistamiseen sekä uusimiseen. Potilaille ohjeistetaan, ettei osastolla tehtyjä reseptejä uusiteta Omakannan kautta.

[siunsote.fi](#) (linkki): Potilaita ohjataan etsimään tietoa Siun soten palveluista sivuston kautta.

[Terveyskylä](#) (linkki): Mielenterveystalo.fi sivustoa käytetään potilasohjauksessa, esim. ohjataan potilaita tekemään omahoito-ohjelmia ja etsimään tietoa omasta sairaudestaan. Ammattilaisten osiota käytetään materiaalipankkina omassa käytännön työssä.

[Suomi.fi/viestit](#) (linkki): Kansalaisten ja viranomaisten välinen turvallinen ja nopea viestintätapa. Voit viestiä turvallisesti julkisen hallinnon ja muiden palvelua käyttävien organisaatioiden kanssa sekä vastaanottaa ajanvarauskirjeitä ja päätöksiä sähköisesti paperipostin sijaan. Palvelu vaatii vahvan tunnistautumisen.

[Miunpalvelut](#) (linkki): Pohjois-Karjalan kuntien ja hyvinvointialueen sähköiset palvelut yhteen paikkaan koottuna. Miunpalveluiden kautta voi täyttää ja lähettää sähköisiä hakemuksia esim. Siun soten ammattilaisille. Palvelu vaatii vahvan tunnistautumisen.

Ennen ensimmäistä etäkäyntiä asiakkaalta (lapsen kohdalla huoltajalta) tulee pyytää aina suullinen suostumus eli etäkäyntilupa tähän työtapaan. Etäkäyntilupa kirjataan asiakas- tai potilastietoihin.

Asiakkaalle kerrotaan tietoturvasta ja tietosuojasta Teams etäkäynneillä. Microsoft Teamsin tietoliikenneyhteys on salattu. Kutsulinkki lähetetään suojattuna sähköpostina ja asiakas avaa sähköpostin tekstiviestillä saamallaan PIN-koodilla. Kutsussa voidaan käyttää myös asiakkaan henkilötunnusta, jolloin asiakas avaa

kutsulinkin Suomi.fi-tunnistautumisella (esim. pankkitunnukset). Varmista asiakkaalta, kumpaa tapaa hän haluaa käyttää. Asiakkaan koko nimeä ja henkilötunnusta ei kirjata Teamsiin etäkäynnin aikana.

Potilaan henkilöllisyys voidaan myös varmistaa näyttämällä kameraan henkilökorttia, passia tai ajokorttia tai asiakas tulee olla muuten tunnistettavissa (pitkä asiakassuhde). Mikäli asiakkaan tunnistamista ei voida tehdä videoyhteydellä tai Suomi.fi tunnistuksen avulla, tunnistautuminen tehdään kysymällä asiakkaan henkilöllisyys suullisesti, ensisijaisesti asiakkaalta itseltään, vasta toissijaisesti hänen saattajaltaan. Tunnistautumisen yhteydessä kysytyt henkilötiedot varmistetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmästä

Ennen etä- ja digipalvelujen käyttöön ottoa varmistetaan, että potilaalla on tarvittavat välineet sekä taidot etä- ja digipalvelujen käyttöön. Lisäksi varmistetaan, että etä- ja digipalvelut ovat soveltuvia potilaan sairauden tila huomioiden käytettäväksi. Varmistetaan myös potilaan omasta halusta toteuttaa käyntejä etänä. Huolehditaan, että potilasta ohjataan turvalliseen sähköiseen asiointiin liittyvästä ohjauksesta. Potilaalle annetaan/ lähetetään sähköpostin liitteenä tai postitse ohje etäkäyntiin Teamsin välityksellä.

- [Ohje: Videovälitteinen etäkäynti Teamsin välityksellä](#), (linkki, sisäinen verkko)
- [Sähköinen asiointi – Kuvitettu ohje asiakkaalle suojatun sähköpostin lähettämiseen](#), (linkki, sisäinen verkko)
- [Etäryhmäkäynti Teamsin välityksellä -asiakasohje](#), (linkki, sisäinen verkko)

Tarvittaessa potilaista ohjataan tekemään vaara- ja poikkeamatilanneilmoitus, mikäli etäpalveluissa ei toimita ohjeistuksen mukaisesti tai tietoturva on vaarantunut.

Osastolla 26L toimii digimentori. Digimentori on suorittanut digimentorille suunnatun verkkokurssin, jonka jälkeen voi toimia yksikkönsä digimentorina. Digimentori tukee yksikön henkilöstöä sähköisten palveluiden, - järjestelmien ja digitaalisten välineiden käytössä. Digimentori huolehtii omien digitaitojen ylläpitämisestä ja kehittämisestä.

Henkilöstö huolehtii oman digiosaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Henkilöstö pitää omat tunnuksensa sekä salasansa ajan tasalla. Henkilöstö tunnistaa Siun soten ja kansalliset sähköiset palvelut sekä hyödyntää omassa työssään niitä sähköisiä palveluita, jotka tukevat oman yksikön toimintaa. Lisäksi henkilöstö ohjaa potilaita sähköisten palveluiden pariin ja toimii heidän digitukihenkilönänsä.

Osastonhoitajan tehtävänä on mahdollistaa yksikön henkilöstön digitaitojen kehittyminen.

Mikäli havaitaan etä- ja digipalveluihin liittyviä epäkohtia tai vaaratilanteista, on henkilöstöllä niistä ilmoitusvelvollisuus osastonhoitajalle. Epäkohdista ja vaaratilanteista tulee tehdä Laatuporttiin ilmoitus, joka tarvittaessa ohjataan myös Siun Soten turvallisuuspäällikölle. Myös potilaita ohjataan tekemään Laatuportti ilmoituksia ja tarvittaessa ohjataan olemaan yhteydessä potilasasiamieheen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Psykiatrian klinikassa on keskitetty hoituhuoneelle eri tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavat hoitovälineet ja laitteet (esimerkiksi ekg-laite). Häätötilatoimintaan liittyvät lääkkeet on koottu elvytyslaukkuun, joka sijaitsee osastolla 26L. Jokaiselta aikuispsykiatrian osastolta löytyy päivittäisessä käytössä on potilaan tutkimisessa tarvittavia välineitä (esim. verensokerimittarit, verenpainemittarit). Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja, rollaattoreita, jotka löytyvät klinikan yhteisestä apuväliavarastosta.

Häätötilanteiden hoitoon tarvittavat välineet on koottu siirrettävään elvytyslaukkuun, jolloin käytössä on yhteiskäyttölaitteita esimerkiksi verenkierron ja hengityksen tukemiseen. Psykiatrian klinikassa riskilaitteena on defibrillaattori, jonka osaamista ylläpidetään vuosittaisella koulutuksella. Siun soten lääkintälaittehuolto ylläpitää laiterekisteriä (Tclaitte) mihin yksikön hoitokoneet ja skannerit on rekisteröity. Yksikön esihenkilöt huolehtivat siitä, että käytössä olevien laitteiden toiminta on säännöllisesti tarkastettu laitekohtaisin aikavälein (hoitokoneiden vuosihuollot), laitteen ohjeistus on päivitetty, perehdytys laitteiden käyttöön on toteutunut ja ylläpitokoulutukset on järjestetty.

Laitteisiin liittyvät läheltä piti- ja haittatapahtumailmoitukset tehdään Laatuporttiin ja Laatuportin kautta Fimealle sekä laitteen valmistajalle/edustajalle. Jokaisen lääkinnällisiä laitteita työssään käyttävien sekä puhdistus-, huolto tai ylläpitotehtäviin osallistuvan ammattilaisen on velvollisuus perehtyä laitteiden käyttöohjeisiin ja noudattaa niitä asianmukaisen ja turvallisen käytön varmistamiseksi.

Psykiatrian klinikan laitehuollosta vastaavat Siun soten lääkintälaittehuolto ja laitevalmistajat. Meita hallinnoi atk- laitteiden laiterekisteriä, mikä löytyy Meittari itsepalveluportaalista. Siun soten laitevastaavat huolehtivat laitteiden käytöstä, vaihdoista ja käyttäjämuutoksista. Laitehankinnat tehdään Siun soten hankinta-asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä hankintaohjeistuksen mukaisesti. Laitehuollosta vastaavat pääsääntöisesti

laitevalmistajat. Yksikön hoitohenkilöstö vastaa laitteiden toimittamisesta huoltoon samoin huoltomiehen kutsumisesta tarvittaessa paikalle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden käyttökoulutusta antavat mm. laitetoimittajat ja laitevastaavat omassa yksikössään. Yksikössä käytössä olevista laitteista löytyy suomenkieliset käyttöohjeet. Henkilöstön käytettävissä on ajantasaiset kemikaaliluettelo ja käyttöturvallisuustiedotteet sähköisessä muodossa. Laitteiden kirjalliset suomenkieliset käyttöohjeet säilytetään siinä yksikössä missä laite on käytössä. Henkilöstö seuraa laitteiden ja tarvikkeiden toimintaa jatkuvasti työn lomassa. Mikäli häiriöitä havaitaan laitteen toiminnassa, kutsutaan huolto paikalle tai poistetaan viallinen laite käytöstä.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Psykiatrian klinikkaryhmään on laadittu jokaiseen yksikköön oma lääkehoitosuunnitelma mikä pohjautuu Siun soten Lääkehoidon oppaaseen, jonka perustana toimii STM:n opas ”Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen”. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6.)

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa ja aina säädösten, työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Työyksiköiden esihenkilöt vastaavat siitä, että työyksikössä on ajan tasalla oleva

lääkehoitosuunnitelma. Esihenkilö varmistaa, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista ja että henkilökunta tuntee muutokset.

Esihenkilön vastuulla on luoda työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Esihenkilö ja työnantaja arvioivat lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin sekä aloittavat vaaditut korjaavat toimenpiteet. Yksikön lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona yksikön turvallisuuskansioon ja sen tulee löytyä myös lääkekaapista, tai sen välittömästi läheisyydestä.

Esihenkilöt valvovat lääkehoidon turvallista toteutusta yksiköidensä osalta ja perehdyttävät uudet työntekijät lääkehoidon toteutukseen ohjeistuksen mukaisesti. Ylilääkäri allekirjoittaa lääkeluvat niiltä osin, kuin se on lääkelupasiakirjoissa määritelty. Osastohoitaja organisoii henkilöstönsä lääkelupiin tarvittavat koulutukset ja näytöt, ja vastaa että henkilöt suorittavat vaaditut koulutuskokonaisuudet. Osastonhoitajan lisäksi lääkehoitosuunnitelman tekemiseen ja ylläpitämiseen osallistuu yksikön lääkehoidon vastaavat. Lääkehoidon vastaava osallistuu työntekijöiden / opiskelijoiden perehdytykseen ja ohjaukseen lääkitysturvallisuuteen liittyen omalta osaltaan. Yksikön päivitetty lääkehoitosuunnitelma käydään läpi työntekijän perehdytyksessä. Vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja työyksikössä vaaditut lääkeluvat omaava ammattilainen voi toteuttaa lääkehoitoa. Hoitotyön opiskelijat eivät toteuta lääkehoitoa itsenäisesti.

Kun lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma havaitaan, tulee välittömästi tehdä tarvittavat toimenpiteet vaaran poistamiseksi ja vaikutusten minimoimiseksi. Tapahtunut tilanne ja toimenpiteet tulee kirjata viivytyksettä myös asiakas-/potilasasiakirjoihin. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11 ja 12 §.) Asiakasta ja omaista informoidaan mahdollisimman pian tapahtuneesta. (Potilasturvallisuusasetus 341/2011, 1§ 5 momentti.)

Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä on oltava suunnitelma, kuinka lääkkeen yliannostus- ja myrkytystapauksissa toimitaan. Vaaratapahtumien yhteydessä ensisijainen tehtävä on seurata potilaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi lääkärille.

Myrkytystietokeskuksen tiedot ovat nopeasti saatavilla internetistä. Henkeä uhkaavassa tilanteessa soimitaan hätäkeskukseen ja ensihoito toimittaa potilaan jatkohoitoon. Vaaratapahtumat kirjataan potilaan käyntitekstiin ja niistä tehdään Laatu-porttiin vaaratapahtumailmoitus. Vaaratapahtumista informoidaan potilasta, tämän tekee ensisijaisesti hoitava lääkäri. Psykiatrian klinikkaryhmässä toimitaan oman yksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Vaaratapahtumia on velvollinen seuraamaan jokainen työntekijä omalta osaltaan ja niiden ilmaantuessa työntekijä tekee Laatuporttiin vaaratapahtumailmoituksen (PaTu) asiasta. Osastonhoitaja, ylihoitaja sekä osastonlääkäri seuraavat Laatuportin vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän kautta tulevia ilmoituksia ja ne käsitellään henkilökunnan kanssa palavereissa. Samalla arvioidaan, mistä poikkeama on mahdollisesti johtunut ja miten vastaavat tilanteet voidaan ennaltaehkäistä jatkossa sekä luodaan yhteinen turvallinen toimintatapa jatkoa ajatellen. Näitä voivat olla esim. samankaltaisen

lääkepakkauksen sijoittaminen erilleen tai korvaaminen erinäköisellä pakkauksella. Asiakkaalle ilmoittaa lääkeshoidossa tapahtuneesta poikkeamasta tai virheestä ensisijaisesti lääkäri sekä työyksikön hoitaja.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkeshoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkeshoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Osaston ylilääkäri Kaisa Roiha

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Olli-Pekka Heikkinen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monisairaat ja lääkityt potilaat, joilla lääkelista ei ole ajantasainen tai potilas ei kerro kaikista käyttämistään lääkevalmisteista	Tarkennetaan lääkitystä koskeva anamneesi suullisesti yhdessä potilaan kanssa ennen lääkeshoidon aloittamista	
Lääkeaine yliherkkyydet	Huolellinen anamneesi, Riskitietojen ajantasalla pitäminen	Kirjataan riskitietoihin
Lääkeaineiden aiheuttamat haittavaikutukset (pitkävaikutteiset injektiot)	Lääkevalmistajan ohjeiden mukainen seuranta injektion antamisen jälkeen, injektioapaikan valinta	Zypadhera-injektiossa 3h seuranta antamisen jälkeen. Injektioapaikan kirjaaminen tarkasti potilastietojärjestelmään.
Lääkeaineiden väliset yhteisvaikutukset / riskilääkkeet	Lääkehoitosuunnitelmassa lista riskilääkkeistä	Perehdytysvaiheessa käytävä läpi työntekijän / opiskelijan kanssa
Samalta näyttävät ja kuullostavat lääkkeet (näköisnimiset lääkkeet, LASA-lääkkeet)	Pyritään pitämään erillään toisistaan	Perehdytysvaiheessa käytävä läpi työntekijän / opiskelijan kanssa

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. Terveydenhuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Yksiköissä noudatetaan infektioidentorjuntayksikön antamia ohjeistuksia. Ohjeistukset sisältävät ohjeita henkilökunnan, välineiden, siivouksen sekä potilastyöskentelyn hygieniaan. Henkilöstön peruserokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja peruserokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa.

Henkilöstö noudattaa ohjeistuksen käytäntöjä ja infektioita sekä tarttuvien sairauksien leviämistä ennaltaehkäistään:

- Huolellisella käsihygienialla
- Suojainten käytöllä
- Työskentelytavoilla
- Työskentelyhygienialla
- Pisto- ja viiltovahinkojen ennaltaehkäisyllä
- Hoitovälineiden puhtaudella, puhdistuksella ja desinfektiolla
- Hoitoympäristön siivouksella ja desinfektiolla
- Asianmukaisella jätteiden ja pyykin käsittelyllä

Käsihuhteita on tarjolla henkilöstölle ja potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu käytettävyys. Kirurgista suu-nenäsuojaa käytetään Siun soten infektioyksikön ohjeiden mukaan, esim. henkilökunnan altistuttua infektiolle, ja aina potilaan niin toivoessa.

Tartuntatautiriskipotilaat pyritään tunnistamaan esitietojen avulla. Hoitoon liittyvät infektiot ja tarttuvat sairaudet ovat harvinaisia korkean hygieniatason ja suojainten käytön takia, mutta mahdollisia.

Hoitoon liittyvä infektio voi olla joko injektio- ja laskimonsisäiseen infuusihoitoon liittyvä paikallinen infektio tai laskimonsisäiseen infuusihoitoon liittyvä. Injektion antamisessa noudatetaan turvallisen lääkehoidon hygieniaohteita. Laskimonsisäisissä infuusioidoissa aseptinen työskentely kanyylin laitossa ja huolellinen käsihygienia aina kanyyliä ja laskimonsisäisiä lääkkeitä käsiteltäessä korostuvat. Verisuonikanyyleja voi asettaa vain asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) velvoittaa terveydenhuollon ammatissa toimivaa työntekijää ylläpitämään ammattitaitoaan.

Mikäli todetaan hoitoon liittyvä infektio, kirjataan se potilastietojärjestelmä Mediatriin. Henkilöstön osaamista kehitetään yhteistyöllä infektioiden torjuntayksikön kanssa sekä hygieniahoitajan pitämällä koulutuksilla, esim. käsihygienian koulutus.

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.

Tilojen yleisestä siisteydestä vastaa Pohjois-Karjalan tukipalvelut oy, Polkka. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä.

Infektioherkkinä aikoina yksikön usein kosketukselle altistuvia puitteita, kuten ovenkahvat ja näppäimistöt, siivousta on tehostettu tarjoamalla henkilökunnalle puhdistukseen tarkoitettuja desinfiointiliinoja. Henkilökunta on ohjeistettu yleisessä käytössä olevien kohtien puhdistamiseen.

Tiloissa olevia huonekaluja pestään säännöllisesti ja aina tarvittaessa. Henkilökunta voi pyytää tekstiilien pesua tekemällä laitoshuollon palvelupyynnön tai ilmoittamalla asiakasta esihenkilölle.

Yksikön tilojen ulkopuolella samassa kerroksessa on oma jätehuone, missä jätteet lajitellaan asianmukaisesti.

Päivittäisestä toiminnasta poikkeavissa kysymyksissä hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön osaamista.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Psykiatrian klinikassa hyödynnetään potilastyössä työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja. Henkilöstön käyttöön tarkoitetut asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista (intra) tai potilastietojärjestelmästä (psykiatrian työkalupakki). Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan vahvasti, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio. Yksiköillä on käytössä myös Teams-ryhmiä. Yksikkökohtaiset ohjeet löytyvät yksikön Teams ryhmän tiedostokansiosta. Jokainen työntekijä ja opiskelija perehdytetään asiakirjojen asianmukaiseen käyttämiseen.

Psykiatrian klinikassa laaditaan työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja myös muiden ammattilaisten ja potilaiden käyttöön. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytäntöihin. Ohjeita laativat ja päivittävät sairaanhoitajat ja lääkärit, joilla on intran sisällöntuottajaoikeus. Ohjeet tarkastavat ja/tai hyväksyvät lääketieteen-, tai hoitotyön esihenkilö. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on myös ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta.

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

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.

Osasto 26L toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Organisaation sisäisesti osastolla

työskennellään tiiviisti yhteistyössä myös sosiaalihuollon kanssa. Yksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan yksikkö ja klinikkaryhmä kohtaisesti. Osaston 26L työntekijät suorittavat organisaation pakolliset asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Psykiatrian klinikkaryhmällä on myös oma koulutussuunnitelma, jonka mukaiset lisäkoulutukset osaston työntekijät suorittavat. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Näitä ovat esimerkiksi Aluehallintovirasto (AVI) ja Fimea.

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.

Yksikköön on laadittu turvallisuussuunnitelma ja sitä päivitetään vuosittain. Turvallisuussuunnitelma löytyy yksiköiden turvallisuuskansiosta sekä tiedostokansiosta. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuussuunnitelmaan heti työsuhteen tai työharjoittelun alussa yksiköiden esihenkilöiden ja turvallisuusvastaavien toimesta. Yleiseen turvallisuuteen liittyviä asioita kerrataan yksiköissä säännöllisesti.

Yksiköiden riskienarviointi tehdään vuosittain Laatuportissa.

Yksiköissä on turvahälyttimiä jokaisen osastolla työskentelevän käyttöön. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti erillisen ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti.

Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista ylläpidetään ja kehitetään organisaation järjestämällä säännöllisillä koulutuksilla, esimerkiksi joka toinen vuosi toteutuvilla paloturvallisuuskoulutuksilla. Henkilökuntaa ohjeistetaan normaaliolojen häiriö-, turvallisuus- ja valmiussuunnitelmista esim. vesi- tai sähkökatkon varalta, lisäksi sähkökatkohanjoituksia on järjestetty. Poikkeusolojen suunnitelma, kuten suuronnettomuussuunnitelma, löytyy Siun soten sivuilta. Henkilökunta ohjeistetaan poikkeusolojen turvallisuussuunnitelmissa ja toimintatavoissa.

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

9.7.3 Terveysthuojelu

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

Osaston 26L terveysthuojeluun liittyvää nykytilannetta ja siihen liittyviä riskejä on arvioitu Laatuportissa riskenhallinnan riskiarvioinneissa. Laatuportissa dokumentoidaan myös, kuinka osastolla näitä riskejä hallitaan. Riskejä arvioidaan vuosittain osastonhoitajan toimesta, sekä joka kolmas vuosi yhdessä työsuojelun ja työterveysthuojitajan kanssa.

Poikkeamatilanteissa tehdään Laatuportti järjestelmään tarkoituksen mukainen ilmoitus.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdysthenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveysthuojellon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysthuojellon 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.

Jokainen työntekijä on vastuullinen varmistamaan jokaisessa palvelun vaiheessa, että kyseessä on oikea henkilö. Luotettavassa tunnistamisessa henkilötiedot varmistetaan aina kahdella tavalla. Vastaanoton alussa psykiatrian klinikassa potilas tunnistetaan kysymällä potilaan koko nimi ja henkilöturvätunnus. Potilaan ottaessa yhteyttä puhelimitse kysytään hänen henkilötunnuksensa ja päivitetään samalla yhteystiedot. Potilaan saattaja auttaa tunnistamisessa tarvittaessa. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet.

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 Häätötilapotilaan/ -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.

Vastaanotto- ja vuodeosastotyön luonteeseen kuuluu potilaan voinnin jatkuva arvioiminen, jolloin voinnin heikkeneminen huomioidaan nopeasti. Apuna on MET-kriteerit. Hätätilanteessa käytetään yksikön hälytintä lisäavun paikalle saamiseksi.

Yksikössä kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat suorittavat Hätätötilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutuksen. Suoritettava taso määräytyy työpisteen tehtävien, osaamisvaatimusten ja käytettävissä olevien tutkimus- ja hoitovälineistöjen mukaisesti. Psykiatrian klinikassa aikuisten vuodeosastot kuuluvat taso 3:een ja lasten ja nuorten vuodeosastot, poliklinikat sekä erityistyöntekijät kuuluvat taso 4:ään.

Koulutukseen kuuluu verkkokurssi [Hätätötilapotilaan tunnistaminen ja elvytys 2023 \(verkkarit.fi\)](#) , (linkki, sisäinen verkko) sekä simulaatioharjoitus.

Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutuskokonaisuus sisältää hätätilapotilaan tunnistamiseen ja elvytykseen liittyviä tietoja ja taitoja. Kurssin sisältö perustuu Käypä hoito -suositukseen.

Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys taso 3 päivitetään vuoden välein ja taso 4 kahden vuoden välein.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen	Koulutus ja osaamisen ylläpito	Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutus Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot , (linkki, sisäinen verkko)
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen	Koulutus ja osaamisen ylläpito	MET-kriteerit (keskussairaala) , (linkki, sisäinen verkko) Hätätilapotilaan seurantaavaake , (linkki, sisäinen verkko)

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.

Osasto 26L keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon yksiköt, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut, erikoissairaanhoidon vuodeosastot ja toimenpideyksiköt, sosiaaliryöntekijät, ravitsemusterapeutit sekä fysioterapeutit.

Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti ja ajantaisesti. Yksikössä on käytössä tarkastuslista, jossa käydään läpi hoitokokonaisuus saapumisvaiheesta uloskirjoitusvaiheeseen, jokaiselle toimijalle on omat vastualueet määritelty. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmässä hoito-ohjeilla ja määräyksillä, eri asiantuntijoiden kirjauksilla, konsultaatioilla, työviesteillä ja sanomajakelulla sekä tämän lisäksi suullisella raportoinnilla. Potilaan hoitoon

liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy osastolta 26L muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen. Työntekijöiden monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä.

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

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.

Potilaan kipukokemusta arvioidaan keskustelun ja non-verbaalisen viestinnän avulla osastohoidon aikana. Hyvä keskusteluyhteys potilaan kanssa sekä rauhallinen ja turvallinen hoitotilanne lieventävät kivun tuntemusta. Hyvän vuorovaikutustilanteen tunnusomaisena piirteenä potilaalla on tunne, että kipua ei tarvitse lähtökohtaisesti kestä, vaan kipua lievennetään potilaan niin halutessa. Potilas saa tarvittaessa suullisesti tai kirjallisesti kivunhoito-ohjeita ja tarvittaessa kipulääkitystä osaston lääkärin määräyksestä. Tarvittaessa voidaan konsultoida kivunhoidossa kipupoliklinikkaa tai fysioterapauttia. Potilaan kanssa keskustellen selvitetään kivun voimakkuutta ja esitetään potilaalle tarkentavia kysymyksiä kipukokemuksesta. Tyypillisimmin potilaalta tarkistetaan mm: missä kipu tuntuu, onko kyseessä kipu, johon särkylääke auttaa, provosoituuko kivun tunne jostain, onko kipu vihlova vai jomottavaa, onko kipu jatkuvaa vai hetkittäistä, voimistuuko kipu tietyissä tilanteissa? Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa diagnostiikassa. Potilaan kokema kipu usein kirjataan hoitokertomukseen sanallisesti. Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa hoidon tarpeen arvioinnissa, diagnostiikassa ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaan kokema kipu voi olla myös psyykkiseen tilaan (esimerkiksi masennus) liittyvää tunteiden ilmentämistä fyysisenä oireena, johon ei varsinaisesti voida vaikuttaa kipulääkityksellä. Lääkäri vastaa potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Hoitajat suorittavat heiltä vaaditut opintokokonaisuudet Verkkarit.fi sivuilla ja antavat tarvittavat näytöt lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi. Lääkehoitoresepti kirjataan potilastietojärjestelmään.

Mikäli kivunhoidossa havaitaan puutteita, jokainen henkilöstössä on velvollinen ilmoittamaan siitä osaston lääkärille ja osastonhoitajalle. Lisäksi tarvittaessa tehdään ilmoitus Laatuporttiin.

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.

Psykiatrian klinikkaryhmän tilat ovat suunniteltu esteettömiksi. Potilaat saatetaan tarvittaessa poliklinikoiden vastaanottohuoneisiin ja vastaanottohuoneista pois, sekä varmistetaan, että liikkumiseen apua tarvitsevilla potilailla on tarvittavaa apua huolehtimassa liikkumisesta vastaanoton ulkopuolella.

Osastolle tulotilanteessa huomioidaan potilaan liikkuminen. Jos potilaan liikkuminen on epävarmaa, tarjotaan potilaan käyttöön liikkumisen apuvälineitä. Mikäli tulotilanteessa havaitaan potilaalla olevan erityinen kaatumisriski (huono ravitsemus, tasapaino-ongelmia, potilas on aiemmin jo kaatunut) täytetään potilaasta FRAT-mittari. FRAT- mittarin tulos kirjataan potilastietojärjestelmään. FRAT- mittarin tuloksen perusteella potilasta ohjataan käyttämään liikkumisen apuvälineitä sekä huomioidaan huonejärjestelyssä niin, että tila olisi mahdollisimman esteetön. Lisäksi kiinnitetään huomiota siirtymätilanteisiin esim. ruokailuun saapuminen/poistuminen sekä potilaan käyttämiin jalkineisiin, että ne olisivat mahdollisimman turvalliset. Osastolla on käytössä myös Miratel- järjestelmä, jolla potilas voi pyytää apua siirtymätilanteisiin.

Mikäli kaatumis- tai putoamistilanteita tapahtuu, kirjataan tapahtumat potilaskertomukseen ja tehdään potilastietojärjestelmään oma haittatapahtumailmoitus. Lisäksi laaditaan ilmoitus Laatuporttiin. Raportin ja koosteen tehdyistä haittatapahtumakirjauksista saa Qlik-järjestelmän kautta.

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

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.

Osastolla 26L hoidetaan ajoittain syömishäiriöpotilaita, joilla vajaaravitsemustiloja on jo kehittynyt. Lisäksi muilla potilailla voi olla jo sairaalahoitoon tullessa kehittynyt vajaaravitsemustiloja heidän psyykkisen tai taloudellisen tilanteensa vuoksi. Psykiatrian klinikassa on laadittu työohje syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Ohje on henkilöstön saatavilla. Osastohoidon alussa selvitetään potilaan ravitsemustilanne sekä tehdään somaattisia ja laboratoriotutkimuksia potilaan tilanteen selvittämiseksi. Ravitsemustilanteen selvittämiseksi voidaan käyttää NRS2002- mittaria sekä lisäapuna EDE-Q kyselyä. Näiden arviointien pohjalta laaditaan potilaalle ateriasuunnitelma, jota noudatetaan hoitosopimuksen mukaisesti. Suunnitelmia toteuttaa potilaan lisäksi potilaan omahoitaja sekä vuorokohtaiset hoitajat. Suunnitelma kirjataan mediatriin kaikkien hoitoon osallistuvien nähtäville. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito-ohjetta noudattaa koko henkilöstö, jotta hoito on yhdenmukaista ja laadukasta potilaiden kohdalla.

Muiden kuin syömishäiriöstä aiheutuvien vajaaravitsemustilojen arvioinnissa sekä hoidossa toimitaan Siun Soten yleisen ohjeistuksen mukaisesti. Siun sotessa vajaaravitsemusriskin seulontaan käytetään Mediatriin lomakkeista löytyviä MNA (Mini Nutritional Assessment) ja NRS2002 (Nutritional Risk Screening) -mittareita. MNA on suunnattu perusterveydenhuoltoon ja ikäihmisten palveluihin, kun taas NRS2002 sairaalapalveluihin. Käyttöohjevideot ja toimintamallit seulon tekemisen jälkeen löytyvät Siun soten intrasta ravitsemusterapian tiedostoista ja ovat henkilöstön käytettävissä.

Jokainen osaston henkilökuntaan kuuluva perehtyy syömishäiriötä sairastavan hoidon työohjeeseen ja toimii sen mukaisesti. Lisäksi henkilökunta perehtyy vajaaravitsemuksen hoitoon, johon on myös verkkokoulutuksena suoritettava Vajaaravitsemuksen koulutus Oppiportissa sekä tutustuu vajaaravitsemuksen hoidon materiaaleihin Siun Soten intran sivuilla. Tarvittaessa voi henkilöstö hankkia lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Syömishäiriöiden ja vajaaravitsemustilojen hoidossa hyödynnetään myös Siun Soten ravitsemusterapeuttien osaamista.

Mikäli havaitaan vajaaravitsemuksen ehkäisyssä tai hoidossa epäkohtia, jokainen henkilöstössä on velvollinen ilmoittamaan asiasta esihenkilölleen. Lisäksi tarpeen mukaan tehdään Laatuporttiin ilmoitus epäkohdista.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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.

Mikäli potilaalla on mahdollisia painehaavaumaan johtavia keskeisiä riskitekijöitä, kuten liikkumattomuutta, vajaaravitsemusta, inkontinenssia tai anemiaa, täytetään potilaasta painehaavariski- mittari. Painehaavariskin tunnistamisessa hyödynnetään Braden-mittaria. Kohonnut painehaavariski huomioidaan potilaan hoidossa apuvälineiden, asentohoidon, hyvän ravitsemuksen, hyvän henkilökohtaisen hygienian sekä ihon tarkkailun keinoin. Painehaavapotilaiden hoito suunnitellaan lääkärin ja/tai haavahoitajan toimesta. Osastolle on lainattavissa decubitus patja ihovaurioiden ehkäisemiseksi. Lisäksi osastolla on tarvittaessa käytössä siirtonosturi.

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.

Psykiatrian klinikkaryhmässä ei toteuteta leikkaushoitoa, vaan palvelut keskitetään erikoissairaanhoidon operatiiviseen klinikkaryhmään. Leikkaushoidon turvallisuutta varmistetaan huomioimalla leikkaustoimenpiteisiin menevien potilaiden kohdalla ennen leikkausta määrättyjen verikokeiden ottaminen ja tiettyjen lääkkeiden annostuksen muuttaminen ja mahdollinen tauottaminen, potilaan ohjaaminen ennen toimenpidettä sekä leikkaushoidon valmisteluun liittyvät kirjaukset potilastietojärjestelmään. Henkilöstön osaamista varmistetaan sisäisillä ohjeistuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Psykiatrian klinikkaryhmästä löytyy hoituhuone, jossa pystytään tekemään pieniä toimenpiteitä ja tutkimuksia tarpeen vaatiessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Yksikössä hoidetaan potilaita, joilla on mahdollisuus akuuttiin sekavuustilaan. Akutteja sekavuustiloja esiintyy yleisesti noin 12-23% sairaalahoidossa olevilla potilailla. Altistavia tekijöitä ovat mm. päihteiden ja lääkkeiden käyttö, korkea ikä ja heikko yleiskunto. Äkillisen sekavuustilan laukeamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kipu, stressi, univaje, liialliset tai liian vähäiset ulkoiset ärsykkeet sekä vieras ympäristö.

Siun sotessa on laadittu palveluketju akuuttiin sekavuustilaan. On huomioitava, että hoito- ja palveluketjua voi hyödyntää yli 18-vuotiaiden potilaiden hoidossa soveltuvin osin, mutta ei alle 18 -vuotiaiden. Lisäksi tämän ulkopuolelle jäävät alkoholin tai päihteiden käytön aiheuttaman sekavuustilan (delirium tremens) ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hoito.

Akuutin sekavuustilan arviointiin ja tunnistamiseen käytetään soveltuvaa mittaria. Yksikössä lääkärit käyttävät tarvittaessa esim. CAM-testiä (Confusion Assessment Method). Mittarin käyttö kirjataan Mediatriin valitsemalla Mittarit-otsikkoryhmästä CAM.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Osasto 26L henkilöstö huomioi ja tiedustelee potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta tupakoinnin riskeihin liittyen. Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön

mahdollisuudesta. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

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.

Yksikössä kartoitetaan jokaisen potilaan kohdalla alkoholin riskikäyttöä. Potilaille tai asiakkaille tehdään alkoholin riskikäyttöä arvioiva kysely (Audit C ja tarvittaessa Audit), joka kirjataan potilastietojärjestelmään.

Henkilön riippuvuus huomioidaan hoidossa. Yksikössä on valmius suunnitella, toteuttaa ja arvioida alkoholin riskikäytön ja riippuvuuden haittoja.

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.

Osastolla 26L hoidetaan oikeuspsykiatrisia- ja psykoosipotilaita. Merkittävällä osalla potilaista on ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumausaineiden väärinkäytön kanssa. Osastolla 26L kartoitetaan potilaiden päihteidenkäyttötottumuksia heidän saapuessaan osastolle ja hoidon aikana eri menetelmin (kyselyt, huumausaineseulat, alkometri, lääkkeiden käytön selvittäminen tms.). Tavoitteena on jo heti hoidon alusta lähtien luoda luottamuksellinen suhde hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Mikäli potilaan hallussa on huumausaineita tai alkoholia, ottaa hoitohenkilökunta nämä haltuun ja ne hävitetään Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti. Osastolla 26L hoidetaan päihderiippuvuuksia psykiatrisen hoidon ohella, erillistä hoitoon ohjausta ei siis tarvita vaan potilaan kokonaisvointi huomioiden voi hoito alkaa välittömästi. Akuutit sekavuustilat hoidetaan Siun Soten tekemän palveluketjun mukaisesti.

Osastolla 26L arvioidaan ja hoidetaan riippuvuussairauksia psykiatrisen hoidon yhteydessä. Osastolla on mahdollista toteuttaa myös vieroitushoitoa. Osaston henkilökuntaa koulutetaan huomioimaan riippuvuussairaudet hoitosuhteessa. Päihteiden käyttöä arvioidaan osastolla koko hoitojakson ajan. Osastolla päihteiden käyttö ei ole sallittua, mutta päihteettömyys ei ole kriteeri psykiatrisen hoidon saamiselle. Mikäli riippuvuussairaana potilaan psyykinen vointi sallii uloskirjaamisen osastolta, pyrkii osaston hoitohenkilökunta yhdessä potilaan ja sosiaalityöntekijän kanssa löytämään potilaalle sopivan jatkohoitopaikan, mikä voi olla myös päihdekuntoutusyksikkö.

Osaston henkilökunta koulutautuu Siun Soten ja psykiatrian klinikkaryhmän ohjeistuksen mukaisesti. Työnantaja järjestää ajoittain lisäkoulutusta päihdehoidosta henkilökunnalle.

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Mikäli psykiatrian klinikkaryhmässä huomioidaan tai tunnistetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, voidaan potilas ohjata tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksiottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut ([Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#), (linkki, sisäinen verkko)). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

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.

Osasto 26L on oikeuspsykiatrian- ja pitkäaikaishoidon yksikkö, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon tasoista psykiatrista hoitoa, yksikössä ei tehdä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Psykiatrisesti sairastuneen potilaan omaiset ja läheiset huomioidaan osana ennaltaehkäisevää hoitoa.

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.

Henkilökuntaa on koulutettu potilaan itsemurhariskin arviointiin. Hoidontarpeenarviointia tehdessä ja vastaanotoilla havainnoidaan itsemurhavaarassa olevia henkilöitä ja itsemurhan riskitekijöitä. Hoidontarpeen arviointi tehdään aikuispsykiatrian tehostetun avohoidon oman triage-luokittelun mukaisesti. Triagen mukaisesti psykiatrinen hoito aloitetaan välittömästi, mikäli potilas on itsemurhavaarassa tai on tuore itsemurhayritys.

Itsetuhoisista ajatuksista kysymiseen ja niihin puuttumiseen käytetään näyttöön perustuvia toimintatapoja, esimerkiksi turvasuunnitelmaa. Henkilökunta kysyy potilaalta aktiivisesti ja suoraan itsemurha-ajatuksista ja pyrkii vähentämään potilaan itsemurhariskiä hoidollisin keinoin potilaan hallintakeinoja lisäämällä, toivoa ja voimavarojen tunnistamista lisäävällä keskustelulla ja yhteisillä suunnitelmilla, joihin potilas pyritään sitouttamaan.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla, sisäisesti esimerkiksi Verkkarit-verkko-opinnoilla tai ulkoisilla täydennyskoulutuksilla.

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.

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä ja vastaanotoilla havainnoidaan ja otetaan puheeksi, onko asiakas/potilas mahdollisesti kokenut väkivaltaa. Tieto väkivallasta nuoren tai perheen elämässä voi tulla ilmi nuoren, vanhemman tai verkoston kautta. Kun väkivalta on otettu puheeksi ja tunnistettu, tarvittaessa tehdään lastensuojelu- ja/tai rikosilmoitus. Tilanteen mukaan nuorisopsykiatrian poliklinikalla voidaan myös työstää väkivaltateemaa. Tarvittaessa asiakas/potilas ja/tai perheenjäsenet ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin sovittujen palvelupolkujen mukaisesti. Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisellä koulutuksella. Henkilöstön osaamisen varmistamiseksi on tarjolla verkkokoulutusta (esim. Puutu väkivaltaan verkkokoulutus – THL)

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
Väkivallan ilmeneminen vastaanottotilanteessa	Ennakointi ja tarvittavan lisäavun pyytäminen	
Luottamuksen menettäminen toisille viranomaisille tehtävien ilmoitusten myötä	Asiasta keskustelu ja positiivisten asioiden esille nostaminen	

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 kehittämisajankalava

--	--	--

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).

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=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))