

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Reumakeskus ja infuusioyksikkö

Laatija(t)	Päivinen Tiina, osastonhoitaja Hasunen Satu, apulaisosastonhoitaja Immonen Kai, ylilääkäri
Tarkastaja	Karvinen Heli, ylihoitaja
Hyväksyjä	Harju Anu, palvelupäällikkö
Pvm.	7. 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 vastuuhenkilö(t).....	9
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	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	12
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	13
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	14
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	15
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	15
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	16
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	16
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	16
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	19

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	20
6.5.2	Asiakasviestintä	20
7	Henkilöstö	20
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	21
7.2	Rekrytointi	21
7.3	Perehdytys	22
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	22
7.5	Johtamisosaaminen	23
7.6	Työhyvinvointi	24
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	24
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	25
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	25
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	26
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	27
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	27
9.2	Etä- ja digipalvelut	29
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	29
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	31
9.5	Infektioiden torjunta	32
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	32
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	33
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	34
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	35
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	35
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	35
9.7.3	Terveydensuojelu	36
10	Palvelun sisällön omavalvonta	37
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	37
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	38

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	38
10.4	Kivunhoito	39
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	40
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	41
10.7	Painehaavojen ehkäisy	41
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	42
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	42
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	43
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	43
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	44
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	44
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	45
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	45
10.11	Itsemurhien ehkäisy	46
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	47
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	47
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	48
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	48
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	48
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	48
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	50

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	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Reumakeskus ja infuusioyksikkö 4A Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Avohoito / potilasvastaanottotoiminta Reumasairauksia sairastavat potilaat sekä infuusio- ja lääkehoitoja saavat potilaat tietyin kriteerein Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella Reumapotilaiden käynnit 1-12 2023: 6195 Lääkehoidot 1-12/2023: 2200

	Vastaanottokäyntien ja kontaktien tarve on määritelty yksilöllisesti, keskimäärin 1-3 käyntiä vuodessa.
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	<p>Päivinen Tiina, tiina.paivinen@siunsote.fi, puh. 013 3304631</p> <p>Hasunen Satu, satu.hasunen@siunsote.fi, puh. 013 330 4156</p> <p>Immonen Kai, kai.immonen@siunsote.fi, puh. 013 330 3601</p> <p>Harju Anu, anu.harju@siunsote.fi, puh. 013 330 3064</p>
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi , 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.</p> <p>Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toimintaa johtavat yhdessä ylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto ylihoitajalle jakaantuen edelleen lähiesihenkilöille. Yksikössä toteutetaan sekä lähi- että etäjohtamista. Päivittäinen yksikön toiminnan johtaminen painottuu osastonhoitajalle ja apulaisosastonhoitajalle.</p>

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

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

Henkilöstövuokraus	1 palveluntuottaja
Lääkäripalveluostoja	Useita palveluntuottajia
Työnohjaus	Useita palveluntuottajia

Reumakeskuksessa käytettävien ostopalveluiden laadusta ja turvallisuudesta vastaa Reumakeskuksen ylilääkäri.

Reumakeskuksessa ostopalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ennakoivalla, johon kuuluvat muun muassa sopimukselliset laatuvaatimukset. Ostopalveluiden laatua seurataan säännöllisesti potilaiden ja henkilöstön palautteiden, palveluntuottajien hoitopalautteiden sekä kertomuskirjausten kautta. Reumakeskuksen sopimukseen kirjataan ostopalveluiden laatuvaatimukset.

Mahdollisissa reklamaatioprosessissa noudatetaan organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Palautetta saadaan sekä henkilöstöltä että asiakaspalautteiden kautta. Hankinta- ja sopimuspalveluiden asiantuntijoiden osaamista hyödynnetään reumakeskuksen ostopalveluiden laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamisessa.

Osaamisen varmistamiseksi ostopalveluihin liittyy alkuperähditys ja jatkuva tuki. Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta hyödynnetään osittain reumakeskuksen lähijohtajien ostopalveluosaamisen varmistamisessa.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

Toiminta-ajatus ilmaisee, kenelle ja mitä palveluita tuotetaan. Toiminta-ajatuksen tulee perustua toimialaa koskevaan lainsäädäntöön. Keskeiset terveydenhuollon palvelua ohjaavat lait ovat [terveydenhuoltolaki \(1326/2010\)](#) (linkki), [laki potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992\)](#) (linkki), [tartuntatautilaki \(1227/2016\)](#) (linkki) sekä [laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä \(612/2021\)](#) (linkki).

Konservatiivisen klinikkaryhmän tehtävänä on tarjota Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle terveydenhuoltolain mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut. Toiminnan tavoitteena on tuottaa strategian mukaisesti oikea palvelu, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa.

Reumakeskus ja infuusioyksikkö on Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella toimiva erikoissairaanhoidon yksikkö, johon on keskitetty ammattitaitoinen reumasairauksien hoito sekä erilaiset infuusio- ja lääkehoidot.

Reumakeskus toimii keskussairaalassa (A-talon 4. kerros) ja erikoissairaanhoidon palveluihin tarvitaan lähete lääkäriltä.

Reumakeskuksen ja infuusiokeskityksen perustehtävänä on järjestää terveydenhuoltolain 24 § mukaiset terveydenhuollon vastaanottopalvelut Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon tarvitseville reumasairauksia sairastaville potilaille. Lisäksi infuusiokeskityksessä annetaan infuusio- ja lääkehoitoja sovituille erikoissairaanhoidon eri erikoisalajien potilaille. Näitä erikoisalajeja ovat muun muassa neurologia, ihotaudit, infektiosairaudet, munuaissairaudet, keuhkosairaudet, kardiologia ja gastroenterologia. Potilaan hoitovastuu kuuluu ko erikoisalalle.

Hoidamme aikuisia, vähintään 18-vuotiaita reumaa sairastavia potilaita, joilla on tulehduksellinen nivelsairaus, kuten nivelreuma, selkärankareuma, nivelpsoriaasi, sidekudossairaus tai harvinainen systeeminen tulehduksellinen autoimmuunisairaus. Nivelrikko-, fibromyalgia- ja kihtipotilaat hoidetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollon terveysasemilla. Infuusiokeskityksessä annamme sovitusti tietyille potilasryhmille monierikoisalaisesti infuusio- ja muita lääkehoitoja.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

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

Konservatiivisessa klinikkaryhmässä korostuu korkeatasoinen monierikoisalainen osaaminen, jolla turvataan terveydenhuoltolain mukaiset palvelut. Konservatiivisessa klinikkaryhmässä asiantunteva henkilökunta tarjoaa asiakslähtöisen ja ammattitaitoisen palvelun.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot näkyvät reumakeskuksen toiminnassa seuraavin tavoin:

Asiakslähtöisyys: Toimintamme pohjautuu potilaan lähtökohtiin ja tarpeisiin. Toimintaamme ohjaa ennaltaehkäisevä työote. Hoidon tarpeen arvio ja jatkohoitosuunnitelmat tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän osallistumisensa pyritään

mahdollistamaan sekä hoidon suunnitteluun että toteutukseen. Tavoite on hoitaa potilaita yhteissymmäryksessä heidän kanssaan.

Avarakatseisuus: Toimimme pitkäjänteisesti, tulevaisuuteen katsoen. Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista, eli huomioimme potilaiden tarpeet esimerkiksi toimintamalleja ja ohjeistuksia laatiessa. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti.

Turvallisuus: Huolehdimme reumakeskuksen henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta. Reumakeskuksessa työskennellään moniammatillisessa yhteistyössä ja potilaiden hoidossa tukena on laaja osaajien verkosto, mm. erikoislääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, reumahoitajia ja jalkaterapeutteja.

Yhdenvertaisuus: Reumakeskuksessa pyritään järjestämään tasavertaista hoitoa potilaan asuinpaikasta riippumatta. Toimimme yhdenvertaisesti kohdellen potilaita tasapuolisesti sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, ja toimintakyvystä riippumatta. Huomioimme hoidon suunnittelussa myös potilaan digitaaliset taidot.

Vastuullisuus: Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektioimme omaa toimintaamme. Pysymme ajan tasalla valtakunnallisista reumasairauksien hoidon suuntaviivoista. Koulutamme myös muita terveydenhuollon ammattilaisia Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Reumakeskuksen ja infusioyksikön omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat toimintayksikön ylilääkäri osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuu koko yksikön henkilöstö. Esihenkilöiden esivalmisteleva omavalvontasuunnitelma käydään läpi reumakeskuksen yhteisissä viikkopalavereissa keskustellen ja suunnitelmaa täydentäen.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta ja palautteet huomioidaan omavalvontasuunnitelmassa. Reumakeskuksen omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaen yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi yhdistys- tai potilasjärjestötapaamisissa, nämä huomioidaan omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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).

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena reumakeskuksen 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 reumakeskuksen ja infuusioyksikön lähiesihenkilöille. Lähiesihenkilöiden vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä riskienhallinnan prosessista, ilmoitusvelvollisuudesta, vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä sekä huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä, sekä siitä, että työntekijöillä on mahdollisuus toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä osastopalavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä.

Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä osastopalavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön jokaisella työntekijällä on vastuu tuntea, havainnoida ja ilmoittaa mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista sekä vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Mikäli työntekijä huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden, hänen tulee ilmoittaa tästä viipymättä ja salassapitosäännösten estämättä. 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.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrot, vuosittain (tarvittaessa tiheämmin) toteutettava riskikartoitus sekä muutostilanteiden riskikartoitukset, jotka toteutamme esimerkiksi uusien tai saneerattujen työtilojen ja toimintaan liittyen. Tavoitteena on kehittää riskienarviointia edistämällä ennakkollisia riskienarviointimenetelmiä. Jatkossa ennakkollista riskienarviointia pyritään kehittämään säännöllisten turvallisuus- ja hygieniakiertojen toteutumisella. Potilas- ja asiakasturvallisuutta pyritään edistämään muun muassa ottamalla käyttöön erilaisia suojausmenetelmiä (esimerkiksi tarkistuslistat, kaksoistarkistus, potilas- ja asiakasturvallisuutta lisäävät tekniset ratkaisut). Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä on aloitettu laatuohjelman (SHQS) käyttöönotto.

Henkilöstöön kohdentuvina ennakkollisina riskienarviointimenetelminä reumakeskuksessa toteutetaan työn riskien arviointia, huolellisia rekryointiprosesseja (kelpoisuuden, pätevyyden ja soveltuvuuden varmistaminen)

sekä systemaattista osaamisen arviointia, varmistamista ja ylläpitoa (esimerkiksi lääkelupaprosessi ja organisaation tarjoamat säännölliset koulutukset).

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

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

Reumakeskuksen henkilöstöllä on vastuu tehdä tarvittaessa ja potilaan tilanteen niin vaatiessa myös huoli-ilmoituksia tai lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoituksia.

Potilaat ilmoittavat riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä.

Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kehoitetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee tarvittaessa ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.

5.4 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.

Reumakeskuksessa kerätään tietoa vaara- ja poikkeamatilanteista sekä laatu-poikkeamista Laatuportin PaTu-ilmoitusten ja Mediatrin haittatapahtumakirjausten avulla. Lisäksi Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan ja GTT-tutkinnan (Global Trigger Tool) tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä, vaikka ne eivät kohdentuisi juuri reumakeskukseen.

Riskit ja vaarat- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään joko yhteisissä viikkopalaverissa, tai yksilökeskusteluissa. Mahdollisuus vaara- ja poikkeamatilanteiden moniammatilliseen käsittelyyn on viikoittain. Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoituksen käsittely voi kestää vaaratapahtuman luonteen mukaan myös yli 30 vuorokautta.

Työtaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta).

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat yksikön lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan osastopalaverimuistioon.

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.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat toimintayksikön lähiesihenkilöt (ylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja).

Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti määritelty vastuuhenkilö yksikön lähiesihenkilöiden keskuudesta. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Yksikössä seurataan, toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää.

Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden seurannasta ja toteutumisesta yhdessä yksikön henkilöstön ja muiden esihenkilöiden kanssa. Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuullen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään tai yksikön kokousmuistioihin.

Potilaan sekä hänen läheisensä antama palaute käsitellään reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka arkaluontoisuuden vuoksi vaatii yksilöllisen käsittelyn. Potilaaseen otetaan

yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa asiasisällön mukaan joko työyksikön lähiesihenkilön tai henkilöstön toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Potilasta tuetaan ja informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti. Potilaalle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua, tiedottamista tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön vaihtuvuus	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin	
Harvoin tapahtuva toiminta/riski -- > toimintamalli unohtuu	Säännöllinen osaamisen vahvistaminen	
Uuden lääkehoidon aloitus eri erikoisalalta	Tiedon kulun varmistaminen/osaamisen varmistaminen erikoisalojen välillä	

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).

Konservatiivinen klinikkaryhmä vastaa oman vastuualueensa mukaisesta erikoissairaanhoidon hoidontarpeen arvioinnista kolmen viikon kuluessa terveydenhuoltolain säädösten mukaisesti.

Potilaan hoidon tarpeen arviointi alkaa Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä lähetteen pohjalta. Hoidontarpeen arviointi aloitetaan viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Jos on uhka, ettei tavoitteeseen päästä, esihenkilöt käyvät keskustelua lähetekäsittelystä vastuussa olevien henkilöiden kanssa ja käynnistävät tarvittavat toimenpiteet löytääkseen syyn ja ratkaisun ratkaisun mikä estää tavoitteeseen pääsyn. Lähetteet pyritään käsittelemään päivittäin. Potilas voi ohjautua reumakeskukseen myös päivystyksen kautta.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön hoidon tarpeen arvioi potilaan hoidosta vastuussa oleva terveydenhuollon ammattilainen. Hoidon tarpeen arvioinnin tukena käytetään esimerkiksi potilaalle tehtyä vointihaastattelua, sähköisen toimintakykykyselyn tuloksia (GoTreatIt), tutkimustuloksia ja potilastietojärjestelmään kirjattuja terveystietoja. Potilas tai hänen asiaansa hoitava läheinen on keskeisessä roolissa hoitotarpeen arviointiprosessissa ja häntä kuullaan aina, mikäli siihen on mahdollisuus.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Konservatiivinen klinikkaryhmä vastaa oman vastuualueensa mukaisesta erikoissairaanhoidon pääsystä kohtuullisessa ajassa (3 kk) tai viimeistään kuuden kuukauden kuluessa havaitusta palvelun tarpeesta. Hoidon tarve arvioidaan erikoissairaanhoidon tulleen lähetteen perusteella.

Palveluun/hoitoon pääsyn toteutumista seurataan reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä sähköisen raportointijärjestelmän kautta hoitoon pääsy- ja hoitotakuutiedoilla. Osastonhoitaja käy raportointitiedot läpi kuukausittain ja tilanne käydään läpi henkilöstön kanssa. Jos on uhka, ettei tavoitteeseen päästä, esihenkilöt käyvät keskustelua ja käynnistävät tarvittavat toimenpiteet löytääkseen syyn ja ratkaisun, mikä estää tavoitteeseen pääsyn.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma reumasairauksien hoitoon liittyen. Tässä määritetään hoidon tavoite, toteutus ja seuranta. Potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat ja tavoitteet kirjataan potilaskertomuksen yhteyteen. Potilaan hoidon suunnitelmaa päivitetään jokaisen kontaktin yhteydessä. Lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän SIS-lehdelle ja hoitajan tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän HOI-ESH-lehdelle. Hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan ja hänen hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. Infuusioyksikön potilaista hoitaja kirjaa suunnitelmat ja toteutuksen HOKE- lehdelle sekä HOI-ESH- lehdelle. Infuusioyksikön potilaista lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän omille erikoisalakohtaisille lehdille.

Potilasta kuullaan aina hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita seurataan ja niihin pyritään aktiivisesti. Perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämällä varmistetaan, että henkilökunta toimii kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

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

Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat toimintamme lähtökohta: potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon motivoivan haastattelun keinoin. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan Laatuportin vaara- ja poikkeamailmoitusten, jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta.

Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytysprosessin yhteydessä. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua

organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin. Sovittuja periaatteita kerrataan säännöllisissä viikkopalaverissa ja koulutuksissa.

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.

Itsemääräämisoikeus on perusoikeus, sen rajoittamisen tulee täyttää aina tietyt rajoitusedellytykset. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia voi rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Rajoittamiseen liittyvät toimenpiteet mitoitetaan oikein ja valitaan aina asiakasta kohtaan lievin rajoittamisvaihtoehto. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

Reumakeskuksessa ei toteuteta tahdonvastaista hoitoa, joten myöskään tähän liittyvää päätöksentekomenettelyä ei toteuteta. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset käydään läpi perehdytysprosessin yhteydessä. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset on löydettävissä kirjallisena ja organisaatiossa tarjotaan myös koulutusta aiheeseen liittyen.

Mikäli potilaan sairaus aiheuttaa riskiä esimerkiksi ajokykyyn tai turvalliseen liikennekäyttäytymiseen, terveydenhuollon ammattilaisilla on ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle potilaan mielipiteestä riippumatta.

Uhkaavasti käyttäytyvä potilas voidaan tarvittaessa poistaa vastaanotolta lääkintävahtimestareiden, vartijoiden tai poliisin turvin, mikäli keskustelu ei ole tilanteen hallintakeinona riittävä. Vartijoiden tehtävänä on turvata henkilökuntaa, mikä voi edellyttää potilaan kiinni pitämistä, mutta he eivät osallistu rajoitustoimenpiteisiin muutoin. Reumakeskuksessa ei ole käytössä rajoittamisvälineitä. Fyysiset rajoittamistoimenpiteet ovat tarpeellisia vain, jos potilasturvallisuus (potilas on vaaraksi itselle tai muille) vaarantuu tilanteessa.

Mahdollinen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja rajoittamiseen johtaneet syyt kirjataan potilastietojärjestelmään ja Laatuportti-järjestelmään haittatapahtumailmoituksena. Asiakkaan vointia seurataan rajoittamistoimien, kuten kiinnipitämisen, aikana jatkuvasti tarkkailemalla ja tarvittaessa tilanteeseen puuttumalla.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan organisaation tarjoamalla koulutuksilla, esim. puhejudo- ja haastavat asiakas ja potilastilanne- ja väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallinta (avekki)koulutuksilla, sekä säännöllisellä kertaamisella osastokokouksissa.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Potilasta kohdellaan hänen yksityisyyttään ja ihmisarvoaan kunnioittaen. Mikäli potilaan epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten ja tarvittaessa myös ylemmän johdon tai potilasasiamiehen kanssa.

Esihenkilöt seuraavat myös asiakaspalautteita ja suunnittelevat tarvittaessa toimenpiteitä palautteiden pohjalta. Potilaiden asiallista kohtelua ja kohtaamista edistetään säännöllisen keskustelujen ja koulutusten kautta.

Palvelua järjestetään vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Lisäksi kirjallista materiaalia, esimerkiksi palveluyksikön keskeisiä potilasohjeita, on saatavilla yleisimmillä vieraili kielillä (englanti, venäjä). Aistivamma huomioidaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla. Puhelinpalvelun rinnalla kuulovammaisilla potilaalla on mahdollisuus ottaa yhteyttä palveluyksikköön myös tekstiviestillä.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään organisaation sisäisen Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely-ohjeen mukaisesti. Tapahtumat voidaan käsitellä yksilöllisesti tai moniammatillisesti. Henkilöityvät asiakaspalautteet tai reklamaatiot otetaan yleisellä tasolla keskusteluun moniammatillisissa osastopalavereissa. Käsittely voi johtaa korjaaviin toimenpiteisiin, joiden toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat lähiesihenkilöt.

Potilasta ohjataan tarvittaessa muistutus, kantelu, potilasvahinko tai vaarailmoituksen tekoon organisaation internet-sivustolla. Henkilöstö neuvoo potilaita tarvittaessa.

Viranomaispäätökset ja -ohjaus linjaavat Reumakeskuksen toimintaa aina kun päätöksiä ja ohjausta on käytettävissä.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

Ohjeet muistutuksen tekoon löytyvät Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](https://www.miunpalvelut.fi) (linkki)- verkkopalvelun kautta tai paperilomakkeella. Lomake löytyy Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta ja sen voi saada myös sosiaali- ja potilasasiavastaavalta kotiin postitettuna. Vastaus muistutukseen pyritään antamaan aina viimeistään 4 viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta.

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

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

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

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

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot, mikäli hän ei niitä itse pysty löytämään.

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.

Potilailta saadaan asiakaspalautetta palvelusta suullisesti, sähköisesti Laatuporttijärjestelmän kautta tai sähköpostitse sekä kirjallisesti. Asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti kaikista vastaanottokäynneistä ja ennalta sovitusta puhelinkontakteista. Potilas saa palautekyselyn kontaktin jälkeen tekstiviestillä, johon vastaaminen on potilaalle vapaaehtoista.

Asiakaspalautteita ja vastausprosenttia seurataan raportointijärjestelmän kautta vähintään kuukausittain. Palautteet huomioidaan toimintayksikköme kehittämisessä ja niitä käsitellään vähintään kolmen kuukauden välein tai tarvittaessa tiheämmin moniammatillisissa kokouksissa, joissa päätetään konkreettisista kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Reumakeskuksessa toteutetaan potilasviestintää sähköisesti Siun soten internet-sivuston ja sosiaalisen median kanavien kautta, kirjallisesti potilaskirjeiden ja lehti-ilmoitusten kautta sekä suullisesti esimerkiksi vastaanottokäyntien yhteydessä.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä ei ole on nimetty kokemusasiantuntijaa.

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.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä työskentelee 7-8 sairaanhoitajaa, 1-4 lääkäriä, yksi osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa sekä kaksi toimistosihiteeriä. Henkilöstön määrä on yhteensä noin 16 työntekijää. Toimintayksikössä voi työskennellä toiminnan luonteen vuoksi vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Opiskelijat voivat suorittaa reumakeskuksessa harjoittelujaksoja laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksessa ja valvonnassa.

Ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön riittävyys varmistetaan toimivilla rekrytointi- ja perehdytyskäytännöillä sekä koulutus suunnittelulla. Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan säännöllisesti keräämällä tietoa potilasmäärästä, potilaskontakteista, henkilöstön työajan riittävyydestä (ylityöt) ja poissaoloista.

Reumakeskuksen henkilöstö työskentelee arkipäivisin. Lähiesihenkilöt suunnittelevat henkilöstön sijoittelun polikliiniseen toimintaan, työvuorot ja vuosilomat sähköiseen järjestelmään.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön sijaisjärjestelyissä voidaan hyödyntää organisaation sisäistä ja ulkoista sijaisjärjestelmää ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden erikoisalojen kanssa siirtäen työntekijöitä yksiköiden välillä potilaiden palvelutarve huomioiden.

Poikkeusolojen varalla on olemassa varajärjestelmä henkilöstövoimavarojen riittävyyden turvaamiseksi. Toimenpiteet suunnitellaan tarvittaessa tapauskohtaisesti, esimerkiksi toimintaa voidaan supistaa, rajoittaa tai siirtää toiseen yksikköön. Äkillisten poissaolojen tilanteessa tehdään tarvittaessa yhteistyötä muiden erikoisalojen työntekijöiden kanssa, tai tarvittaessa perutaan suunniteltua vastaanottotoimintaa.

7.2 Rekrytointi

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toiminta on erityisosaamista vaativaa toimintaa, joten ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytoinneissa. Henkilöstön pätevyys, luotettavuus, soveltuvuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin. Rekrytointia tehdään suoralla rekrytoinnilla sekä yhteistyössä rekrytointiyksikön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaa hoitotyön esihenkilöt ja lääkärirekrytoinnista vastaa ylilääkäri.

Rekrytoitavaan henkilöstöön kohdistuu osaamisvaatimukset, jotka pohjautuvat reumakeskuksen erityispiirteisiin ja lainsäädäntöön. Työntekijöiltä edellytetään ja tarkistetaan Tartuntatautilain mukainen

rokotussuoja. Vakituksissa tehtävissä noudatetaan kuuden kuukauden koeaikaa. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan yhden kuukauden kuluessa työsuhteen alkamisesta.

7.3 Perehdytys

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

Henkilöstön alkuvaiheen perehdytykselle varataan työntekijän lähtötilanne huomioiden 1-2 viikkoa jolloin varsinaisia työtehtäviä ja potilasvastaanottoja suunnitellaan normaalia vähemmän. Esihenkilö perehdyttää palveluyksikön käytännön asioihin, ja kollegat perehdyttävät varsinaiseen kliiniseen työhön. Perehdytyksen tukena käytetään Siun soten yleistä perehdytysmateriaalia sekä yksiköiden omaa perehdytysuunnitelmaa.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista seurataan yksilökeskustelujen kautta ja hyödyntämällä muun henkilöstön palautetta. SiunPerehdytys kirjataan suoritetuksi sähköiseen järjestelmään (Onni-HR) perehdytyksen ja arviointikeskustelun jälkeen. Henkilökohtainen perehdytysuunnitelma ja arviointilomake lähetetään organisaation Osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi. Opiskelijoiden perehdytyksen tukena käytetään organisaation koulutusyksikön ja oppilaitosten perehdytysmateriaalia.

Omavalvonnan toteuttamiseen liittyvä perehdytys toteutuu yleisen perehdytyksen lomassa. Reumakeskuksen omavalvontasuunnitelmaan perehtyminen on jatkossa osa kokonaisvaltaista perehtymistä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstöltä edellytetään laaja-alaista reumasairauksien hoidon sekä laaja-alaista lääkehoidon osaamista. Esihenkilöt toteuttavat jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta. Henkilöstön osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa. Vastuualueelle on laadittu myös osaamisen kehittämisen suunnitelma, johon pohjautuen reumakeskukseen laaditaan yksikkökohtainen koulutussuunnitelma.

Henkilöstön osaamisen kehittäminen jakautuu viikoittaisiin palaverihin, yhteistyökumppaneiden tarjoamiin tietoiskuihin/webinaareihin, alueellisiin koulutuspäiviin, Siun soten tarjoamiin muihin koulutuskokonaisuuksiin sekä Siun soten ulkopuolisiin täydennyskoulutuksiin. Koulutuksissa saavutettua tieto-taitoa jaetaan myös kollegoille yhteisissä osastokokouksissa. Lääkehoidon, laadunhallinnan, infektioiden torjunnan, laite- ja

potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset ovat toimintayksikössä pakollisia ja ne toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Lisäksi järjestetään yksikön sisäistä laatutyön koulutusta.

Yksilökehityskeskustelut toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Koulutustarpeisiin pyritään reagoimaan nopeasti.

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.

Konservatiivisen klinikkaryhmän viroissa noudatetaan hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Määräaikaisessa virkatehtävässä (esim. lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa. Eduksi katsotaan substanssiosaaminen tai sitoutuminen siihen perehtymiseen. Konservatiivisessa klinikkaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamiskoulutusta. Osaamistarve voi olla yksilöllinen ja/tai toiminnallisiin muutoksiin liittyvä, ja sitä voidaan arvioida esim. kehityskeskustelussa.

Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, esihenkilön ja työntekijän osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan lähijohtamiselle aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät, esimerkiksi osastonhoitajan tehtäväjako apulaisosastonhoitajan kanssa.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaolla. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palavereissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Mitä siulle kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalaute.

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.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta, jota toteutetaan vähintään kerran vuodessa, työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä osastokokouksissa, kehittämissäpäivissä, koulutuksissa ja Teams-ryhmäkeskusteluissa.

Kriisitilanteet ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon tai työnohjaukseen.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä siulle kuuluu -kysely), kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen.

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.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä haastavat potilastilanteet ja tyytymättömyys voivat liittyä esimerkiksi palveluun, yhteydenaantiin, henkilöstön akuutteihin poissaoloihin, muutoksiin, tai potilaan ja henkilöstön välisiin näkemyseroihin esimerkiksi hoitolinjausten suhteen. Myös muiden yksiköiden toiminnan haasteet voivat näkyä potilaan turhautumisena organisaation, ja sitä myöten myös reumakeskuksen palveluun. Potilastilanteet voivat olla haastavia myös psyykkisesti esimerkiksi potilaan elämäntilanteen tai vaikeiden sairauksien vuoksi. Potilaiden tukeminen kriisitilanteissa voi myös vaikuttaa laajasti niin työntekijän, kuin potilaan tai hänen läheisensä tilanteeseen.

Haastaviin potilastilanteisiin pyritään vaikuttamaan ennakolta ensisijaisesti hoitamalla potilasta yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja hoitolinjauksista (esim. lääkehoito) sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Toimintaan liittyvistä muutoksista pyritään tiedottamaan oikea-aikaisesti ja riittävän kattavasti. Potilaille pyritään järjestämään tarpeen ja tarkoituksen mukainen yksilöllinen tuki ja seuranta. Henkilöstön osaamista haastavien potilastilanteiden varalle vahvistetaan koulutusten ja yhteisen keskustelun avulla.

Henkilöstöä tuetaan niin sosiaalisesti, psyykkisesti kuin fyysisesti haastavissa potilastilanteissa. Haastavan tilanteen jälkeen järjestetään tarvittaessa mahdollisuus ns. purkukeskusteluun yhdessä lähiesihenkilön kanssa. Henkilöstölle on tarjolla organisaation järjestämiä haastaviin potilastilanteisiin liittyviä koulutuksia.

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.

Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi viikkopalavereissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaavan henkilöstön saatavuus	Uusien osaajien kouluttaminen ennakoivasti. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen.	
Resurssin riittävyys mm. äkillisten poissaolojen aikana	Hoitajien osaamiskierto.	

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.

Potilasasiakirjamerkinnät laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään mallikirjausta hyödyntäen. Henkilöstö on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen, tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. 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. Kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan asiakaspalautteilla ja työntekijöiden keskinäisellä vertaisarvioinnilla. Potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa potilastietorekisteristä ja saada tieto häntä itseään koskevista viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi esihenkilön ja perehdyttävän kollegan antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita. Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksilla. Opiskelijaa ohjaava sairaanhoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia. Yksikön toimintaan tutustuvat lääkäriopiskelijat seuraavat työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse. Erikoistuvat lääkärit laativat kirjaukset itsenäisesti ja heillä on mahdollisuus kokeneen lääkärin tukeen. Yksikössä ei ole pääsääntöisesti lääkäriopiskelijoiden harjoittelua.

Potilastietojen kirjauksia on tarkoitus seurata tulevaisuudessakin auditointien kautta. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi esihenkilön antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Organisaatiossa on

laadittu tietosuojaselosteet, jotka ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi) (linkki).

Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta reumakeskuksen työntekijöiltä viiden vuoden välein. Esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Reumakeskuksen toiminnassa muodostuu henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja, jotka hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä.

Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, yksikössä toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta viipymättä esihenkilölle, esihenkilö tekee tietosuojaloukkausilmoituksen ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilanteen vaatimalla tavalla.

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

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toimitilat sijaitsevat Keskussairaalan A-talon 4. kerroksessa. Kaikki potilasvastaanotot toteutetaan tarkoitustaan vastaavissa tiloissa ja vastaanottohuoneissa. Yksikön käyttöön varatut tilat on suunniteltu polikliiniseen toimintaan ja tiloja käyttävät vain niihin oikeutetut henkilöt.

Potilasvastaanottokäyttöön tarkoitetuissa tiloissa on turvattu esteettömyys riittävän suurilla tiloilla. Yksityisyyden suojasta huolehditaan mm. äänieristyksen toimivuuden varmistamisella.

Potilasvastaanottotiloissa varmistetaan toimintaa vaadittava riittävä valaistus ja välineet. Reumakeskukseen on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään kolmen vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Eri toimitiloihin on laadittu yleinen pelastussuunnitelma ja hätäpoistumistiet on merkitty asianmukaisesti. Poistumisturvallisuusselvityksiä ja muita turvallisuuteen liittyviä huomioitavia asioita kerrataan säännöllisesti osastokokouksissa, turvallisuuskierroilla ja perehdytyksessä.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön lääkesäilytystilat on järjestetty siten, että potilaiden ja asiattomien pääsy tiloihin on estetty lääkehuoneen kulunvalvonnalla.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön tilat ovat avoinna potilaille toiminta-aikana. Yksikössä on käytössä kulunvalvonta. Keskussairaalan käytössä olevista kulunvalvontakameroista ja tallentavasta kameravalvonnasta on ilmoitettu erikseen. Organisaatiossa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä: [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](https://www.siunsote.fi/tietosuojaseloste-tallentava-kameravalvonta) (linkki).

Tiloissa on automaattiset paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmät sekä murtosuojausjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmien testaamiseen liittyvien käytäntöjen informoinnin päävastuu kuuluu reumakeskuksen ja infuusioyksikön esihenkilöille.

Reumakeskuksessa on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä Wc- ja vastaanottohuoneissa. Lisäksi vastaanottohuoneissa on käytössä Avack-hätäkutsujärjestelmä. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Lisäksi hätäkutsujärjestelmät testataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille.

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.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä toteutetaan puhelinvälitteisiä etävastaanottoja sekä käytetään reumapotilaiden sähköistä toimintakykykyselyä. Etä- ja digiasioinnissa pätevät samat tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja säännöt, kuin muissakin reumakeskuksen asioinneissa.

Reumakeskuksen henkilöstö arvioi ja varmistaa potilaan valmiuksia (mm. digiosaaminen ja tunnistautumisen mahdollisuus) etä- ja digiasiointiin. Mikäli potilaalla ei ole valmiutta etä- ja digiasiointiin, hänelle valitaan tilanteeseen soveltuva hoito- ja seurantamuoto, sekä tarjotaan mahdollisuutta fyysisiin vastaanottokäynteihin. Reumakeskuksen henkilöstö ohjeistaa potilaita etä- ja digipalveluiden käyttöön. Ohjauksessa hyödynnetään kirjallista ohjausmateriaalia. Henkilöstön etä- ja digipalveluosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla koulutuksella.

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 vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä päivittäisessä käytössä potilaan tutkimiseen liittyviä välineitä ovat (esim. ultraäänilaitte, verensokerimittari, verenpainemittari). Lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä välineitä ovat infuusiopumput ja erilaiset lääkeannostelijat ja lääkesumuttimet. Hengityksen tukemiseen yksikössä on käytössä lääkinällinen happi. Lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskienarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmassa.

Reumakeskuksessa lääkintälaitteet viedään lääkintälaiterekisteriin ja sen ylläpidosta vastaa lääkintälaittehuolto. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöön ja

puhdistukseen mm. digitaalisten laitepassien ja ohjauksen keinoin. Reumakeskuksessa tarkastetaan säännöllisesti käytössä olevien laitteiden toimintakunto ja säännölliset vuosihuollot ja tarkastukset on sovittu sairaalan lääkintälaittehuollon kanssa.

Kotiin annettavien terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden osalta asiakkaiden ja läheisten osaaminen varmistetaan vastaanottokäyntien yhteydessä annettavassa ohjaustilanteessa.

Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja. Hätätilanteiden hoitoon tarvittavat välineet on koottu siirrettävään karryyyn, jolloin käytössä on yhteiskäyttölaitteita esimerkiksi verenkierron ja hengityksen tukemiseen.

Terveysthuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvät vaara- ja poikkeamailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään, laitteen valmistajalle ja tilanteen niin vaatiessa myös Fimealle. Vaara- ja poikkeamatilanteiden toimenpiteet on ohjeistettu laitteiden käyttöön liittyvässä perehdytyksessä.

Vaaratilanneilmoitukset käsitellään ja toimintaa arvioidaan ja tarvittaessa kehitetään vaaratilanteen uusiutumisen välttämiseksi. Reumakeskuksen lähiesihenkilöt huolehtivat ilmoitusten ja kehittämistoimenpiteiden seurannasta.

Potilaita on ohjeistettu ottamaan yhteyttä omaan hoitavaan yksikköön ja tilanteen niin vaatiessa myös laitteen valmistajaan terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä. Potilaat voivat tehdä vaara- ja poikkeamatilanteesta ilmoituksen Laatuportti-järjestelmään. Asiakkaalle luovutettavien laitteiden ja tarvikkeiden mukana annetaan myös suulliset ja kirjalliset potilasohjeet

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä (apulaisosastonhoitajat)

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
Laitepassit uupuvat	Tehdään laitepassit ja otetaan ne käyttöön.	Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä

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.

Kuvaus palveluyksikön lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta, päivittämisestä ja toimeenpanosta sekä toteuttamisen seurannasta.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä lääkehoidon toteuttaminen painottuu ensisijaisesti lääkehoidon ohjaamiseen ja toteuttamiseen.

Reumakeskuksen lääkehoitosuunnitelman laativat yksikön esihenkilöt yhteistyössä henkilöstön ja osastofarmaseutin kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain, tai tarvittaessa toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, osastonhoitaja, ja apulaisosastonhoitaja ja sen hyväksyy työyksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaava ylilääkäri.

Lääkehoitosuunnitelma käydään läpi osastokokouksissa vähintään vuosittain päivityksen yhteydessä. Muutoksista ja tarkennuksista tiedotetaan tarvittaessa. Yksikön esihenkilöt vastaavat siitä, että henkilöstö on perehtynyt lääkehoitosuunnitelmaan. Sairaala-apteekin asiantuntemusta hyödynnetään lääkehoitoon liittyvässä perehdytyksessä. Lääkehoidon toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta. Yhteistyötä lääkehoidon toteuttamisen seurannasta tehdään organisaation sairaala-apteekin kanssa (raportit).

Lääkehoitosuunnitelman läpikäynti on osa uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytystä. Opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa ohjaavan ammattilaisen valvonnassa. Lääkehoitoa saa toteuttaa vain lääkehoitoon perehtynyt ja vaadittavat lääkeluvat suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen varmistamiseksi henkilöstö suorittaa lääkelupaan liittyvät verkkopinnot ja tarvittavat näytöt säännöllisesti. Näyttöjen vastaanottajalta edellytetään näyttöjen vastaanottamiseen valmentavat verkkoopinnot.

Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa informoidaan potilasta, sekä tarvittaessa potilaan hoidosta vastaavaa lääkärinä. Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Henkilöstöä ohjeistetaan laatimaan lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään viipymättä. Lähiesihenkilö käsittelee vaara- ja poikkeamatilanteilmoituksen ja vie asian jatkokäsittelyyn edelleen osastokokoukseen. Vaara- tai poikkeamatilanteen käsittelyssä pyritään löytämään

juurisyytä ja kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi lääkehoidon ohjauskäytänteiden muutos tai tarkennus.

Potilaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen ohjataan kotiolosuhteisiin tarvittavat toimintaohjeet lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden varalle.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Immonen Kai, kai.immonen@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastonhoitaja Päivinen Tiina, tiina.paivinen@siunsote.fi

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Puutteellinen tai väärä lääkemääräys	Sairaanhoitaja tarkistaa lääkemääräyksen antajalta oikean annoksen.	

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. Terveystieteiden palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatauti- ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobin esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Reumakeskuksessa noudatetaan organisaation infektioiden torjuntaohjeita ja hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön asiantuntijoiden osaamista. Yksikön toiminnassa hoitoon liittyvät infektiot ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. Hoitoon liittyvät infektiot voivat olla esimerkiksi pistoksiin liittyviä paikallisia infektioita.

Käsihygieniaan kiinnitetään huomiota asianmukaisesti. Käsihuuhdetta on tarjolla henkilöstölle ja potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu saavutettavuus. Henkilöstöllä on käytettävissä suojakäsineitä ja niiden käytössä noudatetaan organisaation ohjeistuksia. Henkilöstön perusrokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja perusrokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa. Potilastyössä olevat työntekijät saavat vuosittaiset kausi-influenssarokotteet. Henkilöstön influenssarokotussuoja on toteutunut reumakeskuksessa erinomaisesti.

Reumakeskuksessa on hygieniavastaava, joka osallistuu säännöllisesti hygieniahoitajien palaveriin ja tuo osastokokouksissa ajankohtaiset ja tiedotettavat asiat muun henkilöstön tietoon. Infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaosaaminen varmistetaan henkilöstön perehdytyksellä ja tarvittavilla koulutuksilla.

Infektioihin liittyvää seurantaä tehdään reumakeskus ja infuusioyksikössä yhteistyössä infektioidentorjuntayksikön kanssa ja heiltä saatujen raporttien perusteella yksikön toimintaan kiinnitetään tarvittaessa huomioita. Toimintaa muutetaan tarvittaessa havaittujen puutteiden perusteella ja henkilöstö perehdytetään muuttuneisiin toimintamalleihin ja ohjeistuksiin huolellisesti.

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.

Reumakeskuksen henkilöstö käyttää potilastyössä työnantajan määrittelemiä suojavaatteita. Vaatehuollosta huolehtii Sakupe Oy. Siivous ja jätehuolto toteutuu Polkka Oy:n toimesta. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä. Paperin ja pahvin keräyksessä ja lajittelussa sekä tietosuojajätteen hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeita.

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

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

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

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 hoitoketjukuvaudet.

<p>Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä hyödynnetään potilastyössä työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja. Asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista (intra) ja niiden käyttöperiaatteita käydään läpi perehdytyksen yhteydessä (niin henkilöstö kuin opiskelijat) ja säännöllisesti myös esimerkiksi viikkopalaverissa ja koulutuspäivissä. Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan vahvasti, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio.</p> <p>Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä laaditaan työ- ja potilasohjeita, suunnitelmia ja palvelu- ja hoitoketjuja myös muiden ammattilaisten ja potilaiden käyttöön. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Ohjeita laativat ja päivittävät yksikön sairaanhoitajat ja lääkärit. Ohjeiden tarkastus tai hyväksyntä toteutuu joko lääketieteen tai hoitotyön esihenkilöiden toimesta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika, jolloin järjestelmä hälyyttää päivityksen tarpeesta olevista ohjeista. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta.</p>
--

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
Useita ohjeiden tallennuspaikkoja	Ohjeet tiedostopankissa ja teamsissa	Sovitaan toimintatapa ohjeiden läpikäymiseen, ”team kansioiden” siivous
Ohjeet eivät ole ajantasalla	Vastuuhenkilöt päivittää ohjeet säännöllisesti ja ohjeen muuttuessa.	

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.

Reumakeskus ja infuusioyksikkö toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa (turvallisuusyksikkö, pelastuslaitos, apteekki, valvontapalvelut).

Reumakeskuksessa noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Jokainen reumakeskuksen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät koulutuskokonaisuudet.

Yhteenvedo 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.

Reumakeskukseen on laadittu poistumisturvallisuusselvitys ja keskussairaalaan on laadittu kaikkia rakennuksessa toimivia yksiköitä koskeva pelastussuunnitelma. Yksikössä on varauduttu normaaliolojen häiriöihin, esimerkiksi sähkö- ja vesikatkoksiin organisaation ohjeiden mukaisesti esimerkiksi kriittisten laitteiden toiminta turvaamalla. Poikkeusolojen häiriö-, turvallisuus- ja valmiussuunnittelua toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Varautumissuunnittelua ja ohjeistuksia käydään läpi säännöllisesti ja tarvittaessa.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään valmiussuunnitelmiin. Reumakeskuksen esihenkilöt vastaavat henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytyksestä yhteistyössä turvallisuusvastaavan kanssa. Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista

ylläpidetään ja kehitetään organisaation järjestämällä säännöllisillä koulutuksilla, esimerkiksi sähkökatkharjoituksilla. Paloturvallisuutta- taidolla koulutuskokonaisuus suoritetaan 5 vuoden välein. Koulutus sisältää teoriaopinnot ja alkusammutusharjoituksen. Alkusammutusharjoitus suositellaan kuitenkin käytäväksi joka toinen vuosi.

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
Henkilökunta ei osaa toimia häiriö- tai poikkeustilanteessa suunnitelmallisesti.	Turvallisuuskävelyt, poistumisharjoitukset, ajantasalla olevat ohjeistukset. Säännöllinen ohjeistuksien läpikäyminen moniammatillisesti	Valmiuslaki ja pelastuslaki.

9.7.3 Terveysthuojelu

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

Reumakeskuksen ja infuusiokeskityksen tilojen terveysthuojelun vaikuttavat asiat tunnistetaan vuosittaisissa laatuportti-järjestelmään tehtävässä riskienarvioinnissa. Tilojen terveysthuojelun liittyviä havaintoja tulee esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. Mikäli tiloihin liittyviä riskejä havaitaan, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Tilojen terveysthuojelun liittyviin riskeihin puututaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhtymähenkilö: 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 terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysthuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Reumakeskuksessa ja infuusiokeskuksessa potilas tunnistetaan organisaation tunnistusohjeen mukaisesti yhteydenottotavasta riippuen. Tunnistautumisessa käytetään esimerkiksi henkilökorttia, ajokorttia tai passia. Potilas voidaan tunnistaa myös hoitosuhteen perusteella. Etäyhteyksissä potilas tunnistetaan suullisen tunnistusohjeen mukaisesti.

Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet. Osaamisen vahvistamisen tukena on käytettävissä organisaation tarjoamia verkkokoulutuksia (Potilaan tunnistaminen – Potilasturvaportti). Potilaan tunnistamisen toteutumiseen ei ole polikliinisessä toiminnassa systemaattista seurantamenetelmää.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Reumakeskuksessa potilas on vastaanottokäynnillä lääkärin ja/tai hoitajan seurannassa. Päivystyksellistä hoitoa vaativat potilaat saatetaan vastaanotolta yhteispäivystykseen. Lääkeinfusioiden yhteydessä potilaan vointia seurataan aktiivisesti. Jos potilaan vointi vaatii, hänelle järjestetään osastopaikka jatkoseurantaa ja -hoitoa varten. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat nähtävillä kaikissa vastaanottohuoneissa ja hätätilanteissa potilaan hoitoon avuksi hälytetään MET-ryhmä teho-osastolta. . Akutteihin hätätilanteisiin varautumiseksi henkilöstö velvoitetaan osallistumaan vuosittain hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutuskokonaisuuteen (taso3).

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

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.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi fysioterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, terveysasemien vastaanotot, sosiaalityö ja hoitotarvikeyksikkö. Lisäksi yhteistyötä tehdään organisaation sisällä muiden erikoisalojen kanssa. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmän sisällä työviesteillä ja sanomajakelulla sekä organisaation virallisilla viestintävälineillä. Potilastietojärjestelmän kantojen välinen siirtymisen viive huomioidaan toiminnassa ja tiedon välitystä tehostetaan tarvittaessa (esim. kiireellisissä potilasasioissa) organisaation virallisilla viestintävälineillä. Henkilöstön osaamista turvalliseen suulliseen tiedonvälitykseen vahvistetaan organisaation tarjoamilla verkkokoulutuksilla (ISBAR-menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun – Potilasturvaportti).

Potilaan asiassa on mahdollisuus järjestää tarvittaessa moniammatillinen tapaaminen eri toimijoiden kesken. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho huolehtii, että potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot välittyvät muille toimijoille. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy reumakeskuksesta muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen.

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.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä potilaan kivunhoito huomioidaan kokonaisuutena vastaanottokäyntien yhteydessä. Vastaanottokäyntien ja puhelinkontaktien yhteydessä kivun arvioimisen tukena käytetään potilaiden täyttämää voimakkykyselyä (GTI), numeerista kivun arviointia (NRS) tai sanallista kipuvasteikkoa (VRS). Kivun arvioinnin tuloksen mukaisesti potilaalle ohjataan kivun kotihoito-ohjeita, tai jatkohoidon suhteen konsultoidaan lääkäriä. Kipumittareiden käyttö dokumentoidaan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisillä organisaation järjestämällä kivun lääkehoidon verkko-opinnoilla (Kivun lääkehoidon perusteet). Mikäli kivunhoitoon liittyvää osaamisen vajetta ilmenee esimerkiksi kehityskeskustelujen yhteydessä, tähän vastataan toimintayksikköön kohdennetulla koulutuksella.

Reumakeskuksessa on myös kipuvastaava (kivunhoidon vastuuhenkilö) joka yhteistyössä esihenkilön kanssa jalkauttaa kivunhoidon ohjeistuksia henkilöstölle.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

<p>Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toiminnassa ehkäistään kaatumisia ja putoamisia vastaanottohuoneiden järjestelyllä, esteettömällä ympäristöllä, apuvälineiden käytön mahdollisuudella sekä asianmukaisilla huonekaluilla ja työvälineillä (esimerkiksi tukeva seisomavaaka ja tutkimuspöytä).</p> <p>Systemaattista potilaan kaatumisriskin arviointia ei reumakeskuksen toiminnan luonteen vuoksi toteuteta, mutta mikäli potilaan terveydentila antaa ammattilaiselle viitteitä siitä, että potilas olisi kaatumisvaarassa, voidaan potilaan kaatumisvaaraa arvioida tarkemmin FRAT-mittarilla. Potilaan kaatumisriski kirjataan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen. Mikäli potilaalla todetaan kohonnut kaatumisriski, hänen jatkohoitonsa suunnitellaan siten, että kaatumisen riskiä voidaan vähentää. Potilas voidaan ohjata kaatumisriskin vuoksi esimerkiksi apuvälineyksikköön, fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolle.</p> <p>Mikäli potilas kaatuu tai putoaa vastaanottokäynnin yhteydessä, tämä kirjataan haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään ja tapahtumasta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään.</p> <p>Henkilöstön osaaminen kaatumisriskin arviointiin varmistetaan perehdytyksellä ja asioiden säännöllisellä kertaamisella osastokokouksissa. Työntekijöillä on käytettävissään organisaation tarjoamat verkkokoulutukset (esim. Kaatumisten ehkäisy – Oppiportti ja Kaatumisen ehkäisy – UKK-instituutti) ja oheismateriaalit kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi.</p>
--

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 tehtävänkuvansa mukaisesti.

Reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä kartoitetaan ja arvioidaan potilaan ravitsemustilannetta sekä annetaan ravitsemusneuvontaa vastaanottokäyntien yhteydessä. Potilaan asiassa voidaan konsultoida myös ravitsemusterapeuttia. Reumakeskuksessa ravitsemushoitoa ohjeistaa siun soten ravitsemushoidon opas.

Henkilöstön ravitsemustilan arvioinnin ja ohjauksen osaaminen varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla (esim. alueelliset koulutukset ja verkkokoulutus: Vajaaravitsemus – Oppiportti), perehdytyksellä ja mentoroinnilla.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön toiminta on vastaanottoa, joten paineahaavariskin arviointi ei kuulu reumakeskuksen keskeisiin työtehtäviin. Mikäli paineahaavaumiin liittyviä muutoksia kuitenkin ilmenee vastaanottokäynnin yhteydessä, voidaan paineahaavariskiä arvioida Braden-mittarin avulla. Painehaavojen esiintyvyyttä seurataan potilastietojärjestelmään tehtävän haittatapahtuma -kirjauksen avulla. Painehaavasta voidaan tehdä myös vaaratilanneilmoituksen Laatuportti -järjestelmään. Vaaratilanneilmoitukseen kuvataan toimenpiteet, joiden avulla toimintaa kehitetään tapahtuman seurauksena.

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.

Reumakeskuksessa ei toteuteta leikkaushoitoa. Leikkaushoidon turvallisuutta varmistetaan kuitenkin leikkausta edeltävästi huomioimalla potilaan lääkitykset ja mahdolliset tauotukset ennen toimenpiteitä.

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.

Reumakeskuksen ja infuusioryksikön potilaissa voi olla akuutin sekavuustilan riskiryhmään kuuluvia potilaita. Altistavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi lääkkeiden käyttö, korkea ikä, heikko yleiskunto ja päihteiden käyttö. Laukaisevia tekijöitä taas voivat olla esimerkiksi kipu, stressi ja univaje. Reumakeskuksen toiminnassa keskeistä on tunnistaa riskissä olevat potilaat ja ehkäistä sekavuustilan kehittymistä huolellisella potilaan esitetietojen, kokonaistilanteen ja lääkehoidon arviolla sekä ohjata potilas tarvittaessa jatkohoitoon.

Organisaatiossa on julkaistu hoito- ja palveluketju akuutin sekavuustilan ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon: [Akuutti sekavuustila \(delirium\) - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen akuutin sekavuustilan ja altistavien tekijöiden tunnistamiseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä.

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 ehkäisyyn 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.

Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoidon ohjaus kuuluvat reumakeskuksen ja infuusioryksikön henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on tunnistaa potilaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus, kehottaa häntä lopettamaan tupakointi sekä auttaa ja kannustaa häntä vieroituksessa. Potilaan tupakoinnista ja

nikotiinituotteiden käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä, ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Tupakoivan potilaan kanssa käydään tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa. Nikotiiniriippuvuuden mittarina voidaan käyttää Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä (HSI) ja vieroitusohjauksessa hyödynnetään motivoivaa keskustelua ja lyhytneuvonnan menetelmiä. Tupakointia lopettavalle potilaalle ohjataan nikotiinikorvaustuotteiden käyttö.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen nikotiiniriippuvuuden arviointiin ja hoidon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella koulutuksella.

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on tunnistaa ja kartoittaa seurannassa olevien potilaiden alkoholin käyttöä. Potilaan alkoholin käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä, ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Alkoholin riskikäyttöä kartoitetaan Audit-C-kyselyllä ja riskipisteiden ylityttyä tarvittaessa Audit-kyselyllä. Vieroitusohjauksessa hyödynnetään motivoivaa keskustelua ja lyhytneuvonnan menetelmiä. Potilaalle annetaan tarvittaessa tietoa ja yhteydenotto-ohjeita myös jatkohoitoon.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella kohdennetulla koulutuksella.

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.

Reumakeskuksen henkilöstön tehtävänä on tunnistaa seurannassa olevien potilaiden huumaavien aineiden ja muiden päihteiden käyttöä. Potilaan huumausaineiden ja muiden päihteiden käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Mikäli potilas tuo ilmi huumaavien

aineiden käyttöä, hänet ohjataan jatkohoitoon. Potilaan luvalla voidaan ottaa yhteys mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoriin.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella kohdennetulla koulutuksella.

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.

Reumakeskuksessa ei ole sovittua menettelytapaa peliongelman tunnistamiseen. Rahapelaamisen tunnistaminen tai siihen vaikuttaminen ei ole yksikön keskeistä toimintaa.

Organisaatiossa on kuitenkin julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju peliongelman tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki).

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.

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

Mielenterveyden haasteiden varhainen tunnistaminen, arviointi ja perustason tuki kuuluvat reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstön työtehtäviin. Reumasairaudet ovat pitkäaikaissairauksia jotka voivat jo itsessään kuormittaa mieltä ja vaarantaa mielen hyvinvointia aiheuttaen stressiä, unettomuutta, uupumusta, ahdistusta ja masennusta. Mielenterveyden haasteet voivat myös vaikuttaa reuman omahoidon toteutumiseen. Potilaan mielenterveyden tukemisessa voidaan hyödyntää erilaisia nettivalmennuksia (esim. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmat). Jokaisessa Siun soten alueen kunnassa on mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoava yksikkö, minne potilas ohjataan jatkohoitoon, mikäli perustason keskusteluapu ei ole riittävä.

Henkilöstön osaamista mielenterveyden haasteiden tunnistamiseen sekä perustason tukemiseen ja keskusteluun vahvistetaan tarveperusteisella koulutuksella. Henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi on käytettävissä myös verkko-opintoja.

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
Erialaisten mittareiden käyttö	Mittareiden käyttöön opastusta	Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelmaan 2023-2025 perehtyminen

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.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön henkilöstö havainnoi potilaan mielentilaa vastaanottokäyntien ja puhelinkontaktien yhteydessä. Mikäli potilas tuo vastaanottokäynnin tai puhelinkontaktin yhteydessä esille itsetuhoisia ajatuksia ohjataan hänet jatkohoitoon. Henkilöstöllä on konsultointimahdollisuus psykiatrian tehostetun avohoidon yksikköön. Akuutit psyykkiset oireet (itsetuhoisuus, psykoottisuus) vaativat päivystyksellistä hoidontarpeen arviota. Näissä tilanteissa potilas ohjataan Siun soten päivystyksellisiin palveluihin.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan organisaation sisäisillä koulutuksilla. Henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi on käytettävissä myös verkko-opintoja (esim. Itsemurhien ehkäisy – verkkokoulu).

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.

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

Potilaan kohtaaman väkivallan tunnistamisen keinona reumakeskuksessa ja infuusioyksikössä on ensisijaisesti keskustelu ja havainnointi. Mikäli potilas tuo ilmi kohtaamansa väkivaltaa tai väkivallan uhkaa, ammattilainen ohjaa potilaan jatkohoitoon. Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisellä koulutuksella. Lisäksi henkilöstön osaamisen varmistamiseksi on tarjolla verkkokoulutusta (esim. Puutu väkivaltaan verkkokoulutus – THL) ja organisaation alueelliset koulutus- ja seminaaripäivät.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Digitaalisten laitepassien käyttöönotto	laitepassit	Kesän 2024 aikana laitepassit työnalle.
Turvallisuuskävelyt	turvallisuuskävelyt säännöllisesti	Aloitetaan 2024 syksyllä turvallisuuskävelyt

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).

Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esimerkiksi vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, lääkkeet ja rokotteet), muistutukset, kantelut ja potilavahingot – raportointitietoa, asiakas/potilaspalautetietoa.

Reumakeskuksen ja infuusioyksikön lähiesihenkilöt vastaavat omavalvontasuunnitelman toteutumisen seurannasta. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa ja aina muutosten yhteydessä.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
--------	--

Päiväys	
---------	--

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatus internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

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

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

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

Terveydensuojelulaki (763/1994):

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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