

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 22L ja 21L

Laatija(t)	Hanna Lappalainen, osastonhoitaja
Tarkastaja	Olli-Pekka Heikkinen, vs. ylihoitaja Mireille Tarkiainen, vs. palvelupäällikkö
Hyväksyjä	Mireille Tarkiainen, vastuualueen vs. palvelupäällikkö
Pvm.	20.3.2025

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen.....	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	6
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	10
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	10
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	11
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	11
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	12
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	13
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	14
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	17
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	17
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	18
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	18
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	19
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu.....	20
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	23
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	24

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	25
6.5.2	Asiakasviestintä	25
7	Henkilöstö.....	27
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	27
7.2	Rekrytointi.....	28
7.3	Perehdytys.....	29
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	30
7.5	Johtamisosaaminen.....	31
7.6	Työhyvinvointi	32
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	34
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	35
	• Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994	35
	• Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994)	35
	• Valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä	35
	• annetun lain muuttamisesta (104/2008)	35
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	35
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	36
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	37
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	39
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	39
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	43
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	46
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	49
9.5	Infektioiden torjunta	53
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	53
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	55
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	56
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveysthuojelu	57
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	57
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	58
9.7.3	Terveysthuojelu	59

10	Palvelun sisällön omavalvonta	59
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	60
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	61
10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	62
10.4	Kivunhoito	63
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	64
10.6	Vajavaraviteksen ehkäisy ja hoito	66
10.7	Painehaavojen ehkäisy	67
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	68
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	69
10.10	Elintapaohjaus	70
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	71
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	71
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	71
10.11.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	72
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	72
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	73
10.12	Itsemurhien ehkäisy	73
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	74
10.14	Elämän loppuvaiheen hoito	76
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	77
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	77
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	78
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	78
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	78
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	79

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 suunnitelman \(linkki\)](#) sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman \(linkki\)](#) sisältökokonaisuus sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä \(linkki\)](#), kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026 \(linkki\)](#) sekä [asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman \(linkki\)](#) mallipohjan 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	Terveyspalvelut
Vastuualue	Mielenterveys- ja riippuvuuspalvelut
Palveluyksikkö	Osasto 21L ja Osasto 22L, Tikkamäentie 16, L-talo, 1. krs. Joensuu
Palvelumuoto	Osasto 21L on akuuttipsykiatrian avohoito-osasto, jossa hoidot ovat lyhyitä maksimissaan 3 vrk hoitoja. Osasto 22L on suljettu tutkimuksellinen hoito-osasto, jossa hoidetaan ensimmäisiä kertoja psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsevia koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen potilaita.
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Psykoosi-, mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuushäiriö- ja syömishäiriö potilaat.

Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Osastolla 21L on 6 potilaspaikkaa ja osastolla 22L 15 potilaspaikkaa
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Hanna Lappalainen, hanna.lappalainen@siunsote.fi, 013 3303190 Ari-Pekka Koistinen osastonylilääkäri osasto 22L Janna Mustonen osastonylilääkäri osasto 21L
Palvelupäällikkö	Mireille Tarkiainen.mireille.tarkiainen@siunsote.fi
Palvelujohtaja	Antti Liuska, antti.liuska@siunsote.fi

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Psykiatrian klinikkaryhmä kuuluu mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmän johtamisesta vastaavat palvelupäällikkö ja-ylihoitaja yhdessä ylilääkäreiden sekä palvelujohtajan kanssa. Vastuualueen palveluyksikköjen esihenkilöt suunnittelevat ja johtavat vastuualueen toimintaa esihenkilöiden tukemana.</p> <p>Osastoilla 21I ja 22L osastonhoitaja toimii lähiesihenkilönä hoitohenkilöstölle. Osastonhoitaja vastaa osaston hoitotyöstä ja päivittäisestä toiminnasta. Osastoilla 21L ja 22L lähiesihenkilönä toimii osittain myös tiimivastaava. Viikonloppuisin vastuuhoidtaja hoitaa osastotoiminnot tarvittaessa yhdessä tilannekeskuksen kanssa.</p> <p>Osastoilla ylilääkäri toimii osastojen lääkäreiden lähiesihenkilönä ja on lääketieteellisen hoidon vastuussa.</p>
--

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella ostopalvelujen koordinaatiovastuu on hankinta- ja sopimuspalvelut yksiköllä. Palvelusetelipalvelujen koordinaatiovastuu on palvelusetelikeskuksessa. Kaikki Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen työntekijät pääsevät tarkastelemaan ostopalvelusopimuksia sopimuksenhallintajärjestelmässä. Palveluseteliprosessit hallinnoidaan Effector-palvelusetelijärjestelmässä rajatuin työtehtäviin liittyvin käyttöoikeuksin.

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta. Listaustilauksien osto- ja palvelusetelipalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palvelutuottaja
Työnohjauspalvelut	Useita palveluntuottajia
Koulutuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus	Tempore

Koko psykiatrian klinikkaryhmän yhteisistä ostopalveluista vastaavat palvelupäällikkö tai ylihoitaja yhdessä hankinta-asiantuntijoiden kanssa. Klinikoiden hankinnoista vastaavat klinikoiden ylilääkärit, ylihoitaja ja osastonhoitajat yhteistyössä hankinta-asiantuntijoiden kanssa.

Osastoilla 21L ja 22L käytetään organisaation osto- ja palvelusetelipalvelujen sopimuksen mukaista hoitohenkilöstön vuokrauspalvelua ja organisaation kilpailuttamia osto- ja palvelusetelipalvelujen sopimusten mukaisia työnohjaajia. Esihenkilöt määrittelevät henkilöstön osaamisvaatimukset sekä varmistavat henkilöstön ja työnohjaajien osalta ostopalvelujen laadun. Hoitotyön esihenkilö varmistaa sairaanhoitajien perehdytyksen, osaamisen ja osastoilla 21L ja 22L vaadittavat pätevyudet sekä seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista.

Henkilöstön vuokrauksessa sekä työnohjauspalvelujen käytössä toimitaan osto- ja palvelusetelipalvelujen sopimusten mukaisten valvonta-, palaute- ja reklamaatiokäytäntöjen mukaan ja niissä noudatetaan organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Osastojen 21L ja 22L henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus osto- ja palvelusetelipalvelujen laadun ja turvallisuuden poikkeamista. Ilmoitukset tehdään suullisesti, kirjallisesti ja tarvittaessa tehdään Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitus.

Myös potilaat voivat antaa suullista palautetta henkilöstölle tai esihenkilöille sekä kirjallista palautetta jatkuvan asiakaskokemuksen mittaamisen tai verkkosivujen vaaratilanneilmoitus- tai asiakaspalautekanavan kautta osto- ja palvelusetelipalveluista.

Organisaation tarjoamaa osto- ja palvelusetelipalvelujen koulutusta sekä osto- ja palvelusetelipalvelujen asiantuntijoita hyödynnetään esihenkilöiden työn ja osaamisen tukena. Osto- ja palvelusetelipalvelujen osaamista varmistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta 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).

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

Osasto 21L on 6-paikkainen päivystysoasasto, jossa hoitajakso voi kestää 1-3vrk. Hoitajakso perustuu aina omaehtoisuuteen. Osastolla voidaan hoitaa myös alaikäisiä (15-vuotiaasta alkaen). Osastolle tulosityitä voi olla muun muassa psyykkisen voimien heikkeneminen, elämäntilannekriisi, ahdistuneisuus, psyykinen trauma tai potilas tarvitsee tilanteensa selvittelyssä apua. Osasto 21L hoitaa yöaikaan yhteispäivystyksen psykiatriset konsultaatiot sekä toimii päivystävänä hoitokoordinaattorina. Osasto 21L:n tavoite on vastata päivystykselliseen psykiatriseen hoidontarpeeseen. Yksiköiden toiminta kattaa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen.

Osastolla 22L toteutetaan terveydenhuoltolain 27§ mukaisesti mielenterveydenhäiriöiden tutkimuksia ja hoitoa. Osasto on 15-paikkainen suljettu tutkimuksellinen hoito-osasto, jossa hoidetaan ensimmäisiä kertoja psykiatrista sairaalahoidoa tarvitsevia potilaita. Osastolla voi olla hoidossa (ensi-) psykoosipotilaiden lisäksi mm. mieliala-, ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöistä kärsiviä potilaita. Osastolla hoidetaan myös syömishäiriötä sairastavia potilaita.

Toiminnan tavoitteena osastolla 22L on antaa potilaille laadukasta, potilaan tilanteen ja tarpeen mukaista psykiatrista hoitoa ja tutkimuksia käyttäen moniammatillisia menetelmiä ja hoitoja näyttöön perustuen.

Osasto toimii koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaalahoidon tutkimus ja hoito-osastona ensimmäisiä kertoja psykiatrista hoitoa tarvitseville potilaille.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

Psykiatrian klinikkaryhmän toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot (asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus, vastuullisuus) heijastuen toimintaa ohjaaviin työohjeisiin, tarjottavaan koulutukseen ja toiminnan suunnitteluun. Tavoitteenamme on potilaan/asiakkaan laadukas ja ammattitaitoinen hoito.

Potilaiden hoito perustuu asiakaslähtöisyyteen ja potilaan tarpeita vastaavaan hoitoon. Potilaille annetaan tietoa heidän sairauksistaan potilasta kunnioittaen ja selkeästi ilmaisten ja käytetty ammattitermistö selittäen.

Potilaiden hoidossa huomioidaan potilaan ja hänen läheistensä mielipiteet ja näkemykset ja vakaumukset, mikäli niistä ei ole haittaa potilaan hoidossa. Jos näitä ei pystytä hoidossa huomioimaan, se selitetään potilaalle ja hänen läheisilleen.

Pyrimme osastoilla takaamaan turvallisen ympäristön ja toiminnan niin potilaille kuin henkilökunnalle. Tätä varten meillä on turvallisuus suunnitelmat, joita tarkistetaan ja toteutetaan. Henkilökunnalle annetaan koulutusta turvallisuudesta ja väkivalta- ja hätätilanteissa toiminnasta. Koulutukset vaaditaan kaikilta työntekijöiltä ja niiden voimassaoloa seurataan esimiesten toimesta.

Potilaat saavat yhdenmukaista hoitoa ja tutkimuksia yksilölliset erot huomioiden. Potilaita kohdellaan kunnioittavasti ja arvostavasti sekä tasa-arvoisesti. Toimintaa ohjaa vastuullisuus ja laadukkuus, joita seurataan aktiivisesti sekä kehitetään aktiivisesti. Henkilöstö on ammattitaitoista ja henkilöstön ammattitaitoa kehitetään heille kohdennetuilla koulutuksilla.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osastonhoitaja

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvonnan suunnittelemiseen osallistuu esihenkilön lisäksi osastojen henkilöstö (hoitajat, lääkärit, psykologi). Omavalvontasuunnitelman osa-alueiden tekemiseen osallistetaan henkilöstöä osastokokouksissa ja moniammatillisessa tiimissä. Omavalvontasuunnitelman teossa on osallistettu eri vastuualueiden henkilöitä ja hyödynnetty muun muassa turvallisuusvastaavien, lääkevastaavien ja hygieniavastaavien, digimenterin sekä ravitsemusvastaavien osaamista.

Osastoilla 21L ja 22L potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta ja palautteet sekä mahdolliset Vaaratilanneilmoitukset tai kantelut huomioidaan omavalvontasuunnittelussa. Osastojen 21L ja 22L omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaen yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi potilasjärjestön kautta, myös 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).

Osastojen 21L ja 22L omavalvontasuunnitelma on sähköisesti luettavissa Siun Soten internet-sivustolla sekä tulosteena nähtävillä osaston 21L ja 22L potilasilmoitustaululla.

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 osastojen 21L ja 22L esihenkilöille. Vastuuhenkilöiden eli toiminnasta vastaavien esihenkilöiden vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Henkilöstön vastuuseen kuuluu tuntea, havainnoida ja ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä huomattessaan tai saadessaan tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä toimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Osastojen 21L ja 22L jokaisella työntekijällä on vastuu vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaaratilanteiden syntymistä vähentävästi.

Osastoilla 21L ja 22L on käytössä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Osastonhoitaja tiedottaa työntekijöitä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käytännöistä ja ilmoitusvelvollisuudesta sekä riskienhallinnan prosessista. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten teko ja riskien hallinta huomioidaan perehdytyksessä ja niitä kerrataan yksikköpalaverissa.

Osastoilla 21L ja 22L veloitetaan työntekijöitä tutustumaan ja noudattamaan turvallisuusohjeita, tutustumaan Työn riskien arviointiin ja riskien hallintakeinoihin. Turvallisuusohjeet ja Työn riskien arviointi ovat luettavissa yksikön turvallisuuskansiossa ja Laatuportissa. Henkilöstön vastuulla on huolehtia omasta osaamisestaan ja riskien hallinta- ja suojauskeinojen toteuttamisesta omassa työssään.

Osastojen 21L ja 22L turvallisuusvastaavat huolehtivat turvallisuusohjeiden ajantasaisuudesta ja osaltaan henkilöstön perehdytyksestä ja tiedottamisesta esihenkilöiden ja henkilökunnan keskuudessa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan viipymättä ja ne käsitellään henkilöstön kesken viikkopalaverissa ja sovitaan toimenpiteistä tai mahdollisista kehittämistoimenpiteistä epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan korjaamiseksi. Esihenkilöt vastaavat Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelystä ja toimenpiteiden toteutumisesta.

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.

Potilasturvallisuusriskien arvioimiseksi kriittiset toiminnot/ työvaiheet osastoilla on tunnistettu ja niiden toteuttamista seurataan käyttämällä työskentelyn apuna työohjeita, tarkastuslistoja, lääkkeiden kaksoistarkistusta ja kirjaamista sähköiseen potilaskirjaukseen.

Osastoilla 21L ja 22L on käytössä Laatuportti ohjelma, johon tallentuvat vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Laatuporttiin ilmoituksia voivat tehdä henkilöstön lisäksi myös potilaat sekä potilaan läheiset/omaiset. Muistutusten ja kantelujen pohjalta esiin nousseet riskit huomioidaan toimintojen kehittämisessä ja muuttamisessa. Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan pohjalta annetut suositukset huomioidaan muuttamalla toimintaa turvallisemmaksi.

Hoitoon liittyvät infektiot kirjataan Mediatriin ja tehdään asianomaiset ilmoitukset infektiosta ja infektioiden määriä seurataan infektioiden torjunnan yksikössä. Hygieniahoitajat tekevät seurantaä käsihuuhdekulutuksessa ja -käytössä sekä opastavat niiden oikeaan käyttöön.

Turvallisuuskierroja toteutetaan vuosittain. Osastoilla 21L ja 22L on turvallisuusvastaava ja turvallisuuskansio, jota päivitetään vuosittain. Koko henkilökunta on perehtynyt toimintaohjeisiin ja uudet työntekijät perehdytetään turvallisuusasioihin.

Työn riskien arvioinnit tehdään riskienarvioinnin kartoituksena osastonhoitajan toimesta. Työpaikkaselvitys toteutetaan, johon osallistuvat osastonhoitaja, henkilöstö, työsuojeluvalluutettu sekä työterveyshoitaja. Työpaikkaselvitykset tehdään viiden vuoden välein. Työpaikkaselvityksen toimenpiteistä vastaa osastonhoitaja.

Henkilöstöön kohdistuvaa ennakkollista riskienarviointimenettelyä toteutetaan jo henkilöstön rekrytointivaiheessa. Rekrytoinnissa varmistetaan rekrytoitavan kelpoisuus, pätevyys ja soveltuvuus työhön. Uudet työntekijät perehdytetään suunnitelman mukaisesti. Perehdytystä seurataan ja arvioidaan keskusteluin ja kaavakkeiden avulla. Henkilöstön osaaminen varmistetaan erilaisten lupakoulutusten ja osaamisen näytöin sekä kehityskeskusteluissa vuosittain varmistetaan työntekijöiden osaamisen ylläpitäminen. Yksikössä on oma osaamisen kehittämisen suunnitelma, jossa on kirjattu henkilökunnalle sekä esihenkilöille pakolliset koulutukset. Kehittämisen suunnitelmaa noudatetaan suunnitelman sisältämän ohjeistuksen mukaisesti.

Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmiä arvioidaan samalla kun tilanteita käydään läpi. Mikäli tunnistamismenetelmät eivät ole riittävät ne laaditaan uudelleen tarvetta vastaaviksi.

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).

Osastoilla 21L ja 22L on käytössä Laatuportti ohjelma, johon kirjataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Laatuporttiin kirjauksia voivat tehdä henkilöstön lisäksi myös potilaat sekä potilaan läheiset/omaiset. Lisäksi henkilökunnan velvollisuus on ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista ja vaara- ja poikkeamatilanteista suullisesti osastonhoitajalle. Henkilöstön vastuuseen kuuluu **ilmoittaa viipymättä**, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Ilmoittamisvelvollisuudesta muistutetaan henkilöstöä säännöllisesti ja asia perehdytetään kaikille uusille työntekijöille.

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

Kirjallinen ilmoitus tapahtuu yleensä Laatuportin kautta. Myös potilaat sekä heidän omaisensa/läheisensä voivat tehdä ilmoituksia suullisesti kirjallisten huomioiden lisäksi. Kaikki saapuneet ilmoitukset kirjataan Laatuporttiin.

Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvistä vaaratilanneilmoituksista menee ilmoitus Laatuportin kautta Fimealle vakavassa vaaratilanteessa 10 vrk kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi ilmoitus laitteen valmistajalle tapahtuu myös Laatuportin kautta.

Tietojärjestelmiin liittyvistä poikkeamista tehdään ilmoitus Meitalle ja tarvittaessa Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviestivalvira.fi/>)).

Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset kirjataan Meditriin ja lisäksi tehdään ilmoitus sähköisesti Fimealle.

Meditriin sekä Laatuporttiin tehdään haittatapahtumakirjaus kaatumisista/putoamisista ja painehaavaumista.

Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään [Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi](#) (linkki)

Ilmoitukset sosiaalihooltoon tehdään sosiaalihuollon tarpeesta Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut (linkki) ja tarvittaessa tehdään lastensuojeluilmoituksia Lastensuojeluilmoitus - Miunpalvelut (linkki) kautta.

Viranomaisyhteistyö tapahtuu tarvittaessa 112 numeron kautta soittamalla puhelimitse.

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.

Esille tulleet riskit sekä vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään ensin osastonhoitajan toimesta ja sen jälkeen ilmoitukset käsitellään yhdessä osaston henkilöstön kanssa osastotunnilla. Käsittely aloitetaan viipymättä ja viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Tarvittaessa käsittelyyn kutsutaan mukaan myös muut olennaiset tahot ja tarvittaessa pyydetään lisäselvityksiä tilanteessa osallisena olleilta tahoilta.

Riskit arvioidaan ja kirjataan muistiin sekä arvioidaan tapahtumien seuraukset. Mikäli riskin suuruus on vähintään kohtalainen, käynnistetään toimenpiteitä riskin pienentämiseksi. Osastonhoitaja kirjaa suullisen käsittelyn Laatuporttiin sekä osastotunnin muistioon toiminnan muutoksina. Toiminnan muutoksille kirjataan vastuuhenkilö ja määräaika. Saapuneet ilmoitukset käsitellään joka viikko osastotunnilla. Palautteen antajalle laitetaan ilmoitus hänen ilmoittamansa tilanteen käsittelystä ja tehdyistä muutoksista toimintaan tai asioista, joihin tullaan kiinnittämään toiminnassa enemmän huomiota. Toiminnan muutosta seurataan sovituin aikaväleihin ja tarvittaessa tehdään lisämuutoksia toiminnan parantamiseksi. Riskin suuruutta (jäännösriskiä) arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen.

Potilasturvallisuus yhdyshenkilö koostaa säännöllisesti klinikkaryhmän riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia, joita käydään yhdessä esihenkilöiden kanssa läpi. Käsittelyajoista ja ilmoitusten käsittelystä muistutetaan säännöllisesti esihenkilöitä.

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.

Todetut riskit käsitellään ja yhdessä henkilöstön kanssa pohditaan ratkaisut tilanteen muuttamiseksi. Yhdessä keskustellen tehdään muutokset ja opitaan ilmoitetuista vaaratilanteista ja riskeistä sekä kehitetään toimintaa. Vaaratilanneilmoituksiin kirjataan ja kuvataan tehdyt toimenpiteet, käydyt keskustelut ja niiden pohjalta

syntyneet toiminnan muutosehdotukset. Kehittämistoimenpiteet otetaan käyttöön heti ja niiden toteutumista ja toimivuutta seurataan 1–2 kuukauden päästä ja tarvittaessa seuranta jatketaan. Osastonhoitaja tekee kirjaukset kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta. Toiminnan kehittymistä arvioidaan potilailta ja henkilökunnalta saadun palautteen avulla. Potilaan ja hänen läheistensä antamat palautteet käydään läpi henkilöstön ja osastonhoitajan toimesta ja saadun palautteen avulla kehitetään osaston toimintaa ja toimintatapoja. Jos on riskinä, että vaaratapahtuma ilmoitukset jäisivät käsittelemättä esim. esihenkilön poissa ollessa, ilmoitukset siirretään toiselle esihenkilölle poissaolon ajaksi.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilöstöä osastotunneilla suullisesti sekä kirjallisesti koko henkilöstölle suunnatulla sähköpostilla. Lisäksi osastotunneista kirjoitetaan muistiot, jotka ovat luettavissa osastojen Teams-kanavalla tiedostoissa. Osastonhoitaja on vastuussa henkilöstön tiedottamisesta. Esihenkilö seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin. Osastoilla oleville potilaille tiedotetaan kehittämistoimenpiteistä ja tarvittaessa toiminnan muutoksista tiedotetaan myös Siun Soten internet sivuilla.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Potilaita informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti tarvittaessa tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta [Asiakkaan vaaratilanneilmoitus - siunsote.fi](https://www.siunsote.fi) (linkki) Laatuporttiin. Potilaalle tarjotaan tarpeen mukaan tukea, keskusteluapua tai ohjataan muun avun tai tuen piiriin.

Osastojen 21L ja 22L esihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoitukseen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Potilaalle kerrotaan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

Esihenkilö seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaaminen (harvoin tarvittava toimintamalli, uudet työntekijät)	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin Osaamisen vahvistaminen, viestintä ja koulutus, toimintamallin ja riskienhallinnan prosessin kertaaminen	Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus) Yksikön riskien arviointi (tunnistetut riskit ja niiden hallintakeinot Laatuportissa)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus, osaamisen vahvistaminen	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintatapojen kertaaminen	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Asiakaspalaute/ vaaratilanneilmoitus: Vaaratilanneilmoitus - siunsote.fi (linkki) Potilasasiavastaavan yhteystiedot

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Palvelun, hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehtoista on kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Asiakasta/potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään.

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

Terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsystä säädetään [terveydenhuoltolaissa \(1326/2010, luku 6 §47–55\)](#) (linkki).

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

Osastolle 21L potilas ohjautuu aina aikuispsykiatrian tehostetun avohoidon arvion kautta. Hoidon tarvetta arvioidaan osastolla hoitajakson aikana. Osaston 21L henkilökunta järjestää potilaalle tarpeenmukaisen jatkohoidon osastojakson päätyttyä osastolla 21L.

Potilaan saavuttua osastolle 21L tai 22L lääkärin läheteellä osaston 21L tai 22L lääkäri tai psykiatrian klinikan päivystävälääkäri arvioi potilaan hoidon tarpeen tulohaastattelussa yhdessä hoitajan kanssa. Hoidon tarpeen arvioinnissa voidaan käyttää tarvittaessa mittareita kuten BDI, MDI, MDQ yms. haastattelun ohella. Osastohoidon aikana arvioidaan edellä mainittujen mittareiden lisäksi muilla tarpeellisilla mittareilla hoidon tarvetta. Hoito perustuu keskusteluihin, joissa myös voidaan arvioida yhdessä potilaan ja potilaan luvalla hänen läheistensä kanssa hoidon tarvetta.

Kaikki hoidon aikana käydyt keskustelut sekä mittareiden tulokset ja vastaukset kirjataan asiakas- ja potilaskirjausjärjestelmä Mediatriin. Näiden avulla sekä lääkärikäyntien ja myös potilaan ja hänen läheistensä arvioiden kautta arvioidaan säännöllisesti potilaan hoidon etenemistä ja hoidon tarvetta hoidon aikana.

Hoidon tarpeen arvion ja hoidon läheteaikojen toteutumista seurataan säännöllisesti klinikkaryhmän johtotiimeissä sekä tehdään ohjausta, mikäli toteutumisessa on haasteita nähtävissä.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Psykiatrian klinikkaryhmässä hoitoon pääsyn määräajat ovat eri ikäryhmillä erilaiset ja tämän vuoksi nämä määritellään palveluyksikkökohtaisesti. Seuraamme erikoissairaanhoidon hoitotakuun toteutumista. Palveluun

ja hoitoon pääsemisen toteutumista seurataan säännöllisesti klinikkaryhmän johtotiimeissä. Tilastot tuotetaan keskitetysti koko erikoissairaanhoidon osalta ja julkaistaan internetissä

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Terveys-, palvelu- ja hoitosuunnitelman laatii potilaan omahoitaja, lääkäri ja potilas yhteistyössä. Lisäksi suunnitelman laatimiseen voi osallistua potilaan läheinen potilaan suostumuksella tarvittaessa. Suunnitelma kirjataan Mediatri potilastietojärjestelmään terveys- ja hoitosuunnitelmalehdelle. Suunnitelmaa päivitetään vähintään 3 kuukauden välein osastohoidon aikana omanhoitajan toimesta tai avohoidossa tarpeen mukaisesti oman työntekijän toimesta. Suunnitelma on voimassa yhden vuoden, mutta tarvittaessa sitä voidaan päivittää useamminkin. Terveys-, palvelu- ja hoitosuunnitelman toteutumista seuraa potilaan omahoitaja sairaalassa, avohoidossa tms. palvelussa yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

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.

Osasto 21L on avohoidon yksikkö, jossa hoito perustuu aina vapaaehtoisuuteen.

Potilaan itsemääräämisoikeus ja potilaan oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon huomioidaan osastoilla 22L ja 21L mahdollisuuksien sekä potilaan sairaus huomioiden. Potilaille annetaan kattavasti tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä hoitovaihtoehdoista. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen omahoitoon. Potilaan voimavarat ja näkemykset huomioidaan hoitosuunnitelmaa ja hoitolinjauksia tehdessä. Tarvittaessa ja potilaan niin halutessa hoidon suunnitteluun otetaan mukaan potilaan omainen tai muu läheinen. Potilaan hoitotahto huomioidaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa.

Potilaan yksityisyys varmistetaan tarvittaessa yhden hengen potilashuoneella ja suuremmissa potilashuoneissa pyritään turvaamaan riittävää yksityisyyttä etäisyyksillä potilasvuoteiden välillä. Yksityisyys turvataan myös huolellisella tietosuojan toteutumisella. Henkilökunta noudattaa salassapitovelvollisuutta ja tämä huomioidaan opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Toiminnan lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Joissain tilanteissa potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon

palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittamistoimenpiteillä puututaan henkilön perusoikeuksiin ja siksi rajoittamistoimenpiteen on oltava aina viimeinen keino. Toisin sanoen ennen rajoittamiseen ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä potilaan käyttöön. Henkilöstön tai resurssien puute ei ole hyväksyttävä syy rajoitukselle.

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

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Osasto 21L on avohoidon yksikkö, jossa hoito perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Yksikössä ei toteuteta itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Osastolla 22L toiminnan lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Joissain tilanteissa potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittamistoimenpiteillä puututaan henkilön perusoikeuksiin ja siksi rajoittamistoimenpiteen on oltava aina viimeinen keino. Toisin sanoen ennen rajoittamiseen ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä potilaan käyttöön. Henkilöstön tai resurssien puute ei ole hyväksyttävä syy rajoitukselle.

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

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

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

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

Siun soten psykiatrian klinikassa on erikseen työohje Mielenterveyslain 22 k § mukaiset ohjeet itsemääräämisoikeuksien rajoitusten toteuttamisesta. Psykiatrian klinikkaryhmässä mielenterveyslain mukaisten rajoitusten soveltamisesta on ohjeistettu rajoituksia koskevalla yleisohjeella sekä tätä täsmentävillä rajoituskohtaisilla ohjeilla. Rajoittamista koskevan ohjeistuksen käytettävyyttä on helpotettu kokoamalla ohjeistus linkityksin sisäisen verkon sivulle ” [Tahdosta riippumaton hoito \(sharepoint.com\)](#) ” (sisäinen linkki).

Psykiatrian klinikkaryhmässä myös ohjeistuksien lisäksi pidetään lain vaatimaa kirjaa rajoitteista. Rajoittamistoimien ja -välineiden käyttöä seurataan potilastietojärjestelmään tehtävien kirjausten perusteella. Lisäksi vaara- ja poikkeamisilmoituksissa huomioidaan rajoitteiden käyttöä. Lisäksi palautteet (henkilöstö, potilaat ja muut) ovat seurannan väline. Seuranta ja arviointia tehdään myös klinikan johtotiimin toimesta.

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

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

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

Mikäli potilaan kohdalla havaitaan epäasiallista kohtelua, tulee asiaan puuttua välittömästi ja ilmoittaa tästä viipymättä suullisesti tai kirjallisesti yksikön esihenkilölle tai virkavastuiselle lääkärille. Esihenkilö ilmoittaa

asiasta omalle esihenkilölleen (ylihoitaja) sekä osaston virkavastuiselle lääkärille, joka vastaa potilaan kokonaishoidosta. Virkasuhteinen lääkäri vie asian tiedoksi omalle esihenkilölleen.

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

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

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

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

Siun Sotella on yhteistyösopimus tulkkauspalveluita tuottavien yritysten kanssa, joiden palveluita tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan käytetään, jotta potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Esimerkiksi hoitopäätöksistä potilaalle aina toimitetaan hänen omalle äidinkielelleen käännetty oma kappale. Kirjallisia potilasohjeita on saatavilla eri kielillä. Siun Sotella on kirjalliset ohjeet tulkkauspalveluiden käytöstä.

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

Psykiatrialla potilaiden ulkoilulupia tarvittaessa voidaan rajoittaa potilaan ollessa joko mielenterveyslain mukaisessa tarkkailussa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa. Vapaaehtoisessa hoidossa olevien potilaiden

liikkumisvapautta ei voida rajoittaa heidän tahtonsa vastaisesti. Näiden potilaiden kanssa voidaan kuitenkin hoidollisista syistä sopia vapaaehtoisuuteen perustuvasta liikkumisen rajaamisesta.

Myös tahdostaan riippumatta hoidossa olevien potilaiden kohdalla on ensisijaisesti pyrittävä yhteisesti sopimaan liikkumisen rajaamisesta. Mikäli yhteiseen sopimukseen päädytään, kirjataan tämä Mediatriin sopimukset kohtaan. Potilaan muuttaessa sovitun rajaamisen suhteen mieltään on lääkärin arvioitava tahdosta riippumattoman rajoittamisen tarve (esim. itsetuhoiset potilaat).

Tahdostaan riippumatta hoidossa olevien tai tarkkailussa olevien potilaiden osalta hoitava lääkäri päättää liikkumisvapauden rajoituksista. Liikkumisvapautta voidaan rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaati. On huomioitava, että liikkumisvapauden rajoittamisesta on tehtävä erillinen päätös myös eristetyille ja sidotuille potilaille, mikäli liikkumisvapauden rajoittaminen on perusteltua. Lähtökohtaisesti kaikille potilaille, myös eristetyille, on tarjottava ulkoilumahdollisuutta ja ulkoilu järjestetään hoitajan saattamana.

Liikkumisvapauden rajoitukset jaetaan toimintakykyyn perustuviin ryhmiin, joissa vapaudet asteittain lisääntyvät. Hoitava lääkäri voi määrätä liikkumisvapauden rajoittamisesta ja rajoitusten lieventämisestä yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla. Toimintakykyyn perustuvalla ryhmittelyllä tavoitellaan vähintään välttämätöntä rajoittamista.

Useimmiten rajoitusten tarve on hoidon alkuvaiheessa suurin ja vähenee voinnin korjaantuessa, jolloin rajoituksia asteittain vähennetään. Rajoitus kirjataan Mediatriin rajoitukset osioon.

Jos potilas sairautentilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi rahansa tai muut maksuvälineensä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun ja säilytykseen. Potilaan omaisuuden haltuun ottaminen voi tapahtua potilaan kanssa tehdystä yhteisestä sopimuksesta vapaaehtoisuuteen perustuen hänen etujensa turvaamiseksi. Tällöin ei ole kysymys mielenterveyslain 22 g §:n ja 22 j §:n mukaisista rajoittamistoimista. Potilaan välttämättömistä eduista tulee pyrkiä ensisijaisesti huolehtimaan yhteistyössä hänen kanssaan.

Tahdostaan riippumatta hoidossa olevien tai tarkkailussa olevien potilaiden kohdalla voidaan heidän omaisuuttaan ottaa haltuun mielenterveyslain 22 g §:n mukaisella tavalla. Pohjois-Karjalan keskussairaalan psykiatrian yksikössä hoitaja ilmoittaa haltuunoton tarpeesta heti sen ilmetessä osastonlääkärille, joka sanelee tai kirjoittaa PSY- lehdelle esityksen omaisuuden haltuunotosta ottaen kantaa haltuunottopäätöslomakkeen edellyttämiin seikkoihin. Haltuunoton yhteydessä osastonlääkäri kuulee potilasta asiassa hallintolain edellyttämällä tavalla ja kirjaa tämän PSY-lehdelle.

Potilaan säilytykseen otetut rahat lasketaan, etenkin yhteistyössä potilaan kanssa tehdyn päätöksen yhteydessä yhdessä potilaan kanssa ja kahden hoitajan läsnä ollessa. Käteinen laitetaan kirjekuoreen, joka suljetaan. Kuoren päälle kirjataan yhdessä käteissumma ja varmennetaan päiväyksellä ja potilaan sekä hoitajien allekirjoituksella. Kuori säilytetään lukollisessa kaapissa osastolla. Lääkejakohuoneeseen ei ole pääsyä kuin lääkeluvallisilla hoitajilla. Lisäksi tehdään kirjaus potilastietojärjestelmään säilytykseen laitetuista käteisvaroista.

Käteinen luovutetaan potilaalle takaisin, kun potilas kykenee huolehtimaan käteisistään tai kun potilas uloskirjataan sairaalasta. Mikäli potilaalla on mukanaan huomattava suuri summa käteistä, hoitaja yhdessä potilaan kanssa käy tallettamassa rahan pankkiin talletusautomaatilla.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

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

Potilaalla on oikeus tehdä muistutus, kantelu tai potilasvahinkoilmoitus. Reklamaatiot tulevat pääsääntöisesti suoraan reklamaation kohteena olevaan yksikköön. Muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään yksikössä Siun soten ohjeistuksen mukaisesti ja käsittelyn tekee palvelupäällikkö tai ylilääkäri yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Käsittelyn seurauksena ryhdytään tarpeenmukaisiin korjaaviin toimenpiteisiin, joiden toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat yksikön lähiesihenkilöt. Mikäli esille tulee potilaan oikeusturvaan liittyvä epäkohta, puututaan siihen välittömästi tilanteen vaatimalla tavalla.

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

Palvelutuotannossa tehdään päätöksiä esim. itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta välttämättömissä tilanteissa. Asiakkaalla/potilaalla on oikeus luottaa palveluprosessien ja päätöksenteon asianmukaisuuteen, jolla turvataan asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien toteutumista. Mielenterveyslain mukaisista rajoitteista tehdään pääsääntöisesti aina valituskelpoinen päätös lääkärin toimesta.

Viranomaispäätökset ja muu viranomaisohjaus ohjaavat yksikön toimintaa. Toimintaa koskevat reklamaatiot otetaan aktiivisesti huomioon yksikön toiminnan kehittämisessä.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

Ohjeet muistutuksen tekoon löytyvät Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](https://www.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:
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote
Kirjaamo
Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puh. 013 330 8285
Puhelinpalvelu avoinna ti ja ke klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@suunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

Puhelinpalvelu avoinna ma klo 8.30–11.30 ja ti-to klo 9–11

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat näkyvillä osastojen 21L ja 22L potilasilmoitustaululla ja tarvittaessa ohjausta saa henkilökunnalta.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

Eri-ikäisten asiakkaiden/potilaiden sekä heidän läheistensä huomioon ottaminen palvelun ja hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa on olennainen osa palvelun laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ja

omavalvonnan kehittämistä. Omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja muutettaessa on otettava huomioon palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta/potilailta sekä heidän läheisiltään säännöllisesti kerättävä palaute.

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilas tai läheinen voivat halutessaan antaa palautetta osaston palvelusta verkkolomakkeella Siun soten www-sivujen kautta. Palautteen voi antaa nimettömänä tai jos potilas haluaa, että otamme häneen yhteyttä, on hänen jätettävä palautetta antaessaan yhteystietonsa. Palautelomake koostuu vapaasta palautteesta sekä THL:n kansallisista asiakaspalautetiedon väittämistä. Laatuportti-järjestelmä lähettää tiedon saapuneesta palautteesta automaattisesti yksikön lähiesihenkilöille sähköpostiin. Esihenkilöt käsittelevät palautteen järjestelmässä viikon sisällä palautteen antamisesta. Saatua potilaspalautetta käsitellään viikoittain osastotunneilla ja hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä. Palautteen antajalle voidaan vastata myös suoraan Laatuporttijärjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Lisäksi kerätään ajoittain myös paperilomakkeilla palautetta potilailta. Osastoilla 21L ja 22L on omat palautelaatikat avoimia palautteita varten päiväsallisissa. Potilaan ja hänen läheisensä on mahdollista antaa myös suullista palautetta saamastaan palvelusta ja hoidosta. Kaikki saatu palaute käsitellään osastotunneilla henkilöstön kanssa ja tarvittaessa hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä.

Laatuportin kautta sekä suullisesti annettua palautetta voivat myös antaa yhteistyötahot (esim. avohoito), potilasjärjestöt ja kokemusasiantuntijat. Kaikki saatu palaute käsitellään esihenkilöiden toimesta sekä yhdessä osaston henkilökunnan kanssa ja palautetta käytetään toiminnan kehittämisessä.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella kerätään jokaisesta yksiköstä hoitotyön potilaspalautetta 4 kertaa vuodessa. Näiden kyselyiden tulokset saadaan osastoille 21L ja 22L ja niitä käydään läpi henkilöstön kanssa. Näistä poimitaan mahdolliset kehittämis ehdotukset, joita työstetään henkilöstön kanssa.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

Kokemusasiantuntijoita hyödynnetään toiminnassa mahdollisuuksien mukaisesti potilaskontakteissa sekä toimintojen kehittämisessä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Palvelun/hoidon tarpeen arvioinnin ja palveluun/ hoitoon pääsyyn viivästyminen tai arvion epäonnistuminen	Henkilöstön koulutus, perehdytys Jokaisessa työvuorossa riittävän henkilöstömäärän turvaaminen	Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki) Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalohtaisista edellytyksistä (linkki) STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 (linkki)
Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelman tekemättä jääminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022 (linkki)
Potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen		Perustuslaki 731/1999 (linkki) Kuntalaki 410/2015 (linkki) Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (linkki)

		Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 (linkki)
Itsemääräämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve mielenterveyslakiin perustuen	Osaamisen varmistaminen	Mielenterveyslaki 1116/1990 (linkki)
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Osastolla 21L työskentelee yhdeksän sairaanhoitajan sekä sosiaalityöntekijä, psykologi sekä erikoistuvan lääkäri, joiden työpanos jakautuu osittain muihin aikuispsykiatrian avo- ja osastohoidon yksiköihin. Osastolla 21L on hoitaja paikalla vuorokauden ympäri. Yöaikaan tehostetun avohoidon päivystävänä hoitokoordinaattorina toimii osaston 21L yöhoitaja, joka hoitaa myös yhteispäivystyksen konsultaatiot.

Osaston 22L henkilöstöön kuuluu 1 lähihoitaja, 2 mielisairanhoitajaa ja 15 sairaanhoitajaa. Osaston kaikki toimet ovat täytetty 100%. Lisäksi osastolla on osastonhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijän ja toimintaterapeutin käytettävyyttä sekä psykiatri. Myös erikoistuvia lääkäreitä voi olla osaston henkilöstössä. Vakituksia vuosilomansijaisia työskentelee 2. Hoitohenkilöstö työskentelee kolmessa työvuorossa: aamuvuoro, iltavuoro ja yövuoro. Lisäksi käytössä on pitkiä 12 tunnin työvuoroja. Aamuvuorossa on 4 hoitajaa (3 aamuvuorossa ja yksi pitkässä (aamu ja ilta vuorot yhdessä) vuorossa), iltavuorossa 4 hoitajaa (3 iltavuorossa ja 1 pitkässä vuorossa) ja yövuorossa 2 hoitajaa.

Osastoilla 21L ja 22L on yhteinen osastonhoitaja sekä tiimivastaava.

Osastoilla on laadittu tehtävien kuvaukset sekä sairaanhoitajille että lähihoitajille/mielenterveyshoitajille. Myös vuorokohtaiset tehtävänkuvat on laadittu ammattiryhmille. Hoitohenkilökunnan vastuualueet on koottu taulukoihin.

Osastoilla sijaisina voi työskennellä myös opiskelijoita, mutta jokaisessa vuorossa on myös koulutettu hoitaja. Osastolla 21L yöaikaan toimittaessa Tehoavon päivystävänä sairaanhoitaja voi työskennellä vain koulutettu ja työhön hyvin perehdytetty sairaanhoitaja. Lisäksi osastoilla voi olla sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoita omiin opintoihinsa liittyvissä harjoittelujaksoilla. Heitä ei lasketa osastojen työntekijävahvuuteen. Sijaiset ja opiskelijat perehdytetään tehtävään tehtävän alkaessa ja heille on nimetty perehdyttäjä vakituisen henkilöstön joukosta.

Osastoilla sairaanhoitajien työkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidosta vastaamista ja toteuttamista sekä lääkkeiden tilaamista osastolle, lääkärin kanssa työskentelyä, kirjaamista potilastietojärjestelmään ja raportointia sekä vastuuvuoroissa toimimista. Lisäksi osastolla 21L sairaanhoitajan työkuvaan kuuluu öisin Tehoavon päivystyksen hoitaminen. Lähihoitajan tehtävänkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidon toteuttamista, lääkärin kanssa toimimista ja raportointia ja kirjaamista.

Työvuorosuunnittelu toteutetaan sähköisesti Numeron ohjelmiston avulla. Työvuorosuunnittelusta vastaa osastonhoitaja ja tiimivastaava. Työvuorosuunnittelussa huomioidaan henkilöstön riittävyys ja ammattitaidon jakautuminen työvuorottain. Sijaisia käytetään tarvittaessa oman henkilöstön poissaoloissa. Henkilöstövoimavarojen riittävyttä suhteessa potilaiden palvelutarpeeseen seurataan osastonhoitajan toimesta ja tarvittaessa työvuoroihin hankitaan lisäresursseja sijaisten avulla. Poikkeusolojen varalla henkilöstövoimavarojen riittävyyden turvaamiseksi sovitaan toimenpiteet tapauskohtaisesti. Lisäksi henkilöstön riittävyttä seurataan kuukausittain klinikkaryhmän johtotiimissä.

Vuosilomasuunnittelussa huomioidaan henkilöstön lomapäivien määrä ja lomat toteutetaan lomapäivien määrän perusteella laskettuina vuosilomajanoina. Jokaiselle janelle hankitaan vuosilomasijainen. Vuosilomat toteutetaan janojen mukaisesti siten, että vain tietty määrä henkilöitä voi olla yhtäaikaaisesti vuosilomalla. Tällä menetelmällä turvataan ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys myös vuosilomakaudella.

Mikäli henkilöstön riittävyys on puutteellinen, pyritään hankkimaan lisähenkilöstöä joko omaa henkilöstöä käyttäen tai vuokratyövoimaa käyttäen.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointia ohjaa työlainsäädäntö ja sosiaali- ja terveysalantyöehtosopimukset. Yksiköissä työskentelee vain laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä yksikön toiminnan luonteen vuoksi. Poikkeuksena sijaisina

toimivat terveydenhuollon opiskelijat, jotka voivat olla työvuoroissa laillistettujen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien rekrytoinneista vastaavat osastonhoitaja ja ylihoitaja yhdessä rekrytointiyksikön kanssa. Lääkäreiden rekrytoinnista vastaa osastonlääkäri palvelualuepäällikön kanssa. Psykologien rekrytoinnista vastaa vastaava psykologi ja sosiaalityöntekijän rekrytoinnista vastaa vastaava sosiaalityöntekijä yhdessä palvelupäällikön kanssa. Kaikessa rekrytoinnissa on mukana Siun soten rekrytoinnin yksikkö. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot).

Kelpoisuus tehtävään varmistetaan työhönottotilanteessa Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki/ JulkiSuosikki). Samalla varmistetaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta.

Soveltuvuus tehtävään arvioidaan työhaastattelussa, jonka pitävät rekrytoitavan ammattiryhmän mukaan ylihoitaja, palvelupäällikkö, osastonhoitaja, vastaava sosiaalityöntekijä tai psykologi tai osastonlääkäri. Työhaastattelussa varmistetaan myös riittävä kielitaito. Tarvittaessa pyydetään esittämään todistus kielikokeesta. Rokotesuoja varmistetaan työterveyshuollon kautta. Tehtävissä koeaika on 4–6 kuukautta. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n 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.

Perehtymisprosessin suunnittelu aloitetaan jo työntekijän rekrytointivaiheessa. Osastolta valitaan perehdyttäjä, joka on samassa työvuorossa perehdytettävän kanssa ensimmäisinä perehtyjän työpäivinä. Perehtyjälle annetaan perehtymiseen tarvittava materiaali ja varmistutaan, että perehtyjällä on pääsy tarvittavien lisäkoulutusten tekemiseen verkkokursseina. Perehtyjälle työvuorot on laadittu ensimmäisille päiville niin, että hänelle annetaan aikaa perehtymiseen.

Opiskelijan perehdyttämiseen valmistaudutaan valitsemalla opiskelijalle kaksi ohjaajaa. Opiskelijan kanssa sovitaan osastolle tutustumiskäynti mahdollisuuksien puitteissa ennen opiskelujakson alkua. Tutustumiskäynnillä on mukana opiskelijan omat ohjaajat. Opiskelijan aloittaessa harjoittelujakson opiskelija on samoissa työvuoroissa ohjaajiensa kanssa ja saa heiltä perehdytystä osaston toimintaan.

Perehdytyksessä hyödynnetään Siun soten perehdytysohjelmaa. Siun soten sisäinen perehdytys sivusto pitää sisällään kuvauksen Siun soten perehdytysohjelmasta, perehdytykseen valmistautumisesta, itse

perehdyttämisestä, perehdytyksen arvioinnista sekä perehdytyksen jälkeisestä mentoroinnista, ohjeet perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen sekä perehdytyksen työkalupakin.

Yksikötasoinen perehdytys keskittyy muun muassa yksikön tehtävään, henkilöstöön, toimintatapoihin ja toimintaympäristöön sekä työntekijän toimenkuvaan liittyviin asioihin. Perehdytyksen yhteydessä uusi työntekijä tutustuu myös yksikön omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin ja ohjeisiin ja tarvittaessa suorittaa yksikössä vaadittavia lisäkoulutuksia verkkokursseina. Perehdyttäjänä yksikössä toimii osastonhoitajan lisäksi omaan ammattikuntaan kuuluva valittu perehdyttäjä.

Perehdyttäjän perehdytyksen onnistumista seurataan arviointikeskustelujen avulla sekä osastonhoitajan että perehdyttäjän toimesta. Perehdyttäjällä on kirjallinen perehdytyksen seurantaavaake, jota täytetään yhdessä perehdyttäjän ja lähiesihenkilön kanssa. Yksikössä vaadittavista lisäkoulutuksista toteutuneita suoritteita seuraa osastonhoitaja sähköisen järjestelmän (Onni HR) kautta. Omavalvontasuunnitelma on osana työntekijöiden perehdytystä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastojen 21L ja 22L henkilöstöltä edellytetään ammatillisen perusosaamisen lisäksi psyykkisesti sairastuneen potilaan hoidon osaamista. Osastojen 21L ja 22L henkilöstön osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa. Toimi- ja palvelualueelle on laadittu osaamisen kehittämisen suunnitelma, johon on kirjattu yksikössä tarvittava osaaminen ja yksikössä työskentelyn edellytyksenä olevat koulutukset.

Henkilöstö kehittää osaamistaan sekä suorittaa psykiatrian klinikassa määritellyt tarvittavat koulutukset koulutussuunnitelman mukaisesti. Henkilöstö suorittaa toimialueelle määritellyt kaikille velvoitetut koulutukset. Lisäksi henkilöstö suorittaa yksikkökohtaisesti määritellyt organisaation työn vaativuuden mukaiset koulutukset, toimialueelle suositellut koulutukset ja muuta täydentävää koulutusta.

Henkilöstöä kannustetaan kehittämään osaamistaan myös asiakkaiden, potilaiden ja läheisten osallisuuden lisäämiseksi (osallisuuden verkkokurssi tulossa). Henkilöstöä kannustetaan osallistumaan potilaiden itsemääräämisoikeuteen, ymmärrettävään kieleen, kommunikaatioon ja päätöksentekoon liittyviin koulutuksiin ja kehittämään myös näillä saroilla osaamistaan. Esihenkilöille ja henkilöstölle on järjestetty myös työturvallisuus- ja työhyvinvointikorttikoulutuksia, joissa paneudutaan työelämätaitoihin ja turvallisuuskulttuuriin ja huomioidaan tiimityötä, kommunikaatiota työelämässä sekä inhimillisten tekijöiden vaikutuksiin työyhteisössä. Henkilöstä ja esihenkilöitä kannustetaan ja ohjataan käymään sekä mahdollistetaan näihin tarjolla oleviin koulutuksiin osallistuminen. Potilaita ohjataan käyttämään digitaalisia palveluja,

rekisteröitymään käyttäjäksi ja esitellään mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden käytettävissä olevat toiminnot. Ohjausta annetaan vastaanottokäyntien yhteydessä ja puhelimitse. Lisäksi ajanvarauskirjeissä postitetaan digitaalisten palvelujen esite ja käytettävissä on organisaation yleinen digituki, Pohjois-Karjalan maksuton digituki, ohjevideot ja digitukitilaisuudet [Digitaaliset palvelut - suinsote.fi](https://www.suinsote.fi) (linkki).

Mikäli potilas ei käytä digitaalisia palveluja, mahdollistetaan samat toiminnot ja annetaan sama informaatio potilaalle puhelimitse, vastaanottokäyntien yhteydessä ja kirjallisesti.

Osastonhoitaja suunnittelee ja seuraa koulutusten toteutumista. Henkilöstön osaamisen kehittäminen koostuu viikoittaisista sisäisistä palavereista ja koulutuksista, Psykiatrian klinikan sisäisistä koulutuksista, yhteistyökumppaneiden tarjoamista koulutuksista ja webinaareista, alueellisista koulutuspäivistä, Siun soten tarjoamista koulutuskokonaisuuksista sekä Siun soten ulkopuolisista täydennyskoulutuksista. Koulutuksista saatua tietoa jaetaan ja annetaan palautetta koulutuksista toisille työntekijöille.

Osastonhoitaja seuraa osastojen 21L ja 22L henkilöstön osaamista ja varmistaa osaamisen riittävyyden. Osaamisen kehittämisen tarvetta ja koulutustarpeita arvioidaan vuosittain toteutuvien kehityskeskustelujen yhteydessä ja tarvittaessa tiheämmin. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta ja suunnitelma ja mahdollisiin osaamisen vajeeseen pyritään hankkimaan koulutusta. Tarvittaessa suunnitelmaa täydennetään tai muokataan. Osastonhoitaja vastaa sairaanhoitajien ja psykiatrian ylilääkäri lääkäreiden kehityskeskustelujen toteutumisesta ja niiden toteutumista seurataan organisaatiotasolla. Osastonhoitaja seuraa henkilöstön osaamisen kehittämistä myös keskustellen ja sähköisten järjestelmien kautta (ONNI-HR ja Laatuportti/Laitepassit). Työntekijä toimittaa todistuksen koulutusten suorituksista osastonhoitajalle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään (Onni-HR).

Psykiatrian klinikkaryhmässä käytetään koulutettuja kokemusasiantuntijoita. Koordinaatiosta vastaavat Siun Soten kokemusasiantuntijoita koordinoivat henkilöt, jotka myös tarkistavat ko. henkilöiden osaamisen ja koulutuksen.

7.5 Johtamisosaaminen

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

Psykiatrian klinikkaryhmän virkavalinnoissa noudatetaan hyvinvointialueen pätevyysvaatimuksia. Psykiatrian alojen johtaminen vaatii yleisen johtamisosaamisen lisäksi alaan liittyvien erityisten johtamiskysymysten

tuntemusta. Tämän vuoksi ylläikäreille on tarjottu mahdollisuutta osallistua erityisesti psykiatrian johtamiseen suunnattuun johtamiskoulutukseen (Lapin yliopisto ja psykiatriyhdistys). Määräaikaisissa virkatehtävissä (lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa tehtävään soveltuvuus huomioiden. Psykiatrian substanssiosaaminen tukee lähiesihenkilön työssä selviytymistä. Soveltuvuutta ja johtamisosaamista arvioidaan jo työhaastattelussa.

Psykiatrisessa klinikkaryhmässä on hyödynnetty myös Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamisvalmennusta. Johtamisosaamistarve voi olla yksilöllinen ja/tai toiminnallisiin muutoksiin liittyvä, ja sitä arvioidaan esim. kehityskeskustelussa. Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa kehityskeskusteluissa, esihenkilön ja työntekijän itsensä tekemien osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan, että lähijohtamisessa on aikaa priorisoida tärkeysjärjestykseen ja tehdä asetetut tehtävät.

Osastoilla 21L ja 22L johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä ja koulutuksilla. Siun sotessa järjestetään esihenkilöille suunnattua koulutusta ja lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Esihenkilöt suorittavat psykiatrian klinikassa määritellyt esihenkilöille veloitettut koulutukset. Esihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa työn suunnittelulla ja työnjaolla. Osastonhoitaja ja yksikön vastuulääkäri tekevät tiivistä yhteistyötä osaston 22L toiminnan organisoimiseksi. Lisäksi erilaisten tehtävien organisoimisessa ja hoitamisessa tehdään tiivistä yhteistyötä hoitajien kanssa ja hoitajien vastuualueiden mukaisesti (erityisosaamisalueet, hygieniavastaavat, turvallisuusvastaavat, lääkevastaavat jne.). Osastonhoitajalla on työnsä tukena lisäksi osastonhoitajatyöpari toisesta yksiköstä, palvelualueen lähiesihenkilöiden verkosto, organisaation tukipalvelut, ylihoitaja ja palvelupäällikkö. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan esihenkilön toimesta sekä henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Vibe -henkilöstökyselyn, kehityskeskustelujen ja potilaspalautteiden kautta.

7.6 Työhyvinvointi

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

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

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

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

Henkilöstön hyvinvointia seurataan neljä kertaa vuodessa Vibe-henkilöstökyselyllä. Vibe-henkilöstökyselyn tulokset käydään läpi yhdessä henkilöstön kanssa, ja samalla mietitään yhdessä toimenpiteitä työtyytyväisyyden lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Tehtyjä toimenpiteitä seurataan aktiivisesti ja arvioidaan niiden vaikutuksia esihenkilöiden ja työyhteisön toimesta.

Henkilöstöllä on käytössä työhyvinvoinnin lisäämiseksi Siun Soten sisäiset henkilöstöedut, jotka on suunniteltu tukemaan työntekijöiden hyvinvointia ([Henkilöstöedut ja muu palkitseminen](#)) (linkki, sisäinen verkko).

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

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

Työsuojelu on työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintaa, jonka tehtävänä on ylläpitää ja parantaa työturvallisuutta työyksiköissä. Työsuojelutoiminnan perustana on työpaikan työsuojeluorganisaatio ja turvallisuuskulttuuri, joka ilmentää johdon näkemyksiä turvallisuustyön merkityksestä. Sen toteutuminen käytännön työssä edellyttää koko henkilöstön sitoutumista.

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

1) Riskien ennakointi

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

2) Turvallisuushavainnoista oppiminen

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

3) Turvalliset työtavat

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

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat olla haasteellisia monella eri tavalla, niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat vaikuttaa terveydenhuollon yksikön toimintaan, yksittäiseen työntekijään ja vaikutuksia voi olla asiakkaalle/potilaalle itselleen, heidän läheisilleen tai ympäristölle.

Psykiatrisessa hoitotyössä on tunnustettu, että työhön liittyy selkeästi kohonnut väkivallan ja sen uhan riski. Osastoilla 21L ja 22L hoidetaan mm. potilaita, joilla voi olla taustalla usein psyykkisten sairauksien lisäksi päihteiden käyttöä, sekä myös persoonallisuushäiriöitä, jotka voivat vaikuttaa henkilöiden väkivaltakäyttäytymiseen kynnystä alentaen. Osastolla 22L hoidetaan myös akuuttivaiheessa olevia psykoosipotilaita. Psykiatrisessa hoitotyössä törmätään ajoittain tilanteisiin, joissa osastohoidossa oleva potilas on päihtyneenä osastolla. Päihtynyt ja/tai huumeiden vaikutuksen alainen potilas on aina erityinen hoitoaaste.

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

Yksiköille on tehty menettelytapaohje väkivallasta ja sen uhasta. Lisäksi yksiköissä käytetään menettelytapaohjeen mukaisia ennakoinnin ja riskin arvioinnin mittareita. Uhka- ja läheltä piti-tilanteista tehdään ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään.

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

Psykiatrian klinikan toimitiloissa on käytössä hälytintjärjestelmä. Järjestelmä kattaa koko rakennuksen, kaikki osastot, poliklinikat, toimintakeskuksen tilat, liikunta- ja kuntosalin. Laitteiden toimintaa testataan säännöllisesti. Yksikkö voi tarvittaessa hyödyntää sairaalan vahtimestareita henkilöstön työturvallisuuden varmistamiseen. Vakavissa tilanteissa, tai muuten näin arvioitavissa henkilökunta voi hälyttää yksikköön myös poliisin.

Jos yksikössä havaitaan, että varautuminen haastaviin asiakas-/potilastilanteisiin on puutteellista, henkilöstöllä on velvollisuus tehdä havainnoista Laatuportti-ilmoitus ja viedä asia esihenkilön tietoon. Yksikössä käydään läpi haastavia asiakas-/potilastilanteita ja niissä onnistumista. Mikäli havaitaan että toiminnassa on puutteita, niihin puututaan esihenkilön toimesta.

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.

Osastoille 21L ja 22L tullut positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute käsitellään osastotunnilla. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai Laatuporttijärjestelmän kautta.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään myös osastoilla 21L ja 22L.

Yhteenvedo keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) henkilöstöön liittyvistä riskeistä, niidenhallintakeinoista sekä toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Rekrytointihaasteet	Rekrytointiin panostaminen hyvissä ajoin, tulevaa ennakoiden Vaihtoehtoisten keinojen suunnittelu	
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994 • Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) • Valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä • annetun lain muuttamisesta (104/2008) • Osaamisen kehittämisen suunnitelma

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyä sääntelee asiakas- ja potilaslakien lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä eli asiakastietolaki (703/2023, linkki). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa (2016/679, linkki) sekä kansallisessa tietosuojalaissa (1050/2018, linkki).

Siun sotessa tietojärjestelmätoimittajien kanssa tehdyin sopimuksin varmistetaan, että tietojärjestelmissä on käyttötarkoituksen kannalta oikeat toiminnallisuudet ja tarvittavat kansallisten palvelujen integraatiot (mm. Kanta-palvelut) sekä sopimuksissa edellytetään toimittajia huolehtimaan lain mukaisten päivitysten toteuttamisesta tietojärjestelmiin. Siun sotessa on käyty läpi keskeisten järjestelmien käyttöoikeudet (roolipohjainen käytönhallinta), sekä tarkasteltu ja tehty toimenpidesuunnitelma muiden järjestelmien käyttöoikeuksien osalta. Tietojärjestelmäsopimuksissa on lisäksi huomioitu lainsäädännön osalta tietosuojaja tietoturva näkökulmat ja määritelty vastuut sekä poikkeamakäytännöt. Tietojen luotettava ja turvallinen käsittely kaikissa olosuhteissa, tietojen säilyttäminen sekä tietojen hävittäminen varmistetaan jo tietojärjestelmien hankintavaiheessa sekä suunniteltaessa olemassa oleviin tietojärjestelmiin merkittäviä muutoksia. Näissä tilanteissa henkilötietojen käsittelyyn liittyvät riskit ja vaikutukset arvioidaan tekemällä tietosuojan vaikutustenarviointi (DPIA, Data Protection Impact Assessment). Tietosuojan ja tietoturvan toteutumisen seuranta tietojärjestelmien osalta on osa Siun soten sisäistä valvontaa, jota ohjaavat hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojapolitiikka ja -suunnitelma sekä tietosuojan valvontasuunnitelma.

Osastoilla 21L ja 22L on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon käyntitekstit kirjataan. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset. Hajautuksessa olevat lääketieteen opiskelijat seuraavat lääkäreiden työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse.

Hoitotyöntekijät ja erityistyöntekijät kirjoittavat käyntitekstit ammatin mukaiselle lehdelle. Lääkit sanelevat käyntitekstit, jotka sihteeri kirjoittaa PSY-lehdelle lääkärin määrittämän kiireellisyyden mukaan. Osastoilla 21L ja 22L käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käsittelemään myös paperisia potilasasiakirjoja, mutta tuoreet potilasasiakirjat kuten läheteet skannataan ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

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

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja sekä tietosuojaohteistusta. Kaikki työntekijät ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Henkilökunta suorittaa myös tietoturvakoulutukset viiden vuoden välein. Perehdytyksessä painotetaan tietosuoja-asioita. Organisaatiotasolla tehdään lokitarkastuksia ja mahdollisista väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle.

Potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä/oikeus saada tieto hänestä viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista (jollei laissa toisin säädetä). Tarkastuspyynnön voi tehdä sähköisen asiointipalvelun kautta tai Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

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

8.2 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.

Osastoilla 21L ja 22L noudatetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvä lainsäädäntöä. Tietosuojaoselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi (linkki).

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi osastonhoitajan toimesta alkuperehdytyksessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo sekä opiskelijaohjaajien ja esihenkilöiden antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä.

Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation ohjeita ja koulutuksia. Työntekijät ja opiskelijat ohjataan muun muassa perehtymään Organisaation Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan ja tietoturvaan ja tietosuojaan liittyviä ohjeistuksia kerrataan osastokokouksissa. Osastojen 21L ja 22L työntekijät suorittavat organisaation edellyttämät Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset koulutukset 5 vuoden välein. Osastonhoitaja seuraa koulutusten toteutumista.

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

Mikäli osastoilla 21L ja 22L havaitaan tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus, toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Tietosuojarikkeen tai vaarantumisen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta välittömästi omalle esihenkilölleen. Esihenkilö tekee tietosuojaloukkausilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Esihenkilön vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen suorittaa tarvittavat toimenpiteet ja ohjeistaa henkilöstöä ja pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa.

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

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 9.5

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

Tietosuojavastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella henkilötietojen käsittelyä sekä tietosuojasäännösten ja -ohjeiden noudattamista. Tietosuojavastaava neuvoo ja ohjaa henkilöstöä ja asiakkaita tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä. Tietosuojavastaava seuraa lisäksi tietoturvaloukkausten ilmoitusvelvollisuuden toteutumista sekä raportoi hyvinvointialueen johdolle tietosuojan tilasta ja kehittämistarpeista. Tietosuojavastaavan asemasta ja tehtävistä on säädetty EU:n yleisessä tietosuoja-asetuksessa (2016/679, 38–39 art.)

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

[Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](#) (linkki)

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja:

Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, susanna.wilen@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

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

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

<p>Osasto 21 L sekä osasto 22L sijaitsevat keskussairaalan L-talon 1. kerroksessa (sisääntulokerros). Yksiköt sijaitsevat aivan toistensa välittömässä läheisyydessä.</p> <p>Osastolla 21L on 6 potilashuonetta, oleskelu- ja ruokailutilat sekä kylpyhuone ja sauna, joka on yhteinen osaston 22L kanssa. Henkilökunnan käytössä on kansliatila sekä henkilökunnan wc. Henkilökunnan taukotila on yhteinen Tehoavon henkilökunnan kanssa. Lisäksi osastolla on parveke. Kylpyhuoneen pukeutumistilassa on pyykinpesukone ja kuivausrumpu pyykkihuoltoa varten. Potilashuoneet ovat yhden hengen huoneita, joissa on vuode, pöytä sekä oma wc ja suihku. Jokaisessa huoneessa on mahdollista suorittaa kameravalvontaa. Kameravalvontaa suoritetaan vain potilaan suostumuksella. Osastolla 21L ei ole omaa lääkehuonetta, vaan lääkehuone on osastolla 22L.</p> <p>Osastolla 22L on potilashuoneita 13 kappaletta. Huoneista kaksi on kahden hengen huoneita ja loput yhden hengen huoneita. Jokaisella huoneella on omat WC/suihkutilat. Yhteisiä tiloja potilaille osastolla on kaksi päiväsalia, osaston ruokasali ja saunatilat. Osaston ruokasalissa on myös potilaskeittiö, jossa potilaiden on mahdollista keittää kahvia/teetä sekä potilasjääkaappi, jossa potilaat voivat säilyttää pienimuotoisia ruokatarvikkeita. Saunatilat ovat yhteiskäytössä osaston 21L kanssa ja saunavuorot on jaettu sovitusti</p>
--

molemmille osastoille. Osastolla on myös kaksi vastaanottohuonetta, joissa lääkärin vastaanotot tapahtuvat. Lisäksi on osastonhoitajan työhuone, henkilökunnan kanslia, lääkejakohuone sekä henkilökunnan kahvio. Osastolla on yksi monitoimitila, jota voidaan käyttää palaverien, moniammatillisten tapaamisten sekä potilaiden ja heidän läheistensä tapaamisiin. Lisäksi osastolla on siivoustilat, jätahuone sekä potilasvaatevarasto. Näissä tiloissa sijaitsee myös hissi. Kyseisin tiloihin pääsy on vain henkilökunnalla.

Osastojen tiloissa on riittävä valaistus suunniteltu jo tilojen rakennusvaiheessa. Valaistus on suunniteltu käyttötarpeen mukaan vaihdettavaksi, esimerkiksi yöaikaan valaistusta voidaan vähentää ja potilashuoneissa on yö valaistuksen mahdollisuus.

Osastolla 22L potilaat sijoitetaan huoneisiin potilaan tarpeen mukaisesti perustuen potilaan psyykkiseen/somaattiseen tilanteeseen. Kahden hengen huoneisiin potilaiden sijoittelussa otetaan huomioon myös potilaan oma mielipide asiasta.

Osastojen 21L ja 22L toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö on perehtynyt kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti ja osallistuu myös turvallisuuskävelyihin.

Lääkehuoltotiloihin käynti tapahtuu osaston 22L henkilökunnan kansliasta. Pääsy lääkehuoltotiloihin on vain henkilökunnalla, joka on suorittanut lääkeluvat. Lääkehuoltotiloissa tapahtuu lääkkeiden jakaminen ja lääkityksiin liittyvät toimenpiteet. Potilaille lääkkeet annetaan henkilökunnan kansliassa ja mahdolliset muut lääkehoidot (injektiot, ketamiinihoito yms.) annetaan potilaan omassa potilashuoneessa.

Infektiotilanteessa potilashuoneita voidaan muuttaa eristyshuoneiksi. Ilmoitus infektiosta aiheutuvasta eristyksestä tiedotetaan potilashuoneen oveen laitettavalla huomioilmoituksella. Infektiotilanteessa saadaan opastusta infektiohoitajilta.

Tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä joskus voidaan tarvita turvasoluhoidtoa. Turvasolu sijaitsee osaston ulkopuolella ja on myös muiden osastojen käytössä. Turvasolussa on yhteiset tilat sekä eristyshuoneet ja WC- ja suihkutilat. Turvasolua käytetään vain mielenterveyslain ohjaamissa puitteissa potilaan hoidossa psykiatrin arvion perusteella.

Osastojen 21L ja 22L yhteiset tilat ovat kaikkien potilaiden ja henkilöstön käytettävissä. Kanslian tilat ovat vain henkilökunnan käytettävissä tietosuojaankin perustuen, koska kansliassa tapahtuu potilasasiakirjoihin kirjaaminen ja raportointi. Potilaskeittiö on yöaikaan kiinni potilaiden rauhallisen nukkumisen turvaamiseksi. Saunatiloihin pääsy on saunavuoroilla.

Hätäpoistumisreitit on merkitty vihrein opastekyltin ja valaistuksin. Hätäpoistumisreitit ovat vapaana pidettäviä ja tästä huolehtii henkilöstö. Lisäksi hätäpoistumisreitit tarkistetaan turvallisuuskävelyiden yhteydessä.

Osastoilla tilat on merkitty kokonaisuutena opastein. Reitti osastolle on L-talon pääovelta merkitty opastein.

Osastot 21L ja 22L ovat esteettömiä eli osastoille pääsee myös pyörätuolilla ja osastojen tilat ovat esteettömät. Osastoilla on käytössä hissi. Potilashuoneissa, wc:ssä sekä pesutiloissa on huomioitu turvavälinein esteettömyys.

Osastojen toimitiloissa/ympäristössä havaittaviin epäkohtiin ja vaaratilanteisiin on jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla velvollisuus reagoida ja ilmoittaa asiasta eteenpäin. Toimitilojen puutteista ilmoitetaan osastonhoitajalle, joka tekee puutteesta tai viasta korjauspyynnön Kiinteistön vikailmoituksiin. Vikailmoitukseen vastaa tarvittava kiinteistöhuollon esimies, joka ohjaa korjauksen kohteen mukaisesti omalle taholleen. Vaaratilanteista ilmoitusvelvollisuus henkilöstöllä on osastonhoitajalle sekä Laatuporttiin tulee tehdä vaaratilanneilmoitus, jotka käsitellään kohdassa 5.4 kuvatuin menetelmin.

Osastoilla 21L ja 22L kameravalvontaa käytetään yleisten tilojen turvallisuusvalvonnassa, lääkehuoneen turvallisuusvalvonnassa sekä erilaisissa hoidon -ja huolenpidon valvontaa tukevissa tehtävissä. Hoitoa -ja huolenpitoa tukevat kamerat eivät ole tallentavia. Kameroiden valvontakuva saa olla näkyvillä ainoastaan osaston henkilökunnalle. Kameroiden käytöstä on sovittava aina potilaan kanssa erikseen. Pääsääntöisesti kameroiden tulla olla pois käytöstä. Kameravalvonnan järjestämiseen tulee aina olla palvelunjärjestämisen kannalta perusteltu, välttämätön syy. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä, jotka koskevat myös osastojen 21L ja 22L toimintaa. [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki), [Turvallisuusjärjestelmät \(sharepoint.com\)](#) (linkki, sisäinen verkko).

Kulunvalvonta- ja lukitusjärjestelmiä käytetään työntekijöiden, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden hallitun liikkumisen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilaat ja henkilökunta sekä yhteistyökumppanit pääsevät liikkumaan tiloissa mahdollisimman vaivattomasti niiden aukioloaikoina ja tilojen kiinni olo aikana liikkuminen on estetty niiltä, joilla tilaan ei ole pääsyoikeutta. Kulunvalvonnasta potilaita informoidaan heti heidän saavuttuaan osastoille hoitojaksolle henkilökunnan toimesta. Kameravalvonnasta sekä kulunvalvonta- ja lukitusjärjestelmistä vastaa Siun Soten turvallisuuspäällikkö.

Hälytys- ja ilmoitinjärjestelmät valvovat henkilöiden ja kiinteistöjen turvallisuutta. Hälytyksen tullessa siihen vastataan mahdollisimman pian jonkin henkilön tai henkilöryhmän toimesta. Henkilöturvajärjestelmän avulla henkilö tai henkilöryhmä saa apua vaaran uhatessa. Hälytys tapahtuu manuaalisesti käyttäjän toimesta erillisellä hälyttimellä.

Automaattinen paloilmoinjärjestelmä on tekninen järjestelmä, jonka tehtävänä on havaita tulipalo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti eteenpäin hätäkeskukseen ja

paikalla olevalle henkilökunnalle. Lisäksi ilmoitus välitetään tekniselle henkilökunnalle ja keskussairaalassa vahtimestareille. Sammutusjärjestelmän tehtävänä on pyrkiä sammuttamaan havaittu tulipalo. Sammutusjärjestelmänä on vesisprinklerijärjestelmä, joka toimii osastoilla automaattisesti.

Henkilökunta on perehtymisjaksolla perehdytetty hälytys- ja kutsulaitteiden, kulunvalvonnan ja kulunvalvontakameroiden sekä murto- ja palosuojauksen toimintaan ja käyttöön. Siun sotessa järjestetään myös henkilökunnalle koulutusta laitteiden käytöstä ja osallistuminen koulutuksiin mahdollistetaan henkilökunnalle.

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

Jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla on velvollisuus havaitessaan puutteita/vikoja tai vaaratilanteita hälytys- ja kutsulaitteiden, kulunvalvonnan ja kulunvalvontakameroiden toiminnassa sekä murto- ja palosuojauksessa ilmoittaa havainnoistaan. Ilmoitukset tehdään osastonhoitajalle ja tarvittaessa kutsutaan laitteiden ja järjestelmien huolto korjaamaan vikoja ja lisäksi tehdään ilmoitus laitteiden valmistajille. Vaaratilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin, jotka käsitellään luvun 5.4 mukaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Pelastussuunnitelmat - linkit • Poistumisturvallisuus opas • Yksikön paloturvallisuusohje • Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystietojärjestelmän kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri • Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta

		<p>onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	--

9.2 Etä- ja digipalvelut

Etä- ja digipalvelut lisäävät palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee arvioida, soveltuuko annettava palvelu/hoito toteuttavaksi etäpalveluna ja soveltuuko asiakas/potilas etäpalvelun käyttäjäksi.

Osastoilla 21L ja 22L käytetään seuraavia etä- ja

digipalveluita:<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedonhallinta/SitePages/Etakaynti.aspx>

Etäkäynti linkki: Etäkäynnillä tarkoitetaan puhelin- ja videovälitteistä käyntiä, joka korvaa asiakkaan vastaanottokäynnin ammattilaisen luona tai ammattilaisen käynnin asiakkaan luona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja etäkäyntiyhteydet ovat suojattuja. Etäkäynnille tarvitaan potilaan antama lupa. Osastolla 22 L käytetään etävastaanottoja esim. potilaiden jatkohoitoa järjestettäessä tai sovittaessa sekä hoidon koordinoinnissa. Etävastaanotto toteutetaan Teams-välitteisesti tai puhelimitse ja ne sovitaan hyvissä ajoin etukäteen.

Omaolo linkki: Potilaita ohjataan käyttämään palvelua somaattisten vaivojen ongelmassa sekä oirekyselyjen tekemisessä.

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

siunsote.fi linkki: Potilaita ohjataan etsimään tietoa Siun soten palveluista sivuston kautta.

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

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

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

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

Potilaalle kerrotaan tietoturvasta ja tietosuojasta Teams etäkäynneillä. Microsoft Teamsin tietoliikenneyhteys on salattu. Kutsulinkki lähetetään suojattuna sähköpostina ja potilas avaa sähköpostin tekstiviestillä saamallaan PIN-koodilla. Kutsussa voidaan käyttää myös potilaan henkilötunnusta, jolloin potilas avaa kutsulinkin Suomi.fi-tunnistautumisella (esim. pankkitunnukset). Potilaalta varmistetaan, kumpaa tapaa hän haluaa käyttää. Potilaan koko nimeä ja henkilötunnusta ei kirjata Teamsiin etäkäynnin aikana.

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

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

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

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

Osastoilla 21L ja 22L on laadittu oma digisuunnitelma ja osastoilla toimii digimentori. Digimentori on suorittanut digimentorille suunnatun verkkokurssin, jonka jälkeen voi toimia yksikkönsä digimentorina.

Digimentori tukee yksikön henkilöstöä sähköisten palveluiden, - järjestelmien ja digitaalisten välineiden käytössä. Digimentori huolehtii omien digitaitojen ylläpitämisestä ja kehittämisestä.

Yksikön henkilöstö toimii yksikkökohtaisen digisuunnitelman mukaisesti käyttäessään sähköisiä palveluita ja - järjestelmiä sekä digitaalisia välineitä. Henkilöstö huolehtii oman digiosaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Henkilöstö pitää omat tunnukset ja salasanansa ajan tasalla. Henkilöstö tunnistaa Siun soten ja kansalliset sähköiset palvelut sekä hyödyntää omassa työssään niitä sähköisiä palveluita, jotka tukevat oman yksikön toimintaa.

Potilaita ohjataan käyttämään digitaalisia palveluja, rekisteröitymään käyttäjäksi ja esitellään mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden käytävissä olevat toiminnot. Ohjausta annetaan vastaanottokäyntien yhteydessä ja puhelimitse. Lisäksi ajanvarauskirjeissä postitetaan digitaalisten palvelujen esite ja käytävissä on organisaation yleinen digituki, Pohjois-Karjalan maksuton digituki, ohjevideot ja digitukitilaisuudet [Digitaaliset palvelut - siunsote.fi](#) (linkki).

Mikäli potilas ei käytä digitaalisia palveluja, mahdollistetaan samat toiminnot ja annetaan sama informaatio potilaalle puhelimitse, vastaanottokäyntien yhteydessä ja kirjallisesti.

Osastonhoitaja vastaa yksikkökohtaisen digisuunnitelman valmistumisesta, toteuttamisesta ja päivittämisestä yhdessä digimentorin kanssa. Osastonhoitajan tehtävänä on mahdollistaa yksikön henkilöstön digitaitojen kehittyminen.

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

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistaminen	Potilaan henkilöllisyyden varmistaminen	<ul style="list-style-type: none"> Siun Soten ohjeistuksen noudattaminen: Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle (linkki, sisäinen)

Henkilöstö tai potilas ei osaa käyttää etävastaanottoon käytettäviä laitteita	Osaston digimontoritoiminta	

9.3 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveysthuollon laitteita ovat kaikki laitteet, tarvikkeet, instrumentit ja ohjelmistot, jotka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vammaan diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

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

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

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

Psykiatrian klinikan laitehuollosta vastaavat Siun soten lääkintälaittehuolto ja laitevalmistajat. Meita hallinnoi atk- laitteiden laiterekisteriä, mikä löytyy Meittari itsepalveluportaalista. Siun soten laitevastaavat huolehtivat laitteiden käytöstä, vaihdoista ja käyttäjämuutoksista. Laitehankinnat tehdään Siun soten hankinta-asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä hankintaohjeistuksen mukaisesti. Esihenkilö huolehtii uusien laitteiden ilmoittamisesta lääkintälaittehuoltoon. Laitehuollosta vastaavat pääsääntöisesti laitevalmistajat. Yksikön hoitohenkilöstö vastaa laitteiden toimittamisesta huoltoon samoin huoltomiehen kutsumisesta tarvittaessa paikalle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden käyttökoulutusta antavat mm. laitetoimittajat ja laitevastaavat omassa yksikössään. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöön. Perehdytys toteutetaan käytön opastuksena ja oppimisen tukena käytetään verkkokurseja, koulutuksia ja käyttöohjeita. Perehdytyksen tukena on myös Digitaaliset laitepassit organisaation ohjeen mukaisesti. Perehdytykseen ja laitepassien suorittamiseen kuuluu laitteen peruskäytön hallinta, erityistilanteissa/vikatilanteissa toimiminen, laitteen puhdistus- ja huoltotoimet sekä laiteturvallisuus. Osaamista ylläpidetään säännöllisellä koulutuksella. Osaamista varmistetaan koulutusten, verkkokurssien, laitepassien, käytännön harjoittelun ja näyttöjen turvin.

Yksikössä käytössä olevista laitteista löytyy suomenkieliset käyttöohjeet. Henkilöstön käytettävissä on ajantasainen kemikaaliluettelo ja käyttöturvallisuustiedotteet sähköisessä muodossa. Laitteiden kirjalliset suomenkieliset käyttöohjeet säilytetään siinä yksikössä, missä laite on käytössä. Henkilöstö seuraa laitteiden ja tarvikkeiden toimintaa jatkuvasti työn lomassa. Mikäli häiriöitä havaitaan laitteen toiminnassa, kutsutaan huolto paikalle tai poistetaan viallinen laite käytöstä.

Osastojen 21L ja 22L toiminnan kannalta kriittisiä laitteita ovat harvoin, mutta hätätilanteissa tarvittava defibrillaattori. Kriittisten laitteiden osaaminen varmistetaan ensisijaisesti. Perehdytystä antavat kokeneet työntekijät ja laitevastaavat. Defibrillaattorin käyttöä kerrataan vuosittain elvytyskoulutuksen yhteydessä. Osastonhoitaja seuraa ja vastaa henkilöstön riittävästä laiteosaamisesta. Laitepassien suoritukset dokumentoidaan Laatuportti-järjestelmään ja kriittisten laitteiden osalta käytännön koulutuksiin osallistuminen dokumentoidaan Laatuporttijärjestelmään tai esihenkilöiden käytössä oleviin tiedostoihin. Kriittisten laitteiden osalta potilaan hoito turvataan varalaitteiden ja nopean huoltovasteen avulla huolto- ja häiriötilanteissa. Sairaalassa kriittiset laitteet ovat kytkettyinä varavoimaan ja toimivat myös sähkökatkon sattuessa.

Potilaat on ohjeistettu ensisijaisesti ottamaan yhteyttä joko osastoon 21L tai 22L mahdollisten terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä. Osastojen 21L ja 22L henkilöstö selvittää tilanteen laitetoimittajan kanssa ja tekee tarvittavat ilmoitukset Laatuporttiin ja Fimealle.

Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet tulee ilmoittaa Laatuporttiin mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa.

Yksikön esihenkilön tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan. Ilmoitukset laitteen toimittajalle/jakelijalle sekä Fimeaan tehdään Laatuportin kautta.

Henkilöstöä on ohjeistettu toimintaan terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä lopettamalla vaaralliseksi tai vialliseksi havaittavien laitteiden käyttö heti. Laitteiden vioista ja vaaratilanteista laitteiden kanssa tulee viipymättä ilmoittaa esimiehelle sekä tehdä

Laatuporttiin ilmoitus. Toimintaohjeet on koottu osaston turvallisuuskansioon, jota käytetään henkilöstä perehdytettäessä osaston toimintaan.

Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Kyllä

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuhenkilö: Kyllä / Ei

Ammattimaisen käyttäjän vastuhenkilö: potilasturvallisuuspäällikkö Heli Heikkinen, heli.heikkinen@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje • Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje • Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje • Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) -tietojärjestelmäohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa

		<ul style="list-style-type: none"> • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella jokainen lääkehoitoa toteuttava palveluyksikkö laatii oman lääkehoitosuunnitelman. Lääkehoitosuunnitelmat pohjautuvat Siun soten Lääkehoidon oppaaseen, jonka perustana toimii STM:n opas ”[Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen](#)”(linkki). Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan konkreettisesti, miten lääkehoitoa kyseisessä palveluyksikössä toteutetaan ja mitä riskejä lääkehoidon toteuttamiseen liittyy. Suunnitelmassa kuvataan palveluyksikön lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako. Lääkehoitosuunnitelman ajantasaisuutta ja asianmukaisuutta arvioidaan osana omavalvontaa.

Osastoilla 21L ja 22L on omat lääkehoitosuunnitelmansa. Lääkehoitosuunnitelmissa on kuvattu yksiköiden lääkehoitoprosessi kokonaisuudessaan, vastuut ja velvollisuudet, vaara- ja poikkeamatilanteissa toimiminen ja esimerkiksi henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoidonsuunnitelma on nähtävillä osastojen lääkejakohuoneessa sekä osastojen Teams tiedostoista suunnitelma on henkilöstön luettavissa. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmat löytyvät intranetin Tiedostopankista. Osastojen lääkehoitosuunnitelmat laativat osastonhoitaja, osastojen lääkevastaavat, osastofarmaseutti sekä lääkäri ja laatiminen on kaikkien lääkehoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Osastojen lääkehoitosuunnitelmat hyväksyy ylihoitaja sekä palvelupäällikkö. Lääkehoitosuunnitelmat päivitetään kerran vuodessa lääkevastaavien, lääkärin, osastonhoitajan sekä osastofarmaseutin toimesta. Lääkehoitosuunnitelman päivittämistä seuraa osastonhoitaja sekä osastofarmaseutti.

Henkilöstölle kerrotaan lääkehoitosuunnitelman tekemisestä sekä päivittämisestä. Henkilöstö on velvollinen kertomaan puutteista sekä muuttuneista tiedoista suunnitelmassa. Lääkehoidon suunnitelman päivityksestä sekä muista lääkehoitoon liittyvistä asioista ja muutoksista tiedotetaan henkilöstöä osastotunneilla sekä sähköpostitse.

Lääkehoidon suunnitelman toteutumisesta vastaa osastonhoitaja ja lääkäri sekä koko henkilöstö. Henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan osastonhoitajalle sekä tekemään tarvittaessa suunnitelman vastaisesta toiminnasta Laatuportti ilmoituksen.

Lääkehoitoon osastoilla 21L ja 22L osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat. Opiskelijat osallistuvat potilaiden lääkehoitoon yhdessä nimetyn ohjaajansa ohjauksessa. Mikäli opiskelija ei olisi jostain syystä suorittanut lääkehoidon opintoja, ei hän voi osallistua lääkehoitoon.

Potilaan käytössä oleva lääkitys tulee selvittää ja päivittää potilastietojärjestelmän lääkityslistalle joko lääkärin, hoitajan tai farmaseutin toimesta. Lääkäri huolehtii potilaan lääkityslistan ajantasaisuudesta sekä antaa selkeät lääkemääräykset ja kirjaa lääkemääräykset. Lääkäri vastaa potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta.

Lääkemääräyksiä antavat lääkärit (ml. 4 vuosikurssin opinnot suorittaneet lääketieteen kandidaatit). Lääketieteen harjoittelijat (amanuenssit) voivat kirjata lääkemääräyksiä lääkelistalle ohjaavan lääkärin alaisuudessa, mutta he eivät voi tehdä reseptejä.

Lääketilauksen tekee lääkeluvallinen sairaanhoitaja ja lääkkeet tilataan sairaala-apteekista. Lääkkeiden jakamisesta osastoilla huolehtii iltavuoron hoitaja. Lääkkeet jaetaan päivädosettiin seuraavan päivän iltapäivään (klo14) asti. Lääkkeen dosettiin jakanut hoitaja ei yleensä anna potilaalle lääkettä, vaan toinen hoitaja tekee sen, näin turvataan kaksoistarkastuksen toteutuminen.

Lääkityksen hyödyistä ja mahdollisista haittavaikutuksista kertoo lääkityksen aloittava lääkäri potilaalle. Potilaan oma vuorokohtainen hoitaja antaa tarvittaessa potilaalle lääkehoidon ohjausta. Tietoa lääkkeistä, haitoista/hyödyistä annetaan sekä suullisesti, että kirjallisesti. Ohjaamiseen osallistuvat kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät lääkehoidon parissa. Tarvittaessa potilaalle tulostetaan Terveystieteen lääketietokannasta potilasopas kyseisestä lääkkeestä.

Kaikki vakituisen työsuhteeseen tulevat ja sijaiset perehdytetään lääkehoitoon. Perehdytyksen pohjana käytetään yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja lääkehoitosuunnitelman liitteenä olevaa koko Siun sotessa käytössä olevaa ”perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake yksikön lääkehoitoon ja -huoltoon” -lomaketta. Perehdytyksestä huolehtivat yksikön lääkevastaavat. Osastonhoitaja ilmoittaa osaston lääkevastaaville, milloin uusi hoitaja on aloittamassa yksikössä. Lääkevastaavat sopivat perehdytettävän kanssa, milloin perehdytys pidetään ja perehdytettävä merkitsee tämän työvuorolistaan. Lääkevastaava ja perehdytettävä käyvät lomakkeen mukaiset, sekä yksikön käytännön lääkehoitoon liittyvät asiat läpi sopien yhdessä perehdytyksen jaksottamisesta siten, että oppimisen kannalta perehtymiseen voidaan käyttää riittävästi aikaa. Perehdytys tapahtuu rauhallisessa paikassa (lääkehuone, monitoimihuone yms). Perehdytyksessä käydään läpi mm. osaston erityispiirteet, käytännöt arjessa, kuka vastaa mistäkin ja miten toimitaan yleisimmissä poikkeustilanteissa. Tämän jälkeen esitellään osaston lääkehuone ja sen käytänteet. Perehdytettävä ja perehdyttävä yhdessä täyttävät perehtymisen seuranta lomaketta.

Perehdytyksen loputtua perehdytetty hoitaja näyttää perehdytyksen seurantalomakkeen osastonhoitajalle, allekirjoittaa sen ensimmäisen sivun (myös esihenkilö allekirjoittaa) ja tämä jää esihenkilön säilytettäväksi. Muun perehdytyslomakkeen työntekijä säilyttää itsellään. Osaamista seurataan seuraamalla työn laatua ja turvallisuutta. Näitä seurataan mm. PaTu-ilmoitusten perusteella.

Lääkehoitoon perehtyminen ja lääkelupaprosessi alkavat heti työsuhteen alkaessa ja tarvittavat luvat tulee suorittaa viimeistään 2kk kuluessa. Osastonhoitajat suorittavat oman työyksikkönsä vaatimusten mukaiset Siun soten Lääkeverkko -opinnot. Siun sote järjestää henkilöstölle lääkehoidon yleisiä tenttitilaisuuksia, ilmoittautuminen tapahtuu ONNI-koulutuskalenterin kautta. Tenttejä voi tehdä myös osastolla, josta sovitaan

esihenkilön kanssa. Tentin valvojana voi toimia osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö, esim. osastofarmaseutti. Näyttöjen vastaanottajan tulee olla laillistettu ammattihenkilö, joka suorittaa lääkehoitoa osastolla ja hänellä on lääkeluvat voimassa. Kun työntekijä on suorittanut näytöt, hän huolehtii, että lääkelupa-asiakirja on osastonhoitajan allekirjoitettavana, samoin mikäli asiakirjaan tarvitaan osaston lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus. Lääkelupa-asiakirjat allekirjoitetaan Siun soten ohjeiden mukaisesti ja merkitään Onni HR -ohjelmaan.

Mielenterveyshoitajilla ja lähihoitajilla on erityislupa antaa pkv-lääkettä (loratsepaami) injektiona. Samoin heillä on erityislupa toteuttaa N-lääkehoitoa luonnollista tietä. Luvan myöntää toimintayksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri. Erityislupa kirjataan hoitajan lääkelupa asiakirjaan.

Lääkehoidon vaikutukset kirjataan potilastietojärjestelmään Hoitotyönmerkintöihin komponentteja käyttäen. Lääkäri kirjaa lääkehoidon vaikutuksen potilastietojärjestelmään PSY-lehdelle. Merkittävät lääkityksestä aiheutuneet haitat tai huomioitavat riskit merkitään Riskitiedot-lehdelle. Hoitohenkilökunta seuraa lääkityksen vaikutusta potilaaseen ja kirjaa tehdyt havainnot potilasasiakirjoihin sekä tiedottaa havainnoista lääkärille.

Henkilöstö on velvollinen raportoimaan mahdollisista haittatapahtumista Laatuportti-ohjelmaan ja esimiehelle. Esimiehen velvollisuus on puolestaan käsitellä Patu-ilmoitukset ja varmistaa korjaavien toimenpiteiden toteutuminen. Esimiehen tulee puuttua epäkohtiin ja mahdollisiin osaamistarpeisiin sekä varmistaa riittävä osaaminen työvuoro- ja työnjakojärjestelyillä sekä järjestämällä perehdytystä ja mahdollisuus osaamisen päivittämiseen.

Vaaratapahtumat kirjataan potilastietojärjestelmään, mikäli se tapahtui potilaalle sekä tapahtumasta tehdään Laatuportti-ilmoitus, jonka käsittelee esimies. Esimies laittaa tapauksen mukaisesti tietoa eteenpäin. Lisäksi vaaratapahtumasta ilmoitetaan hoitavalle tai päivystävälle lääkärille, joka ohjeistaa tarvittavat hoito- ja seurantatoimenpiteet. Mikäli vaaratapahtuma tapahtuu potilaalle, kerrotaan siitä viipymättä hänelle. Osastolla henkilökunnalle tapahtuvista, tai läheltä piti- tapahtumista menee tieto Laatuportti- ilmoituksen kautta esimiehelle. Hän reagoi siihen asiaan kuuluvalla tavalla ja tilanteet käsitellään henkilöstön kanssa.

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

Myrkytystietokeskuksen tiedot ovat nopeasti saatavilla internetistä. Henkeä uhkaavassa tilanteessa soitetaan hätäkeskukseen ja ensihoito toimittaa potilaan jatkohoitoon.

Lääkehoidon vaaratapahtumia seuraa yksikössä Laatuportti-järjestelmän kautta yksikön osastonhoitaja, jolle Laatuportti-ilmoitukset menevät sekä kliinikkatasoisesti psykiatrian klinikan osastofarmaseutti ja potilasturvallisuusyhdyshenkilö, jotka näkevät kaikki lääkehoitoa koskevat ilmoitukset. Vastuu ilmoitusten käsittelystä on yksikön esimiehellä.

Potilasta ohjeistetaan aina ongelma- ja tyytymättömyystilanteissa tuomaan asia ensinnäkin yksikön esimiehen tietoisuuteen. Potilaalle informoidaan myös mahdollisuus antaa palautetta Siun soten nettisivujen kautta (QPro-palvelu, yksikön esimies käsittelee). Potilasta ohjeistetaan mahdollisuudesta ottaa yhteyttä potilas- ja sosiaaliammiehen, jonka yhteystiedot löytyvät joka yksikön ilmoitustaululta.

Kaikki yksikköä koskevat Laatuportti- ja QPro-ilmoitukset sekä muut palautteet käsitellään yksikön esimiehen johdolla, joko yksittäisen työntekijän kanssa tai esimiehen arvioimalla laajuudella. Arvionsa mukaisesti esimies voi laittaa asian ylemmälle tasollekin tiedoksi/saada käsittelyyn lisätukea ylemmältä tasolta.

Potilailta ja omaisilta saadut palautteet myös lääkehoidon osalta tulee aina käsitellä omaa toimintaa kriittisesti arvioiden, jotta pystyttäisiin toimimaan mahdollisimman turvallisesti ja lisäämään asiakaslähtöisyyttä hoidossa. Lääkehoidossa tapahtuvasta poikkeamasta kertoo potilaalle joko yksikön lääkäri tai hoitaja.

Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla on vastuu toiminnan kehittämisestä ja parantamisesta. Havaitessaan epäkohtia, niihin on puututtava tai vähintäänkin informoitava esimiestä. Kokonaisvastuu yksikön lääkehoidon turvallisuudesta on kuitenkin yksikön esimiehellä ja yksikön lääkärillä.

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: 17. 1. 2025

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Osaston ylilääkäri Ari-Pekka Koistinen,

ari-pekka.koistinen@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastonhoitaja Hanna Lappalainen, hanna.lappalainen@siunsote.fi, 013 3303190

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monisairaat ja lääkityt potilaat, joilla lääkelista ei ole ajantasainen tai potilas ei kerro kaikista käyttämistään lääkevalmisteista	Tarkennetaan lääkitystä koskeva anamneesi suullisesti yhdessä potilaan kanssa ennen lääkehoidon aloittamista	Pyritään yhteydenoton tullessa päivittämään lääkelista

Lääkeaine yliherkkyydet	Huolellinen anamneesi, Riskitietojen ajan tasalla pitäminen	Kirjataan riskitietoihin
Lääkeaineiden aiheuttamat haittavaikutukset (pitkävaikutteiset injektiot)	Lääkevalmistajan ohjeiden mukainen seuranta injektion antamisen jälkeen, injektioapaikan valinta	Zypadhera-injektiossa 3h seuranta antamisen jälkeen. Injektioapaikan kirjaaminen tarkasti potilastietojärjestelmään.
Lääkeaineiden väliset yhteisvaikutukset / riskilääkkeet	Lääkehoitosuunnitelmassa lista riskilääkkeistä	Perehdytysvaiheessa käytävä läpi työntekijän / opiskelijan kanssa
Samalta näyttävät ja kuulostavat lääkkeet (näköisnimiset lääkkeet, LASA-lääkkeet)	Pyritään pitämään erillään toisistaan	Perehdytysvaiheessa käytävä läpi työntekijän / opiskelijan kanssa Lääkehoidon opas (2022) luku 3.3

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta palvelua ja hoitoa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatautiin ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Infektioiden torjuntayksikkö tarjoaa toimintayksiköille näyttöön perustuvia työ- ja potilasohjeita, ammattilaisten koulutusta ja infektioiden ja tartuntatautiin seurantamalleja, joiden avulla toimintayksiköt voivat varmistaa asiakkaidensa ja potilaidensa infektio- ja tartuntaturvallisuutta, varmistaa toiminnan asepiikkua sekä ehkäistä jatkotartuntoja.

Infektioiden torjuntaan liittyvissä kysymyksissä voidaan olla yhteydessä infektioiden torjuntayksikköön:

- Konsultoiva hoitaja p. 013 331 300 (arkisin 9–13)
- Sähköpostilla: hygieniahoitaja@siunsote.fi

Infektioiden torjuntatoimien omavalvontaa suoritetaan Laatuportissa olevan lomakkeen avulla, lisäksi siellä käydään myös käsihuuhdesaatuuden arviointi läpi. Tarkempaa seuranta infektioista tehdään prevalenssi tutkimuksella kaksi kertaa vuodessa. Prevalenssitutkimus on sairaalainfektioiden seurantamenetelmä, joka kuvaa tutkimushetkellä sairaalainfektioita sairastavien potilaiden osuutta. Prevalenssitutkimus toteutetaan osastojen 21L ja 22L hygieniavastuuhenkilöiden toimesta hygieniahoitajien seurannassa.

Yksiköissä noudatetaan infektiotorjuntayksikön antamia ohjeistuksia. Ohjeistukset sisältävät ohjeita henkilökunnan, välineiden, siivouksen sekä potilastyöskentelyn hygieniaan. Henkilöstö perehdytetään infektioiden torjuntaan. Henkilöstön perusrokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja perusrokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa. Sairaalassa toimii hygieniahoitaja, jolta voidaan saada pyydettyä opastusta infektioiden torjunnassa.

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

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

Käsihuhteita on tarjolla henkilöstölle ja potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu käytettävyys. Psykiatrian klinikkaryhmässä käsihuhteiden sijoittelussa ja saatavuudessa on kiinnitetty huomiota potilas- ja työturvallisuuteen. Kirurgista suu-nenäsuojaa käytetään Siun soten infektiotyöskentelyn ohjeiden mukaan, esim. henkilökunnan altistuttua infektiolle, ja aina potilaan niin toivoessa.

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

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

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

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

<p>Tilojen yleisestä siisteydestä vastaa Pohjois-Karjalan tukipalvelut oy, Polkka. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä.</p> <p>Infektioherkkinä aikoina yksikön usein kosketukselle altistuvia puitteita, kuten ovenkahvat ja näppäimistö, siivousta on tehostettu tarjoamalla henkilökunnalle puhdistukseen tarkoitettuja desinfiointiliinoja. Henkilökunta on ohjeistettu yleisessä käytössä olevien kohtien puhdistamiseen.</p> <p>Tiloissa olevia huonekaluja pestään säännöllisesti ja aina tarvittaessa. Henkilökunta voi pyytää tekstiilien pesua tekemällä laitoshuollon palvelupyynnön tai ilmoittamalla asiakasta esihenkilölle.</p> <p>Yksikön tilojen ulkopuolella samassa kerroksessa on oma jätehuone, missä jätteet lajitellaan asianmukaisesti.</p> <p>Päivittäisestä toiminnasta poikkeavissa kysymyksissä hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön osaamista.</p> <p>Osastojen hygieniatasoa seurataan ja tarvittaessa ollaan yhteydessä puhdistuspalveluihin.</p>
--

<p>Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Infektioiden torjunta		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> Lukuisat infektio- ja torjuntayksikön ohjeet löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) (linkki, sisäinen verkko) Jäteohje 2023 (linkki, sisäinen verkko)
--	--	--

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien ulkopuolelle jäävät asiakkaiden ja potilaiden hoitoa tai palvelua koskevat ohjeistavat asiakirjat, joilla varmistetaan palveluyksikön laatua ja turvallisuutta. Tällaisia asiakirjoja ovat esimerkiksi työohjeet, asiakas- ja potilasohjeet, erilaiset suunnitelmat sekä palvelu- ja hoitoketjukuvaukset.

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Työohjeiden ajantasaisuus	Ajantasainen työohjeiden päivitys	

Tulostetut työohjeet	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma
----------------------	--	--

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

<p>Osastot 21L ja 22L toimivat yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Organisaation sisäisesti osastoilla työskennellään tiiviisti yhteistyössä myös sosiaalihuollon kanssa. Yksiköissä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan yksikkö ja klinikkaryhmä kohtaisesti.</p> <p>Osastojen 21L ja 22L työntekijät suorittavat organisaation pakolliset asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Psykiatrian klinikkaryhmällä on myös oma koulutussuunnitelma, jonka mukaiset lisäkoulutukset osastojen työntekijät suorittavat. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Näitä ovat esimerkiksi Aluehallintovirasto (AVI) ja Fimea.</p> <p>Yhteistyötä turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa seurataan palautteiden avulla. Mikäli toimintaa on tarpeen mukaan muutettava, ollaan yhteydessä muutoksen kannalta keskeisiin toimijoihin.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa		<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)(linkki) Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18–21 § (linkki)
Osaston tilojen turvallisuus	Turvallisuuskävelyt ja riskienarviointi.	

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.

Osastoille 21L ja 22L on laadittu turvallisuussuunnitelma ja sitä päivitetään vuosittain. Esihenkilö vastaa turvallisuussuunnitelman päivittämisestä ja laatisesta. Turvallisuussuunnitelma on päivitetty vuonna 2025. Turvallisuussuunnitelma löytyy yksiköiden turvallisuuskansiosta sekä tiedostokansiosta. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuussuunnitelmaan heti työsuhteen tai työharjoittelun alussa yksiköiden esihenkilöiden ja turvallisuusvastaavien toimesta. Yleiseen turvallisuuteen liittyviä asioita kerrataan yksiköissä säännöllisesti.

Osastojen 21L ja 22L riskienarviointi tehdään vuosittain Laatuportissa.

Osastoilla 21L ja 22L on turvahälyttimiä jokaisessa vastaanottohuoneessa, toimistoissa sekä muissa tiloissa. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti erillisen ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti.

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

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen ja valmiuteen liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius		Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje <ul style="list-style-type: none"> • Tarkastuslista varautuminen sähkökatko • Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinnälliset laitteet -ohje • Suuronnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Osastojen 21L ja 22L tilojen terveellisyteen vaikuttavat asiat tunnistetaan Laatuportti-järjestelmään kirjattavassa riskienarvioinnissa vuosittain tai toiminnan muuttuessa. Yksikköjen osastonhoitaja vastaa, että yksikön riskienarviointi tehdään/päivitetään vuosittain. Jos henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta tulee ilmi tilojen terveellisyteen liittyviä havaintoja, niihin reagoidaan ja selvitetään asia. Mikäli tiloihin liittyviä riskejä havaitaan, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Tilojen terveellisyteen liittyviin riskeihin puututaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimitilojen terveellisyys	Riskienhallinta Laatuportissa	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje • Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri

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.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistamatta jääminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus potilaan tunnistamiseksi	<ul style="list-style-type: none"> Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

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

Osastoilla 21L ja 22L kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat suorittavat Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutuksen. Suoritettava taso määräytyy työpisteen tehtävien, osaamisvaatimusten ja käytettävissä olevien tutkimus- ja hoitovälineistöjen mukaisesti. Psykiatrian klinikassa aikuisten vuodeosastot kuuluvat taso 3:een ja lasten ja nuorten vuodeosastot, poliklinikat sekä erityistyöntekijät kuuluvat taso 4:ään.

Koulutukseen kuuluu verkkokurssi [Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys 2023 \(verkkarit.fi\)\(linkki\)](#) sekä simulaatioharjoitus.

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

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

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

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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Asiakas/potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhtäaikaaisesti. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi asiakkaan/potilaan kannalta toimiva, turvallinen ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan palvelunantajien välistä yhteistyötä. Tämä edellyttää toimivaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Hoidon ja palvelun jatkuvuus ja tiedon siirtyminen tulee turvata tilanteissa, joissa asiakkaat/potilaat liikkuvat eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja palveluyksiköiden välillä.

Osastojen 21L ja 22L keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden avohoidon yksiköt, psykiatrian osastot, yhteispäivystys, Ylioppilaiden terveydenhoito säätiö (YTHS), Pohjois-Karjalan kriisikeskus, laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut, erikoissairaanhoidon vuodeosastot ja toimenpideyksiköt, sosiaalityöntekijät, ravitsemusterapeutit sekä fysioterapeutit.

Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti ja ajantasaisesti. Yksiköissä on käytössä tarkastuslista, jossa käydään läpi hoitokokonaisuus saapumisvaiheesta uloskirjoitusvaiheeseen, jokaiselle toimijalle on omat vastualueet määritelty. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmässä hoito-ohjeilla ja määräyksillä, eri asiantuntijoiden kirjauksilla, konsultaatioilla, työviesteillä ja sanomajakelulla sekä tämän lisäksi suullisella raportoinnilla. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy osastolta 21L tai 22L muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen. Työntekijöiden monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä.

Mikäli herää huoli asiakkaan/potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta, tehdään yksiköissä huoli-ilmoitus.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys		<ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) Laki hyvinvointialueesta (611/2021) (linkki) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Sosiaali- ja terveysministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus • Yhteisasiakasohjaus -työohje • ISBAR taskukortti(linkki, sisäinen verkko) • ISBAR vastaanottolomake
--	--	--

10.4 Kivunhoito

Asianmukainen eli tehokas ja oikea-aikainen kivunhoito on jokaisen asiakkaan/potilaan perusoikeus koko palvelu- ja hoitoprosessin ajan. Kivunhoidon perusta on asiakkaan/potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta.

Potilaan kipukokemusta arvioidaan keskustelun ja non-verbaalisen viestinnän avulla osastohoidon aikana. Hyvä keskusteluyhteys potilaan kanssa sekä rauhallinen ja turvallinen hoitotilanne lieventävät kivun tuntemusta. Hyvän vuorovaikutustilanteen tunnusomaisena piirteenä potilaalla on tunne, että kipua ei tarvitse lähtökohtaisesti kestää, vaan kipua lievennetään potilaan niin halutessa. Potilas saa tarvittaessa suullisesti tai kirjallisesti kivunhoito-ohjeita ja tarvittaessa kipulääkitystä osaston lääkärin määräyksestä. Tarvittaessa voidaan konsultoida kivunhoidossa kipupoliklinikkaa tai fysioterapeuttia. Potilaan kanssa keskustellen selvitetään kivun voimakkuutta ja esitetään potilaalle tarkentavia kysymyksiä kipukokemuksesta. Tyypillisimmin potilaalta tarkistetaan mm: missä kipu tuntuu, onko kyseessä kipu, johon särkylääke auttaa, provosoituuko kivun tunne jostain, onko kipu vihlova vai jomottavaa, onko kipu jatkuvaa vai hetkittäistä, voimistuuko kipu tietyissä

tilanteissa? Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa diagnostiikassa. Potilaan kokema kipu kirjataan hoitokertomukseen sanallisesti. Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa hoidon tarpeen arvioinnissa, diagnostiikassa ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaan kokema kipu voi olla myös psyykkiseen tilaan (esimerkiksi masennus) liittyvää tunteiden ilmentämistä fyysisenä oireena, johon ei varsinaisesti voida vaikuttaa kipulääkityksellä. Lääkäri vastaa potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Hoitajat suorittavat heiltä vaaditut opintokokonaisuudet Verkkarit.fi sivuilla ja antavat tarvittavat näytöt lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi. Lääkehoitoresepti kirjataan potilastietojärjestelmään.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Puutteellinen kivunhoito	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

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

Osastolle 21L tai 22L tulotilanteessa huomioidaan potilaan liikkuminen. Jos potilaan liikkuminen on epävarmaa, tarjotaan potilaan käyttöön liikkumisen apuvälineitä. Mikäli tulotilanteessa havaitaan potilaalla olevan erityinen kaatumisriski (huono ravitsemus, tasapaino-ongelmia, potilas on aiemmin jo kaatunut) täytetään potilaasta FRAT-mittari. FRAT- mittarin tulos kirjataan potilastietojärjestelmään. FRAT- mittarin tuloksen perusteella potilasta ohjataan käyttämään liikkumisen apuvälineitä sekä huomioidaan huonejärjestelyssä niin, että tila olisi mahdollisimman esteetön. Lisäksi kiinnitetään huomiota siirtymätilanteisiin esim. ruokailuun saapuminen/poistuminen sekä potilaan käyttämiin jalkineisiin, että ne olisivat mahdollisimman turvalliset.

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisen ehkäisyn 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
Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet • Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi
Kaatumisvaarassa olevan potilaan tunnistaminen	FRAT- kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma

Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma
--	--------------------------------------	--

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Osastolla 21L hoidossa olevilla potilaille voi olla jo sairaalahoitoon tullessa kehittynyt vajaaravitsemustiloja heidän psyykkisen ja/tai taloudellisen tilanteensa vuoksi. Osastolla 22L hoidetaan syömishäiriöpotilaita, joilla vajaaravitsemustiloja on jo kehittynyt. Lisäksi muilla potilailla voi olla jo sairaalahoitoon tullessa kehittynyt vajaaravitsemustiloja heidän psyykkisen tai taloudellisen tilanteensa vuoksi. Osastolla 22L on laadittu työohje syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Ohje on henkilöstön saatavilla ja se myös potilaiden luettavissa osastolla. Osastohoidon alussa selvitetään potilaan ravitsemustilanne sekä tehdään somaattisia ja laboratoriotutkimuksia potilaan tilanteen selvittämiseksi. Ravitsemustilanteen selvittämiseksi käytetään NRS2002- mittaria sekä lisäapuna EDE-Q kyselyä. Näiden arviointien pohjalta laaditaan potilaalle ateriasuunnitelma, jota noudatetaan hoitosopimuksen mukaisesti. Suunnitelmia toteuttaa potilaan lisäksi potilaan omahoitaja sekä vuorokohtaiset hoitajat. Suunnitelma kirjataan mediatriin kaikkien hoitoon osallistuvien nähtäville. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito-ohjetta noudattaa koko henkilöstö, jotta hoito on yhdenmukaista ja laadukasta potilaiden kohdalla.

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

Jokainen osaston 21L ja 22L henkilökuntaan kuuluva perehtyy syömishäiriötä sairastavan hoidon työohjeeseen ja toimii sen mukaisesti. Lisäksi henkilökunta perehtyy vajaaravitsemuksen hoitoon, johon on myös verkkokoulutuksena suoritettava Vajaaravitsemuksen koulutus Oppiportissa sekä tutustuu vajaaravitsemuksen hoidon materiaaleihin Siun Soten intran internetsivuilla. Tarvittaessa voi henkilöstö hankkia lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Syömishäiriöiden ja vajaaravitsemustilojen hoidossa hyödynnetään myös Siun Soten ravitsemusterapeuttien osaamista.

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Ravitsemushoidon opas(linkki, sisäinen verkko)
Osastokohtainen toiminta	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	Osaston 22L ravitsemushoito-ohje

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavojen ehkäisy		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje • BRADEN-riskiluokitusmittari
Painehaavaumien kohonnut riski	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaushoidon turvallisuus		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä

		laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <ul style="list-style-type: none"> • Yksiköiden omat tarkistuslistat (myös pientoimenpiteiden tarkistusallustat)
--	--	---

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.

Osastolla 21L potilaskontaktit ovat lyhytkestoisia, joissa voi olla vaikeaa tunnistaa tuntemattoman ihmisen erikoinen/huolestuttava käytös. Tunnettaessa potilas entuudestaan tai potilaan omainen nostaa asian esille, henkilöstö on osaava tunnistamaan mahdollisen sekavuustilan.

Osastolla 22L hoidetaan potilaita, joilla on mahdollisuus akuuttiin sekavuustilaan. Akutteja sekavuustiloja esiintyy yleisesti noin 12–23% sairaalahoidossa olevilla potilailla. Altistavia tekijöitä ovat mm. päihteiden ja lääkkeiden käyttö, korkea ikä ja heikko yleiskunto. Äkillisen sekavuustilan laukeamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kipu, stressi, univaje, liialliset tai liian vähäiset ulkoiset ärsykkeet sekä vieras ympäristö.

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

Akuutin sekavuustilan arviointiin ja tunnistamiseen käytetään soveltuvaa mittaria. Osastoilla 21L ja 22L lääkärit käyttävät tarvittaessa esim. CAM-testiä (Confusion Assessment Method). Mittarin käyttö kirjataan Mediatriin valitsemalla Mittarit-otsikkoryhmästä CAM.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Akuutin sekavuustilan ehkäisy	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	

Akuutin sekavuustilan tunnistaminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	
Akuutin sekavuustilan aiheuttama vahinko potilaalle	Laatuportin vaaratilanneilmoituksen täyttö	

10.10 Elintapaohjaus

Terveysthuoltolaki (13 §) velvoittaa hyvinvointialuetta sisällyttämään kaikkiin terveysthuollon palveluihin alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Lain mukaan neuvonnan on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden hyvinvointialueen järjestämien palvelujen kanssa.

Elintapaohjauksen tavoitteena on tukea yksilöä tai ryhmää tekemään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä pysyviä muutoksia elintavoissa. Elintapaohjauksen kohderyhmää ovat erityisesti henkilöt, joilla on korkea riski sairastua kansantauteihin epäterveellisten elintapojen vuoksi, tai jotka ovat jo sairastuneet, mutta eivät ole omatoimisesti pystyneet muuttamaan elintapojaan. Tässä kappaleessa tarkastellaan elintavoista liikkumista, ravitsemusta ja unta. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan päihteitä, rahapelaamista ja mielen hyvinvointia.

Osastoilla 21L ja 22L potilaan tulotilanteessa kartoitetaan potilaan kokonaisterveydentilaa. Terveystilan perusteella potilaalle annetaan elintapaohjausta. Myös psykiatrisen potilaan lääkitys voi vaatia elintapaohjauksen antamista, joka annetaan osana lääkehoidon ohjeistusta. Potilaita motivoidaan, kannustetaan ja ohjataan tarpeen mukaan huomioimaan elintavat. Terveysthuollon ammattihenkilöt kirjaavat tehtävänsä mukaisesti elintapaohjeistuksen potilasasiakirjoihin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki) sekä [Elintapaohjauksen polku](#) (linkki), [Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen elintapaohjauksen toimintasuunnitelma](#) (linkki, sisäinen)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kokonaisterveydentilan tarkistamisen yhteydessä ei saada tarvittavaa/oikeaa tietoa.		Haastattelun tarkkuus ja oikea aikaisuus huomioiden potilaan psyykinen tila.

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden puheeksi ottoon 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.

Osastojen 21L ja 22L henkilöstö huomioi ja tiedustelee potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta tupakoinnin riskeihin liittyen. Ohjauksessa voidaan käyttää apuna Siun Soten Ehkäisevän päihdetyön polkua. Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön mahdollisuudesta. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen 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.

Osastoilla 21L ja 22L kartoitetaan jokaisen potilaan kohdalla alkoholin riskikäyttöä. Potilaille tai asiakkaille tehdään alkoholin riskikäyttöä arvioiva kysely (Audit C ja tarvittaessa Audit), joka kirjataan potilastietojärjestelmään.

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

10.11.3 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.

Ehkäisevä päihdetyö kattaa työn huumausaineiden käytön ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäytön ehkäisemiseksi. Työhön kuuluu niistä aiheutuvien haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen.

Osalla osastojen 21L ja 22L potilaista on myös ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumausaineiden väärinkäytön kanssa. Osastoilla 21L ja 22L kartoitetaan potilaiden päihteidenkäyttötottumuksia heidän saapuessaan osastolle ja hoidon aikana eri menetelmin (kyselyt, huumausaineseulat, alkometri, lääkkeiden käytön selvittäminen tms.). Tavoitteena on jo heti hoidon alusta lähtien luoda luottamuksellinen suhde hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Mikäli potilaan hallussa on huumausaineita tai alkoholia ottaa hoitohenkilökunta nämä haltuun ja ne hävitetään Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti. Tarvittaessa konsultoidaan osastoa 25L, jossa hoidetaan päihderiippuvuuksia psykiatrisen hoidon ohella, erillistä hoitoon ohjausta ei siis tarvita vaan potilaan kokonaisvointi huomioiden voi hoito alkaa välittömästi. Akuutit sekavuustilat hoidetaan Siun Soten palveluketjun mukaisesti.

Osastolla 25L arvioidaan ja hoidetaan riippuvuussairauksia psykiatrisen hoidon yhteydessä. Osastolla on mahdollista toteuttaa myös vieroitushoitoa. Osastojen 21L ja 22L henkilökuntaa koulutetaan huomioimaan riippuvuussairaudet hoitosuhteessa. Päihteiden käyttöä arvioidaan osastoilla koko hoitajakson ajan. Osastoilla 21L ja 22L päihteiden käyttö ei ole sallittua, mutta päihteettömyys ei ole kriteeri psykiatrisen hoidon saamiselle. Mikäli riippuvuussairaana potilaan psyykinen vointi sallii uloskirjaamisen osastolta, pyrkii osaston hoitohenkilökunta yhdessä potilaan ja sosiaalityöntekijän kanssa löytämään potilaalle sopivan jatkohoitoapaikan, mikä voi olla myös päihdekuntoutusyksikkö.

Osastojen 21L ja 22L henkilökunta koulutuu Siun Soten ja psykiatrian klinikkaryhmän ohjeistuksen mukaisesti. Työnantaja järjestää ajoittain lisäkoulutusta päihdehoidosta henkilökunnalle.

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Mikäli psykiatrian klinikkaryhmässä huomioidaan tai tunnistetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, voidaan potilas ohjata tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyön polku - Siun sote palveluketjut ([Ehkäisevän päihdetyön](#)

[toimintasuunnitelma 2023-2025](#)). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

10.11.5 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.

Aikuispsykiatrian osastot 21L ja 22L ovat akuuttipsykiatrian yksiköitä, jotka tarjoavat erikoissairaanhoidon tasoista psykiatrista hoitoa, yksiköissä ei tehdä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Psykiatrisesti sairastuneen potilaan omaiset ja läheiset huomioidaan osana ennaltaehkäisevää hoitoa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023–2025(linkki, sisäinen) • Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje(linkki, sisäinen) • Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki)

10.12 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.

Osastojen 21L ja 22L henkilökuntaa on koulutettu potilaan itsemurhariskin arviointiin. Hoidontarpeenarviointia tehdessä ja vastaanotoilla havainnoidaan itsemurhavaarassa olevia henkilöitä ja itsemurhan riskitekijöitä.

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

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

Itsetuhoiseen käyttäytymiseen liittyviä tapahtumia seurataan Laatuportin vaaratapahtumailmoitusten kautta niin yksikkö kuin klinikkaryhmätasolla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhien ehkäisy	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma(linkki, sisäinen)

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimusveloitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta. Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kaikkien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja arjen turvallisuutta edistävää työtä. Hyvinvointialue ja kunnat vastaavat omalla toimialallaan lähisuhdeväkivallan suunnitelmallisesta ehkäisemisestä.

Lähisuhdeväkivallan seurausten ehkäisyyn ja väkivallan kierteen katkaisemiseen vaikutetaan tehokkaimmin tunnistamalla lähisuhdeväkivalta terveydenhuollon palveluissa varhaisessa vaiheessa. Vaikuttavuuden kannalta keskeistä on, että lähisuhdeväkivaltakokemuksista kysytään palveluissa vaikei se olisi käynnin ensisijainen syy.

Työssä tulee huomioida väkivallan kaikkiin osapuoliin (uhri, tekijä, todistaja) mahdollisesti liittyvät palvelutarpeet ja viranomaisveloitteet, moniammatillinen yhteistyö sekä asiakkaan/koko perheen turvallisuuden varmistaminen välittömässä asiakas ja potilastyössä.

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä, vastaanotoilla ja osastoilla havainnoidaan sekä otetaan puheeksi matalalla kynnyksellä, onko asiakas/potilas mahdollisesti kokenut väkivaltaa. Tieto väkivallasta potilaan tai perheen elämässä voi tulla ilmi potilaan, läheisen tai verkoston kautta. Kun väkivalta on otettu puheeksi ja tunnistettu, tarvittaessa tehdään lastensuojelu- ja/tai rikosilmoitus. Tilanteen mukaan osastoilla 21L ja 22L voidaan myös työstää väkivaltateemaa. Tarvittaessa asiakas/potilas ja/tai läheiset ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin soveltuvien palvelupolkujen mukaisesti. Parisuhdeväkivaltaa kokeneille tarjotaan mahdollisuutta MARAK työskentelyyn. MARAK on vakavan parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin ja uhrin auttamisen moniammatillinen menetelmä. MARAK kokoaa alueella toimivat uhrin auttamiseksi työskentelevät viranomaiset ja järjestöt yhteen ja koordinoi uhrille annettavaa tukea.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisellä koulutuksella. Henkilöstön osaamisen varmistamiseksi on tarjolla verkkokoulutusta (esim. Puutu väkivaltaan verkkokoulutus – THL).

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy	Henkilöstön perehdytys ja koulutus Väkivallan puheeksi otto	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen työkaluna • Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille-minimittari • Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje
Potilaan kohtaama väkivalta	Väkivallan puheeksi otto	Tarvittaessa rikos- ja/tai lastensuojeluilmoituksen tekeminen

10.14 Elämän loppuvaiheen hoito

Elämän loppuvaiheen hoidon tavoite on vaalia elämänlaatua ja mahdollistaa arvokas kuolema. Kuolemaa lähestyvää ihmistä hoidetaan ja tuetaan hänen elämänarvonsa ja toiveensa huomioiden. Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan ihmisen ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostetaan oireiden lievitystä ja henkistä hyvinvointia. Hoitoa voidaan antaa kotona, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, saattohoitokodissa ja sairaalassa. Palliatiiviseen hoitoon kuulu vainajan arvokas kohtelu ja omaisten tukeminen myös kuoleman jälkeen.

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja suositukset. Niissä määritellään hoidon eettiset lähtökohdat: ihmisen itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Elämän loppuvaiheen hyvän hoidon turvaamiseksi pitää laatia ennakoiva hoitosuunnitelma. Yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa tehdään merkittäviä hoitopäätöksiä, joista pitää kuulla asiakasta/potilasta ja hoitosuunnitelma pitää olla kaikkien asiakasta/potilasta hoitavien tahojen tiedossa.

Mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa hoidetaan myös iäkkäitä ja monisairaita potilaita. Elämän loppuvaiheen hoitoa suunnitellaan yksilöllisesti ja hoito pyritään räätälöimään potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan tukemaan potilaan elämänlaatua. Elämän loppuvaiheen lähestyessä voidaan hoitokokonaisuuksia keventää ja tehdään hoidon linjaukset yhteistyössä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa, mielenterveyslain mukaiset kokonaisuudet huomioiden. Tarvittaessa voidaan konsultoida Palliatiivista poliklinikkaa elämän loppuvaiheen kysymyksiin liittyen. Tarpeen mukaan potilasta voidaan hoitaa yhden hengen huoneessa tai muussa rauhallisessa tilassa ja läheiset voivat vierailla potilaan luona.

Kun potilaan ennuste on heikentynyt merkittävästi ja hoitokokonaisuudet lisäävät potilaan kärsimystä ja huonontaa elämänlaatua merkittävästi, ei elämän loppuvaiheen aktiivisia hoitoja ole enää mielekästä jatkaa. Tällöin tehdään päätös aktiivisten hoitojen päättämisestä ja saattohoitoon siirtymisestä. Lääkäri keskustelee asiasta potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa ja on tarpeen mukaan yhteydessä Palliatiiviseen poliklinikkaan.

Saattohoitoa ei toteuteta lähtökohtaisesti mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden vuodeosastoilla, vaan potilas ohjataan eteenpäin Palliatiivisen keskuksen puolelle ja heidän kanssaan yhteistyössä suunnitellaan elämän loppuvaiheen hoitokokonaisuus yhdessä mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden kanssa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaaminen – ohjeiden ja toimintamallin	Osaamisen kehittäminen ja	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus (linkki)

tuntemuksessa voi olla puutteita	ylläpitäminen - ohjeisiin tutustuminen ja kertaaminen	Siunsote PAL Työohje Palliativisen hoidon tasot ja osaamisvaatimukset.docx (linkki, sisäinen)

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtuman yhteydessä	Toimintaohje (sisältää vastuunjaon ja informoinnin sisällön)	Kevät 2027
Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvä osaaminen	Koulutus, huomioidaan koulutussuunnittelussa	Syky 2026
Monikulttuurisuuden huomioiminen potilasohjeissa	Vieraskielisen materiaalin lisääminen	Vuosi 2026
FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö ja kirjaaminen	Alueellisen Kaatumisen ehkäisyn (AKE)-työryhmän asiantuntijaluennolle osallistuminen UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssien suorittaminen	Vuosi 2026

	AKE- vastuuhenkilön pitämien yksikön sisäisten koulutusten lisääminen	
--	---	--

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).

Osastojen 21L ja 22L osastonhoitaja sekä tiimivastaava seuraavat omavalvontasuunnitelman toteutumista. Omavalvontasuunnitelman seuranta toteutetaan kuukausittain hyödyntämällä esimerkiksi Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, Hoitoon pääsyn raportointitietoa, Haittatapahtumaraportointitietoa, mahdollisten muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen raportointitietoa sekä potilaspalautteita.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään aina säännösten muuttuessa ja, jos toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi henkilöstön kanssa vuosittain ja päivitetään vähintään kerran vuodessa esihenkilöiden toimesta.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastualueen palvelupäällikkö.

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:

<https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/omavalvontasuunnitelman-mallipohja/> (linkki)

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma:

https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_SUUNNITELMA_Asiakas-ja_potilasturvallisuus_seka_laadunhallinta.pdf/be1e4633-89d9-3c7c-c8c1-014bf65c2408

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

EU:n yleinen tietosuojasetus (GDPR) 679/2016:

<https://eur-lex.europa.eu/eli/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>

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

https://siunsote.sharepoint.com/:w:/r/sites/Tiedostopankki/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BEAF322A1-8AF3-4704-BF5B-C9BB07105BD4%7D&file=Siunsote_SUUNNITELMA_Laiteturvallisuuksuunnitelma.docx&action=default&mobiledirect=true&DefaultItemOpen=1 (linkki)

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 asiakastietojen käsittelystä 703/2023

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703>

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=AOvVaw1n46KPjuzMt1suoZSxzG7&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=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAlHQIAPgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

Lääkehoidosuunnitelmat (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%2Dbef1%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)

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=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&usg=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_JKBxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Tietosuojalaki 1050/2018:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y

(linkki)

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon> (linkki)

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Valviran määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä:

<https://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/normi/562001/50504> (linkki)

Viestit – Suomi.fi:

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