

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 25L ja 26L

Laatija(t)

Merja Konttinen, Osastonhoitaja

Kaisa Roiha, Osaston ylilääkäri

Tarkastaja

Olli-Pekka Heikkinen, ylihoitaja

Mireille Tarkiainen, palvelupäällikkö

Hyväksyjä

Mireille Tarkiainen, vastuualueen palvelupäällikkö

Pvm.

25.3.2026

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen.....	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	8
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	9
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	10
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	11
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	11
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	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
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.....	21
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	23
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	25

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	25
6.5.2	Asiakasviestintä	26
7	Henkilöstö	27
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	28
7.2	Rekrytointi	29
7.3	Perehdytys	30
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	30
7.5	Johtamisosaaminen.....	32
7.6	Työhyvinvointi	32
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	34
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	35
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	36
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.....	42
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	44
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	47
9.5	Infektioiden torjunta	49
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	49
9.5.2	Yleiset hygieniäkäytännöt.....	51
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	53
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	53
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	54
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	54
9.7.3	Terveydensuojelu	56
10	Palvelun sisällön omavalvonta	56
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	57
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	58

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	59
10.4	Kivunhoito	60
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	61
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	62
10.7	Painehaavojen ehkäisy	63
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	64
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	65
10.10	Elintapaohjaus	66
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	67
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	67
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	67
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	68
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	68
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	69
10.12	Itsemurhien ehkäisy	70
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	71
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	72
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	73
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	73
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	74
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	74
	Suunnitelmassa viitatus internetosoitteet.....	75

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	Terveyspalvelut
Palvelualue	Mielenterveys- ja riippuvuuspalvelut
Vastuualue	Psykiatrian klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 25L ja Osasto 26L, Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto	Osasto: Vuodeosasto
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Poliklinikka: erikoissairaanhoidotasoinen avohoito
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä ja/tai	Psykiatriset potilaat
Asiakas- tai potilasmäärä ja/tai	Osasto25L : 15 potilaspaikkaa
Käyntimäärä ja/tai	
Käyntimäärä/asiakas ja/tai	
hoitojakson pituus	poliklinikka 20 potilaspaikkaa

	Osasto 26L : 20 potilaspaikkaa
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Merja Konttinen, merja.konttinen@siunsote.fi , p. 0504686395 Tomi Ikonen, tomi.ikonen@siunsote.fi , p. 0505609516
Palvelupäällikkö	Mireille Tarkkiainen, mireille.tarkkiainen@siunsote.fi , p. 0133303527
Palvelujohtaja	Antti Liuska, antti.liuska@siunsote.fi , 0133303408

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Psykiatrian klinikkaryhmä kuuluu mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden kokonaisuuteen. Klinikkkaryhmän johtamisesta vastaavat palvelupäällikkö ja ylihoitaja yhdessä ylilääkäreiden sekä palvelujohtajin kanssa. Vastuualueen palveluyksikköjen esihenkilöt suunnittelevat ja johtavat vastuualueen toimintaa esihenkilöiden tukemana.

Osastolla 25L ja 26L lähijohtajina toimivat osastonhoitaja (hoitotyön johtamisvastuu) ja ylilääkäri (lääketieteellinen johtamisvastuu). Lähiesihenkilöt ovat työnantajan edustajia, joiden tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä.

Esihenkilöt vastaavat omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Esihenkilöt huolehtivat henkilöstövoimavarojen suunnittelusta ja johtamisesta, työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta.

He osallistuvat työn kehittämiseen ja osaamisen varmistamiseen omilla vastuualueillaan. Työssä on otettava huomioon lainsäädännölliset näkökulmat ja toimintaohjeet sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset.

Molemmilta edellytetään omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Esihenkilöt vastaavat toiminnan suunnittelusta, kehittämisestä, organisoinnista, konkreettisten puitteiden luomisesta, resursoinnista sekä uuden ja ajantasaisen tiedon välittämisestä.

He vastaavat omalla vastuualueellaan toiminnan operatiivisesta johtamisesta sekä toiminnan pitkäjänteisestä kehittämisestä siten että tehtävällä on vaikutusta laajan työympäristön toimintaedellytyksiin.

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. Listaus palveluyksikön osto- ja palvelusetelipalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Lääkäripalvelut	Useita palveluntuottajia
Työnohjauspalvelut	Useita palveluntuottajia
Koulutuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Tutkimuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Terapiapalvelut	Useita palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus	Temopore (ent. Sarastia)

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 25L ja 26L ostopalveluista vastaavat hoitotyön osalta osastonhoitaja Merja Konttinen ja lääketieteen osalta ylilääkäri Kaisa Roiha.

Osastoilla 25L ja 26L pyritään varmistamaan mm. henkilöstövuokrauksen laatua ja turvallisuutta pikaperehdytyksen, lääkelupien tarkistuksen osalta.

Yksikössä seurataan ostopalveluiden laatua mm. työntekijöiltä ja potilailta saadun palautteen perusteella. Lisäksi seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia.

Palveluyksikön lähiesihenkilö laatii ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten laatimia ostopalvelusopimus pohjia. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden

laatu ja toimintamallit. Lähiesihenkilön ostopalveluosaamista kehitetään koulutuksin sekä hankintojen oikeudellisuus varmistetaan kaksoishyväksyntäprosessin avulla.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Osastolla 25L hoidetaan pohjoiskarjalaisia psykiatrisia potilaita, joiden vaikea psykiatrinen sairaus vaatii akuutissa vaiheessa suljettua laitospäätöstä hoidon turvaamiseksi. Osastolla hoidetaan lisäksi potilaita, joilla on päihteiden käytöstä johtuvia psykoottisia häiriöitä.

Osaston 25L tehtävänä on järjestää lain sosiaali- ja terveydenhuollosta 612/2021 mukaiset terveydenhuollon palvelut. Lisäksi Osaston 25L toimintaa ohjaa Mielenterveyslaki 1116/1990. Osaston 25L lääkärit ja hoitajat edistävät hyvinvointialueen täysi-ikäisten asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta yhteistyössä suunniteltujen oikea-aikaisten ja asiakasta lähellä tuotettujen erikoissairaanhoidonpalvelujen avulla. Hoito suunnitellaan ja järjestellään vastaamaan potilaan tarpeita pyrkien yhteistyöhön potilaan kanssa. Perustehtävän toteuttamisen mahdollistavat asiakkaita kunnioittava, osaava ja määrätietoinen johtaminen sekä asiantunteva, motivoitunut ja hyvinvoiva henkilöstö. Toimintamalleja uudistetaan yhdessä henkilöstön kanssa.

Osasto 25L tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita pääasiallisesti Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen asukkaille, mutta ajoittain tuottaa maksullisia palveluita myös muiden hyvinvointialueiden asukkaille. Siun soten alueella on 162540 asukasta.

Osasto 25L:n poliklinikka tarjoaa polikliinisiä palveluita lähi- ja etäpalveluina. Poliklinikka tarjoaa erikoissairaanhoidon tasoista palvelua monidiagnoosipotilaille, joiden hoidon järjestäminen muuten on haasteellista tietyssä vaiheessa hoitoa.

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

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

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

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

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

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

Osastoilla 25L ja 26L näkyvät palveluyksiköiden arvot seuraavanlaisesti:

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

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

Turvallisuus: Osastojen 25L:n ja 26L:n turvallisuus perustuu henkilöstön riittävyyteen, osaamiseen, perehdytykseen, ennakointiin, työhyvinvointiin ja sitoutuneisuuteen. Ammattilaisilla on käytettävänä laaja osaajien verkosto, jossa voidaan hyödyntää keskussairaalan eri erikoisalvoja sekä erityistyöntekijöitä.

Yhdenvertaisuus: Osastoilla 25L ja 26L pyritään järjestämään tasavertaista hoitoa potilaille. Tarjoamme tarpeenmukaiset palvelut kaikille aikuispotilaille. Toimimme tasapuolisesti henkilöstön, sidosryhmien ja kumppaneiden kanssa.

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

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osastojen 25L ja 26L omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa osastonhoitaja ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Osastojen 25L ja 26L omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuu yksikön osastonhoitaja, ylilääkäri ja apulaisosastonhoitaja. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi koko henkilöstön kanssa ja he saavat tehdä muutosehdotuksia suunnitelman päivityksen yhteydessä. Asiakkaat osallistuvat omavalvontasuunnitelman laadintaan asiakaspalautteiden ja Laatuportin turvallisuusilmoitusten kautta, joiden avulla mietitään eri toimintamalleja ja niiden muutostarpeita. Toimintamalleja muokkaamalla muutetaan/täydennetään myös omavalvontasuunnitelmaa.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluyksikkökohtainen omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka tulee julkaista julkisessa tietoverkossa tai muuten julkisuutta edistävällä tavalla. Omavalvontasuunnitelma tulee olla asiakkaiden ja potilaiden sekä muiden asiasta kiinnostuneiden nähtävillä julkisesti (esim. ilmoitustaululla tai muutoin) palveluyksikössä ilman erillistä pyyntöä.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen oman palvelutuotannon palveluyksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla osoitteessa [Omavalvonta - suinsote.fi](https://www.suinsote.fi) (linkki).

Osastojen 25L:n ja 26L omavalvontasuunnitelma on nähtävillä yksiköiden ilmoitustauluilla.

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 osastoilla 25L ja 26L lähijohdolle. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä. Lisäksi esihenkilöillä on vastuu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan

ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuun vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Osastojen 25L ja 26L jokaisella työntekijällä on vastuu epäkohtien tunnistamisessa arjen työssä, niihin reagoimisessa ja tiedon saattamisessa johdon käyttöön. Työntekijät ilmoittavat mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista sekä vaikuttavat omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä palavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

[Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Osastoilla 25L ja 26L ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrot, vuosittain toteutettava riskien arviointi, hätäpotilaan tunnistaminen ja elvytys-koulutus sekä AVEKKI -ylläpitokoulutus.

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

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Osastojen 25L ja 26L työntekijät ilmoittavat havaitsemansa epäkohdat, vaaratapahtumat tai niiden uhat omalle esihenkilölleen käytössä olevan Laatuportti-järjestelmän kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus tehdä

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

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

Ilmoitusvelvollisuudesta muistutetaan henkilöstöä säännöllisesti ja asia perehdytetään kaikille uusille työntekijöille.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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.

Osastojen 25L ja 26L vaara- ja poikkeama -ilmoitukset käsitellään kerran kuussa osastotunnilla tai tarvittaessa nopeammin. Vaaratapahtumien, havaittujen epäkohtien ja läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn kuuluu niiden puheeksi ottaminen, kirjaaminen, analysointi, tarvittavat toimenpiteet ja raportointi. Vaaratapahtumien ja epäkohtien käsittelyyn kuuluu avoin ja rakentava keskustelu työntekijöiden, potilaan ja tarvittaessa omaisten ja läheisten kanssa. Lisäksi vakavat tapahtumat käsitellään Siun soten vakavienvaaratapahtumien tutkinta työryhmässä. Tästä työryhmästä voi yksikölle tulla vielä lisäkysymyksiä ja toimintamallin kehittämis ehdotuksia, joihin yksikön on vastattava. Tarvittaessa niitä käsitellään moniammatillisesti, hyvässä yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsittelee osastonhoitaja, tarvittaessa pyytää apua ylilääkäriltä tai muiden yksiköiden lähiesihenkilöitä. Kaikki dokumentoidaan osastonhoitajan toimesta Laatuportti-järjestelmään.

Lisäksi psykiatrian klinikkaryhmässä osastonhoitajat käsittelevät Laatuportin kuukausittaiset yhteenvetoreportit esihenkilökokouksissa.

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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 riittävyyttä.

Osastoilla 25L ja 26L kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta vastaa lähiesihenkilöt. Toimenpiteiden määräaika riippuu kehittämistoimenpiteistä. Osaa kehittämistoimenpiteistä täytyy valmistella ja selvittää eri osa-alueiden vaatimuksia ja onnistuuko ne esim. teknisesti. Suurin osa kehittämistoimenpiteistä voidaan ottaa käyttöön välittömästi vain pienellä esivalmistelulla.

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

Jos on riskinä, että vaaratapahtuma ilmoitukset jäisivät käsittelemättä esim. esihenkilön poissa ollessa, ilmoitukset siirretään toiselle esihenkilölle poissaolon ajaksi.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Henkilökunnalla on velvollisuus pitää itsensä ajan tasalla kehittämistoimenpiteistä käymällä katsomassa osastotuntien muistiot Teams-tiedostoista.

Yhteistyötahoille tiedotetaan sähköpostilla heitä koskevat kehittämistoimenpiteet osastonhoitajan toimesta.

Esihenkilö seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

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

Esihenkilö seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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 Laiteturvallisuuksilmoituksen 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 Laiteturvallisuuksilmoituksen 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 vaihtoehtoja 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 25L ohjaututaan hoitoon mielenterveyslain mukaisella tarkkailulähteellä M1 tai omaehtoiseen hoitoon lääkärin läheteellä tai tehostetun avohoidon hoitajan ohjaamana.

Osastolla 26L hoidetaan maakunnan oikeuspsykiatriset potilaat. Tällöin hoidon tarve muodostuu potilaan valtion mielisairaalassa tapahtuneen mielentilatutkimuksen jälkeisen puolen vuoden hoitajakson jälkeen. Potilaan siirtymismahdollisuuden ja siirron kiireellisyyden arvioi osaston ylilääkäri yhdessä valtion sairaalan

hoitavan lääkärin kanssa. Poikkeustapauksissa oikeuspsykiatristen tai vankisairaalaan tulevien potilaiden hoidontarpeen arvioi aina myös osaston ylilääkäri.

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

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Osastolla 25L ja 26L potilaiden hoitoon pääsyä määrittää mielenterveyslaki, niiltä osin kun potilas tulee hoitoon M1-lähetteellä. M1- lähete on voimassa 3 vuorokautta, jonka aikana mielenterveyslain mukaisen tarkkailun aloittaminen tulee arvioida. Oikeuspsykiatriset potilaat osastolla 26L ovat jo erikoissairaanhoidon piirissä ja heidän osaltaan osastolle siirtyminen määräytyy kohdan 6.1 mukaisesti

Palveluun ja hoitoon pääsemisen toteutumista seurataan säännöllisesti klinikkaryhmän johtotiimeissä.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki), [Hoitoon pääsy \(hoitotakuu, linkki\)](#), [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019](#) (linkki)

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään psyykkisesti pitkäaikaissairaille. Suunnitelma tehdään yhteistyössä ja tarvittaessa moniammatillisesti. Pääsääntöisesti suunnitelman laatimiseen osallistuu potilas ja hoitava sairaanhoitaja. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään terveys- ja hoitosuunnitelma lehdelle. Suunnitelmaa päivittää sairaanhoitaja yhdessä potilaan kanssa. Suunnitelma päivitetään pääsääntöisesti silloin, kun sille on tarvetta esim. hoidontarpeen muuttuessa.

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

tukitoimista. Potilaan näkemykset, toivomukset ja mielipiteet tarvittavista tukitoimista kirjataan suunnitelmaan.

Terveys-, palvelu- ja hoitosuunnitelman toetutumista seuraa potilaan omahoitaja sairaalassa, avohoidossa tms. palvelussa yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

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

Terveysthuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti osastoilla 25L ja 26L potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastoilla 25L ja 26L hoidetaan potilaita, joilla on vaativia mielenterveyden häiriöitä ja ajoittain osastolla ilmenee tilanteita, jolloin yhteistyö ei potilaan kanssa onnistu. Tällöin osastolla toimitaan lain edellyttämällä tavalla.

Edellä mainittujen tilanteiden osalta laki Terveysthuollon potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää osastojen 25L ja 26L toimintaa seuraavasti:

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista tai muuta läheistä on kuultava ennen tärkeän päätöksen tekemistä ja selvítettävä, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Osastoilla 25L ja 26L tämä voi tarkoittaa lähisukulaista, edunvalvojaa tai lakimiestä.

Lisäksi joissain tilanteissa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Osastoilla 25L ja 26L pyritään aina toimimaan potilaan kanssa yhteistyössä, erityisesti ei kiireellisissä tapauksissa (Kiireellinen: välittömästi henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava tilanne) pyritään rajoittamiseen oikeuttavien kriteerien täytyessäkin potilaan kanssa ensisijaisesti sopimaan esimerkiksi liikkumiseen liittyvistä käytänteistä, omaisuuden pitämisestä esimerkiksi lukitussa kaapissa, tai yhteydenpitoon

liittyvistä käytänteistä. Potilaan kanssa yhteistyössä tehdyistä sopimuksista kirjataan aina merkintä potilastietoasiakirjoihin.

Lisäksi ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä asiakkaan tai potilaan käytökseen. Esimerkiksi sekavuuden ja levottomuuden tai aggression taustalla voi olla kipu, muu elimellinen syy tai asiakkaan ahdistuneisuus. Osastoilla 25L ja 26L selvitetään ja kirjataan edellä mainitut tiedossa olevat potentiaaliset taustasyyn ja varomerkit huolellisesti potilasasiakirjoihin, näihin liittyen kirjataan myös ylös potilaan kanssa tehtyjä suunnitelmia riskien minimoimiseksi.

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

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

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.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki), [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992](#) (linkki), [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000](#) (linkki), [Mielenterveyslaki 1116/1990](#) (linkki)

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

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

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

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

Rajoittamistoimenpiteeseen johtanut syy on aina kirjattava asiakas- ja potilasasiakirjoihin. Itsemääräämisoikeuksien 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 asiakas- ja potilastietoihin: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin/viranhaltijan nimi.

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

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

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

Rajoittamistoimien ja -välineiden käyttöä seurataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään tehtävien kirjausten perusteella. Lisäksi vaara- ja poikkeamisilmoituksissa huomioidaan rajoitteiden käyttöä. Lisäksi palautteet (henkilöstö, potilaat ja muut) ovat seurannan väline. Seuranta ja arviointia tehdään myös klinikan johtotiimin toimesta.

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

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

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

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

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 laiminlyönnestä” tai potilasmuistutusasioissa voimassa olevaa toimintaohjetta muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittelyssä.

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 voimien 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.

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

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

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

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

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

Asiakkaan tai potilaan kohtelun toteutumista seurataan mm. ilmoitusten, kanteluiden ja muistutusten kautta.

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

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Palvelun ja hoidon laatua koskevat reklamaatiot ja epäselvyydet pyritään selvittämään välittömästi keskustelemalla yksikössä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuneiden ammattilaisten kesken. Jos asia ei

kuitenkaan selviä keskustelemalla ja potilas on tyytymätön saamaansa palveluun voi hän olla yhteydessä toimintayksikön lähiesihenkilöihin, ylihoitajaan tai palvelupäällikköön tai kääntyä sosiaali- tai potilasasiamiehen puoleen.

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

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

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

Mielenterveyslain mukaisista rajoitteista tehdään pääsääntöisesti aina valituskelpoinen päätös lääkärin toimesta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote
Kirjaamo

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puh. 013 330 8285
Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalipotilasasiavastaavat@siunsote.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 tietoturvasesti [Suomi.fi-viestit -palvelun](#) (linkki) kautta

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

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

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 kehittämässä.

Organisaatiossa toteutetaan neljä kertaa vuodessa kansallinen hoitotyön potilaspalautekysely (HoPP). Hoitotyön potilaspalautteen avulla kerätään tietoa siitä, miten asiakkaat/potilaat ovat kokeneet hoitajien toteuttaman hoitotyön. Kyselyllä kartoitetaan hoitotyösensitiivistä asiakas-/potilastyytyväisyyttä eli tyytyväisyyttä sellaisiin asioihin, mihin hoito- ja hoivatyöllä voidaan vaikuttaa.

Hoitotyön potilaspalautteen avulla saadaan yksikkökohtainen tieto onnistumisista sekä kehittämistä edellyttävistä asioista. Hoitotyön laadun keskeinen osa-alue on asiakkaan/potilaan oma kokemus hoidostaan.

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 kehittämässä.

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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

<p>Palvelun/hoidon tarpeen arvioinnin ja palveluun/ hoitoon pääsyyn viivästyminen tai arvion epäonnistuminen</p>	<p>Henkilöstön koulutus, perehdytys Jokaisessa työvuorossa riittävän henkilöstömäärän turvaaminen</p>	<p>Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019</p>
<p>Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelman tekemättä jääminen</p>	<p>Henkilöstön perehdytys ja koulutus</p>	<p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022</p>
<p>Potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen</p>		<p>Perustuslaki 731/1999 Kuntalaki 410/2015 Terveysthuoltolaki 1326/2010 Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000</p>
<p>Itsemäärämis-oikeuden ajoittainen rajoittamistarve mielenterveyslakiin perustuen</p>	<p>Osaamisen varmistaminen</p>	<p>Mielenterveyslaki 1116/1990</p>
<p>Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa</p>	<p>Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali</p>	<p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992</p>

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 25L työskentelee 1 erikoistuva lääkäri, 0,5 erikoislääkäri, 16 sairaanhoitajaa, 2 lähihoitajaa, 0,5 osastonhoitaja ja 0,5 apulaisosastonhoitaja.

Osastolla on käytettävissä 19 HTV, joista 2 HTV on vakituisia vuosilomansijaisia.

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.

Osastolla sijaisina voi työskennellä myös opiskelijoita, mutta jokaisessa vuorossa on myös koulutettu hoitaja. Lisäksi osastolla voi olla sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoita omiin opintoihinsa liittyvissä harjoittelujaksoilla. Heitä ei lasketa osaston työntekijöihin.

Osastolla 26L työskentelee 0,5 erikoistuva lääkäri, 0,5 erikoislääkäri, 13 sairaanhoitajaa, 5 lähihoitajaa, 0,5 osastonhoitaja ja 0,5 apulaisosastonhoitaja. Osastolla on käytettävissä 19 HTV, joista 2 HTV on vakituisia vuosilomansijaisia.

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.

Osastolla sairaanhoitajien työkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidosta vastaamista ja toteuttamista sekä lääkkeiden tilaamista osastolle, lääkärin kanssa työskentelyä, kirjaamista potilastietojärjestelmään ja raportointia sekä vastuuvuoroissa toimimista. Lähihoitajan tehtäväkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidon toteuttamista, lääkärin kanssa toimimista ja raportointia ja kirjaamista.

Osastoilla on laadittu tehtävien kuvaukset sekä sairaanhoitajille että lähihoitajille/mielenterveyshoitajille. Myös vuorokohtaiset tehtäväkuvat on laadittu ammattiryhmille. Hoitohenkilökunnan vastuualueet on koottu taulukoihin, joita päivitetään tarvittaessa.

Vuokratyövoimaa käytetään pääsääntöisesti poissaolojen tai esim. vierihoidon mahdollistamiseen.

Henkilöstön riittävyys varmistetaan työvuoro- ja lomasuunnittelulla, jonka tekee lähiesihenkilö. Tarpeen vaatiessa, henkilöstöä ryhdytään hankkimään mikäli potilaiden tarve ja/tai määrä sitä edellyttää. Tällaisissa tilanteissa käytetään vuokratyövoimaa tai omaa henkilöstöä.

Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan minimissään kuukausittain esihenkilön ja klinikkaryhmän johdon toimesta.

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

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 yhtäaikaisesti vuosilomalla. Tällä menetelmällä turvataan ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys myös vuosilomakaudella.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

7.2 Rekrytointi

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

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

Psykiatrian klinikassa ja osastoilla 25L ja 26L henkilöstön rekrytoinnissa noudatetaan Siun soten kelpoisuusehtoja (ilmoitetaan työpaikkailmoituksessa) ja Siun soten rekrytointiyksikön ohjeistusta. Ammattioikeudet tarkastetaan aina ennen palvelukseen ottamista Valviran rekisteristä. Rokotussuoja varmistetaan valitulta hakijalta Siun soten ohjeen mukaan. Hakijan kielitaito varmistetaan haastattelutilanteessa. Esihenkilöt pyrkivät tunnistamaan tehtävässä vaadittavan osaamisen ja varmistetaan työntekijän soveltuvuuden rekrytointitilanteessa.

7.3 Perehdytys

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

Osastoilla 25L ja 26L hoitajien perehdytykselle varataan aikaa 3-6 viikkoa työntekijän valmiudet ja osaaminen huomioiden. Perehtyvä työntekijä työskentelee pääasiassa ylimääräisenä työntekijänä 2-3 työvuorossa ja työskentelee nimetyn perehdyttäjän, osaavan hoitajan työparina. Varsinaisen perehdytysjakson jälkeen perehtyminen jatkuu työssä oppimisena perehdyttäjän ja muiden työntekijöiden tuella.

Osastonhoitaja vastaa työntekijän alkuperehdytyksestä organisaation ja yksikön yleisiin ja käytännön asioihin. Osastonhoitaja käy hoitajan perehdytyksessä läpi organisaation ja psykiatrian klinikan arvot ja tavoitteet, yksikön toimintatavat sekä toimintaympäristöön ja toimenkuvaan liittyviä asioita. Omavalvontasuunnitelma on osana työntekijöiden perehdytystä. Nimetty perehdyttäjähoitaja ja muut hoitajat huolehtivat ammatillisesta perehdyttämisestä kliiniseen työhön ja hoitajan työtehtäviin.

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

Opiskelijoiden harjoittelun ohjauksessa käytetään opiskelijoiden henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa sekä osaston perehdytysmateriaalia.

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

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

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastoilla 25L ja 26L henkilöstön osaamista ja kouluttautumista määrittää psykiatrian klinikkaryhmän koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelmassa on avattu, sekä psykiatrian klinikkaryhmässä, että Siun Soten organisaatiossa vaadittavaa osaamista ja sen hankkimiseen liittyvät koulutukset.

Osastolle 25L ja 26L on laadittu syksyllä 2025 myös osaamisen kehittämisen suunnitelma, jossa kartoitetaan yksikön osaamistarvetta, avataan osaamisen kehittämisen suunnitelmaa ja täydennyskoulutusten seuranta.

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

Psykiatrian klinikkaryhmässä käytetään koulutettuja kokemusasiantuntijoita. Koordinaatiosta vastaavat Siun soten kokemusasiantuntijoita koordinoivat henkilöt, jotka myös tarkistavat ko. henkilöiden osaamisen ja koulutukseHenkilöstöä 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 - siunsote.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.

Esihenkilöt seuraavat osaamiseen vajeisiin liittyviä asioita ja puuttuvat niihin tarpeen mukaan.

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 tapoihin ja niiden kehittämiseen.

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

Psykiatrisessa klinikkaryhmässä on hyödynnetty myös Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamisvalmennusta. Johtamisosaamistarve voi olla yksilöllinen ja/tai toiminnallisiin muutoksiin liittyvä, ja sitä arvioidaan esim kehityskeskusteluissa. Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, 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.

Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan kehityskeskusteluissa.

7.6 Työhyvinvointi

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

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

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

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

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

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

Työturvallisuus ja työsuojelu

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

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

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

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

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

1) Riskien ennakointi

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

2) Turvallisuushavainnoista oppiminen

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

3) Turvalliset työtavat

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

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Psykiatrisessa hoitotyössä on tunnustettu, että työhön liittyy selkeästi kohonnut väkivallan ja sen uhan riski. Osastoilla 25L ja 26L

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

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

Yksikköön on tehty menettelytapaohje väkivallasta ja sen uhasta. Lisäksi yksikössä käytetään menettelytapaohjeen mukaisia ennakoinnin ja riskin arvioinnin mittareita. Uhka- ja läheltäpiti-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 hälyyttää yksikköön myös poliisin.

Jos yksikössä havaitaan, että varautuminen haastaviin asiakas-/potilastilanteisiin on puutteellista, henkilöstöllä on velvollisuus tehdä havainnoista Laatuportti-ilmoitus ja viedä asia esihenkilön tietoon. Yksikössä käydään läpi tilanteita 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 25L ja 26L tullut positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute käsitellään yksikön tiimeissä. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai Laatuporttijärjestelmän kautta.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään myös osastoilla 25L ja 26L.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) henkilöstöön liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista 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	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 25L ja 26L 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. Lääkärit sanelevat käyntitekstit, jotka sihteeri kirjoittaa PSY-lehdelle lääkärin määrittämän kiireellisuuden mukaan. Osastoilla 25L ja 26L käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käsittelemään myös paperisia

potilasasiakirjoja, mutta tuoreet potilasasiakirjat kuten lähetteet skannataan ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

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

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

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

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

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

8.2 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 25L ja 26L noudatetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvä lainsäädäntöä. Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi osastonhoitajan toimesta alkuperehdytyksessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo sekä opiskelijaohjaajien ja esihenkilöiden antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen 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. Osaston 25L ja 26L 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 osastolla 25L tai 26L havaitaan tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus, toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Tietosuojarikkeen tai vaarantumisen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta välittömästi omalle esihenkilölleen. Esihenkilö tekee tietosuojarikkeen ilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse.

Tietosuojarikkeen selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Esihenkilön vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen suorittaa tarvittavat toimenpiteet ja ohjeistaa henkilöstöä ja pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa.

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

Palveluyksiköissä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot: tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Useiden ohjelmien yhtäaikainen käyttö, potilastietojärjestelmän ominaisuudet ja hoitosuhteen perusteella tunnistettujen ja toistuvien potilaskontaktien kirjaaminen – lisää riskiä	Potilaan tunnistaminen koko nimen ja henkilötunnuksen perusteella Tekniset työskentelytavat (kaksi näyttöä, potilaan tietojen käyttö ja sulkeminen reaaliaikaisesti jne)	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

virheelliseen potilastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen		Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle)
---	--	---

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.

Osaston 25L toimitilat sijaitsevat keskussairaalan L-talon 3. kerroksessa. Osaston 25L toimitilat on suunniteltu 15 psykiatrisen potilaan hoitoa ajatellen. Tilat ovat pääsääntöisesti yhden potilashuoneita. Osastolla 25L on 13 potilashuonetta, näistä 11 on yhden hengen huoneita ja kaksi on kahden hengen huoneita. Osassa huoneissa on mahdollista suorittaa kameravalvontaa ja yhdestä huoneesta on tarvittaessa pääsy turvasoluun. Kameravalvontaa suoritetaan vain potilaan suostumuksella ja lääkärin määräyksestä. Jokaisessa huoneessa on wc- ja suihkutilat. Kahden hengen huoneissa ei ole erikseen sermiä tms. tarvittaessa vaatteiden vaihto onnistuu yksityisesti wc-tiloissa. Lisäksi osastolla on kaksi päiväsalia, ruokasali, parveke, tupakointiparveke ja kävelyparveke. Hoitajien käytävissä on kaksi kansliaa, jotka ovat toisiinsa kytköksissä ja joiden ovet avautuvat kahdelle eri käytävälle. Potilaiden käytössä on ruokasalin yhteydessä sijaitseva potilaskeittiö. Potilaskeittiö on varustettu jääkaapilla, mikroaaltouunilla, kahvin- ja vedenkeitimellä ja vesipisteellä. Potilaiden käytössä valvotusti myös kodinhoituhuone henkilökohtaista pyykkihuoltoa varten. Osastolla on käytävissä myös monitoimihuone, jossa voidaan järjestää tapaamisia myös internetin välityksellä. Lisäksi henkilöstön käytössä on toimistotiloja, lääkehuone sekä taukuhuone, hoitotarvikevarasto, laitteiden huoltotilat ja huuhtelu/jätehuoneet sekä siivoushuone.

Osaston 26L toimitilat sijaitsevat keskussairaalan L-talon 3. kerroksessa. Osaston 26L toimitilat on suunniteltu 20 psykiatrisen potilaan hoitoa ajatellen. Tilat ovat pääsääntöisesti yhden potilashuoneita. Osastolla 26L on 18 potilashuonetta, näistä 16 on yhden hengen huoneita ja kaksi on kahden hengen huoneita. Osassa huoneissa on mahdollista suorittaa kameravalvontaa ja yhdestä huoneesta on tarvittaessa pääsy turvasoluun. Kameravalvontaa suoritetaan vain potilaan suostumuksella ja lääkärin määräyksestä. Jokaisessa huoneessa on wc- ja suihkutilat. Kahden hengen huoneissa ei ole erikseen sermiä tms. tarvittaessa vaatteiden vaihto onnistuu yksityisesti wc-tiloissa. Lisäksi osastolla on kaksi päiväsalia, ruokasali, parveke, tupakointiparveke ja kävelyparveke. Hoitajien käytävissä on kaksi kansliaa, jotka ovat toisiinsa kytköksissä ja joiden ovet avautuvat kahdelle eri käytävälle. Potilaiden käytössä on ruokasalin yhteydessä sijaitseva potilaskeittiö. Potilaskeittiö on varustettu jääkaapilla, mikroaaltouunilla, kahvin- ja vedenkeitimellä ja vesipisteellä. Potilaiden käytössä valvotusti myös kodinhoituhuone henkilökohtaista pyykkihuoltoa varten. Osastolla on

käytettävissä myös monitoimihuone, jossa voidaan järjestää tapaamisia myös internetin välityksellä. Lisäksi henkilöstön käytössä on toimistotiloja, lääkehuone sekä taukhuone, hoitotarvikevarasto, laitteiden huoltotilat ja huuhtelu/jätehuoneet sekä siivoushuone.

Osaston 25L ja 26L tiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään vähintään 3 vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu yksikön turvallisuusohjeisiin, saa perehdytystä tilojen turvallisuuteen liittyen ja osallistuu vuosittain toteutettavaan turvallisuuskävelyihin. Potilashuoneissa on riittävä ja paikkakohtaisesti säädettävä valaistus. Äänieristys on huomioitu tilasuunnittelussa mahdollisimman hyvin. Osastolla 25L henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa osastolla liikkumisessa. Esteettömyys on huomioitu ja apuvälineiden kanssa liikkuminen on sujuvaa, kynnyksiä ei ole ja oviaukot ovat riittävän väljiä. Osastot 25L ja 26L ovat suljettuja osastoja ja sen mukaisesti osastoille kulku ja siellä poistuminen tapahtuu henkilökunnan kulunvalvonnalla. Lääkehuoneeseen kulku on henkilökunnan kulunvalvonnalla. Tilojen hätäpoistumistiet on merkitty opasteilla ja merkkivaloilla. Kulkuväylät ja hätäpoistumisreitit pidetään vapaana. Osastolla 25L ja 26L on turvavalistus sähkökatkotilanteita varten.

Osastoilla 25L ja 26L on tarvittaessa mahdollista käyttää hoitajakutsua mutta se ei ole automaattisesti asennettuna kaikkiin huoneisiin. Osastoilla 25L ja 26L hoitajat käyttävät ASCOM hälytinjärjestelmää, jonka avulla hoitaja voi kutsua lisähenkilökuntaa paikalle tilanteen niin vaatiessa. Osastolla 25L ja 26L on käytössä kulunvalvonta ja lukitusjärjestelmä, jonka avulla työntekijöiden, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden hallittu liikkuminen toteutetaan. Hallittu liikkuminen muodostuu kulunvalvonta -ja lukitusjärjestelmän kulkuoikeuksista sekä mekaanisista lukitusjärjestelmistä. Kulunvalvonnasta ja lukitusjärjestelmästä vastaa turvallisuuspalvelut. Esihenkilöt hallinnoivat henkilökunnan kulkuoikeuksia. Osaston ulko-ovet ovat aina lukittu ja kulku tapahtuu kulkutunnisteella. Osastoilla 25L ja 26L hyödynnetään kameravalvontaa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä. Lisäksi osastoilla 25L ja 26L on potilashuoneita, joissa on potilaan turvallisuuden varmistamiseksi mahdollisuus käyttää kameravalvontaa. Kamerat eivät ole tallentavia, eikä niistä muodostu henkilörekisteriä. Kameroiden valvontakuva on näkyvillä vain hoitajille. Kameran käytöstä sovitaan aina erikseen potilaan kanssa ja sitä käytetään lääkärin määräyksellä ja sitä käytetään vain potilaan hoidon ja turvallisuuden kannalta välttämättömissä tilanteissa. Osastoilla 25L ja 26L noudatetaan Siun sotessa laadittua ohjetta kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä. Henkilökunta opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön, turvahälyttimien ja muiden hälytysjärjestelmien käyttöön. Ohjeita ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu osastonhoitajalle. Osastojen 25L ja 26L tiloissa on automaattinen paloilmoin- ja sammutusjärjestelmä sekä murtosuojausjärjestelmä. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) toimintaympäristöön, toimitiloihin sekä

teknologisiin ratkaisuihin liittyvistä riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	<ul style="list-style-type: none"> · Pelastussuunnitelmat - linkit · Poistumisturvallisuus opas · Yksikön paloturvallisuusohje · Siun soten Turvallinen lääkeshoidon-opas · Lääkekaapin/huoneen omavalvonta · Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä · Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri · Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä - ohje ja sähköinen ilmoituslomake · Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin · Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa · Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa · Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Osastoilla 25L ja 26L käytetään seuraavia etä- ja digipalveluita:

Etäkäynti: Etäkäynnillä tarkoitetaan puhelin- ja videovälitteistä käyntiä, joka korvaa asiakkaan vastaanottokäynnin ammattilaisen luona tai ammattilaisen käynnin asiakkaan luona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja etäkäyntiyhteydet ovat suojattuja. Etäkäynnille tarvitaan potilaan antama lupa. Osastoilla 25L ja 26L käytetään etävastaanottoja esim. potilaiden jatkohoitoa järjestettäessä tai sovittaessa sekä hoidon koordinoinnissa. Etävastaanotto toteutetaan Teams-välitteisesti tai puhelimitse ja ne sovitaan hyvissä ajoin etukäteen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Osastonhoitajan tehtävänä on mahdollistaa yksikön henkilöstön digitaitojen kehittyminen.

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

Onko palveluyksiköissä 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	Siun Soten ohjeistuksen noudattaminen: Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle
Henkilöstö tai potilas ei osaa käyttää etävastaanottoon käytettäviä laitteita	Osaston digimentoritoiminta	

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveydenhuollon laitteita ovat kaikki laitteet, tarvikkeet, instrumentit ja ohjelmistot, jotka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vamman diagnosoimiseen, 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). Häätälatoimintaan liittyvät lääkkeet on koottu elvytyslaukkuun, joka sijaitsee osastolla 26L. Jokaiselta aikuispsykiatrian osastolta löytyy päivittäisessä käytössä on potilaan tutkimisessa tarvittavia välineitä (esim. verensokerimittarit, verenpainemittarit). Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja, rollaattoreita, jotka löytyvät klinikan yhteisestä apuvälinävarastosta.

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

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

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden käyttökoulutusta antavat mm. laitetoimittajat ja laitevastaavat omassa yksikössään. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöön. Perehdytys toteutetaan käytön opastuksena ja oppimisen tukena käytetään verkkokursseja, 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.

Yksiköissä 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 25L ja 26L 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 kytkettynä varavoimaan ja toimivat myös sähkökatkon sattuessa.

Potilaat on ohjeistettu ensisijaisesti ottamaan yhteyttä joko osastoon 25L tai 26L mahdollisten terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä. Osastojen 25L ja 26L 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 palveluyksiköissä laitevastaava/-yhdysesihenkilö: Kyllä

Onko palveluyksiköissä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Ei

Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: 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

		<ul style="list-style-type: none"> • Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) - tietojärjestelmäohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa <p>Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely</p>

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

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

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa ja aina säädösten, työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Työyksiköiden esihenkilöt vastaavat siitä, että työyksikössä on ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma. Esihenkilö varmistaa, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista ja että henkilökunta tuntee muutokset.

Esihenkilön vastuulla on luoda työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Esihenkilö ja työnantaja arvioivat lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin sekä aloittavat vaaditut korjaavat toimenpiteet. Yksikön lääkehoitosuunnitelma

tulostetaan paperiversiona yksikön turvallisuuskansioon ja sen tulee löytyä myös lääkekaapista, tai sen välittömästä läheisyydestä.

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

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

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

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

Milloin palveluyksiköiden lääkehoitosuunnitelmat on laadittu tai milloin ne on päivitetty: 6.12.2025

<p>Onko palveluyksiköissä lääkehoitovastaava: Kyllä</p> <p>Työskenteleekö palveluyksiköissä farmasian ammattilainen: Kyllä</p> <p>Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot: Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Osaston ylilääkäri Kaisa Roiha Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Merja Konttinen</p>

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

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

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta palvelua ja hoitoa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön

johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobin esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Hoitoon liittyvien infektioiden ja tartuntatautien ennaltaehkäisy on tärkeä osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Infektioiden torjuntayksikkö tarjoaa toimintayksiköille näyttöön perustuvia työ- ja potilasohjeita, ammattilaisten koulutusta ja infektioiden ja tartuntatautien seurantamalleja, joiden avulla toimintayksiköt voivat varmistaa asiakkaidensa ja potilaidensa infektioturvallisuutta, varmistaa toiminnan aseptiikkaa sekä ehkäistä jatkotartuntoja. Infektioiden torjuntayksiköstä voi kysyä matalalla kynnyksellä ohjausta ja neuvontaa ammattilaisen työn tueksi

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 seurantaa infektioista tehdään prevalenssi seurannalla kaksi kertaa vuodessa. Prevalenssitutkimus on sairaalainfektioiden seurantamenetelmä, joka kuvaa tutkimushetkellä sairaalainfektioita sairastavien potilaiden osuutta.

Yksiköissä noudatetaan infektioidentorjuntayksikön antamia ajantasaisia ohjeistuksia. Ohjeistukset sisältävät ohjeita henkilökunnan, välineiden, siivouksen sekä potilastyöskentelyn hygieniaan. Henkilöstön perusrokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja perusrokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa. Käytänteet käydään työntekijän perehdytyksessä läpi, sekä tarpeen vaatiessa kertaamalla ajantasaisia ohjeita.

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

- Huolellisella käsihygienialla
- Suojainten käytöllä
- Työskentelytavoilla
- Työskentelyhygienialla
- Pisto- ja viiltovahinkojen ennaltaehkäisyllä
- Hoitovälineiden puhtaudella, puhdistuksella ja desinfektiolla

- Hoitoympäristön siivouksella ja desinfektiolla
- Asianmukaisella jätteiden ja pyykin käsittelyllä

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

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

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

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

Lue lisää: [Infektioiden torjuntatoimien omavalvonnan vastuutehtävät yksiköille \(linkki, sisäisesti saatavilla\)](#), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

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

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

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

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

Päivittäisestä toiminnasta poikkeavissa kysymyksissä hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön osaamista. Lisäksi hygieniatasoa seurataan ja ollaan yhteydessä puhdistuspalveluihin tarpeen mukaan.

Onko palveluyksiköissä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Infektioiden torjunta		<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) (linkki, sisäinen verkko) <p>Jäteohje 2023(linkki, sisäinen verkko)</p>

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 tiedostokansiota. Jokainen työntekijä ja opiskelija perehdytetään asiakirjojen asianmukaiseen käyttämiseen.

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

Lue lisää: [Siunsote SUUNNITELMA Asiakas-ja potilasturvallisuus seka laadunhallinta.docx](#)

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Työohjeiden ajantasaisuus	Ajantasainen työohjeiden päivitys	
Tulostetut työohjeet	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Osastot 25L ja 26L toimivat yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Organisaation sisäisesti osastolla työskennellään tiiviisti yhteistyössä myös sosiaalihuollon kanssa. Yksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan yksikkö ja klinikkaryhmä kohtaisesti. Osastojen 25L ja 26L työntekijät suorittavat organisaation pakolliset asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Psykiatrian klinikkaryhmällä on myös oma koulutussuunnitelma, jonka mukaiset lisäkoulutukset osaston työntekijät suorittavat. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Näitä ovat esimerkiksi Lupa- ja valvontavirasto (LVV) ja Fimea.

Yhteistyön toteutumista seurataan palautteiden avulla. Mikäli toimintaa on tarve muuttaa, kontaktoidutaan keskeisiin toimijoihin.

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 risikienarviointi	

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

Sosiaali- ja terveydenhuollossa varaudutaan myös yhteiskunnan erilaisiin normaali- ja poikkeusolojen häiriö- ja uhkatilanteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuus- ja valmiussuunnittelu yhdessä muodostavat perustan, toimintaympäristön ja -tavat palvelujen jatkuvuuden turvaamiselle niin päivittäistoiminnassa kuin häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

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

Yksiköiden riskienarviointi tehdään vuosittain Laatuportissa.

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

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

Esihenkilö vastaa turvallisuussuunnitelmien päivittämisestä ja laatimisesta.

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 lääkinälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveystuojelu

[Terveystuojelulain 2 §:n](#) (linkki) mukaan toiminnanharjoittajan on tunnistettava toimintansa terveystuoa aiheuttavat riskit ja seurattava niihin vaikuttavia tekijöitä (omavalvonta). Toiminnanharjoittajan on suunnitelmallisesti ehkäistävä terveystuoa syntymisen.

Osastojen 25L ja 26L terveystuojeluun liittyvää nykytilannetta ja siihen liittyviä riskejä on arvioitu Laatuportissa riskienhallinnan riskiarvioinneissa. Laatuportissa dokumentoidaan myös, kuinka osastolla näitä riskejä hallitaan. Riskejä arvioidaan vuosittain osastonhoitajan toimesta, sekä joka kolmas vuosi yhdessä työsuojelun ja työterveyshoitajan kanssa.

Poikkeamatilanteissa tehdään Laatuportti-järjestelmään tarkoituksen mukainen ilmoitus.

Onko palveluyksiköissä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) terveystuojeluun 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 terveysthuollon 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.

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. Peruselintoimintojen häiriöiden ja yleistilan heikkenemisen varhainen tunnistaminen mahdollistavat tehokkaan hoidon.

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

Yksikössä kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat suorittavat 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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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)
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen		MET-kriteerit (keskussairaala) (linkki, sisäinen) Hätätilapotilaan seuranta-ohje (linkki, sisäinen)

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Asiakas/potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhtäaikaista. 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 25L ja 26L keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon yksiköt, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut, erikoissairaanhoidon vuodeosastot ja toimenpideyksiköt, sosiaalityöntekijät, ravitsemusterapeutit sekä fysioterapeutit.

Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti ja ajantaisesti. Yksikössä on käytössä tarkastuslista, jossa käydään läpi hoitokokonaisuus saapumisvaiheesta uloskirjoitusvaiheeseen, jokaiselle toimijalle on omat vastualueet määritelty. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmässä hoito-ohjeilla ja määräyksillä, eri asiantuntijoiden kirjauksilla, konsultaatioilla, työviesteillä ja sanomajakelulla sekä tämän lisäksi suullisella raportoinnilla. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy osastolta 25L tai 26L muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen. Työntekijöiden monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä.

Mikäli yksikössä herää huoli asiakkaan/potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta tehdään 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) Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>ISBAR vastaanottolomake</p>
--	--	---

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 fysioterapeutteja. Potilaan kanssa keskustellen selvitetään kivun voimakkuutta ja esitetään potilaalle tarkentavia kysymyksiä kipukokemuksesta. Tyypillisimmin potilaalta tarkistetaan mm: missä kipu tuntuu, onko kyseessä kipu, johon särkylääke auttaa, provosoituuko kivun tunne jostain, onko kipu vihlova vai jomottavaa, onko kipu jatkuvaa vai hetkittäistä, voimistuuko kipu tietyissä tilanteissa? Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa diagnostiikassa. Potilaan kokema kipu usein kirjataan

hoitokertomukseen sanallisesti. Kivun asteen ja kivun luonteen kuvaus auttaa hoidon tarpeen arvioinnissa, diagnostiikassa ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaan kokemana kipua 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 putoamistehkeäisy sisältää asiakkaan ja potilaan kaatumis-/putoamisvaaran arvioinnin sekä henkilökohtaisen suunnitelman kaatumisten ja putoamisten ehkäisemiseksi henkilöillä, joiden riski on kohonnut. Näiden lisäksi on yleisiä keinoja ja menettelytapoja ehkäistä kaatumisia ja putoamisia systemaattisesti.

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

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

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

Lue lisää: Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

Onko palveluyksiköissä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Osastoilla 25L ja 26L hoidetaan ajoittain syömishäiriöpotilaita, joilla vajaaravitsemustiloja on jo kehittynyt. Lisäksi muilla potilailla voi olla jo sairaalahoitoon tullessa kehittynyt vajaaravitsemustiloja heidän psyykkisen tai taloudellisen tilanteensa vuoksi. Psykiatrian klinikassa on laadittu työohje syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Ohje on henkilöstön saatavilla. Osastohoidon alussa selvitetään potilaan ravitsemustilanne sekä tehdään somaattisia ja laboratoriotutkimuksia potilaan tilanteen selvittämiseksi. Ravitsemustilanteen selvittämiseksi voidaan käyttää NRS2002- mittaria sekä lisäksi EDE-Q kyselyä. Näiden arviointien pohjalta laaditaan potilaalle ateriasuunnitelma, jota noudatetaan hoitosopimuksen mukaisesti. Suunnitelmia toteuttaa potilaan lisäksi potilaan omahoitaja sekä vuorokohtaiset hoitajat. Suunnitelma kirjataan mediatriin kaikkien hoitoon osallistuvien nähtäville. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito-ohjetta noudattaa koko henkilöstö, jotta hoito on yhdenmukaista ja laadukasta potilaiden kohdalla.

Muiden kuin syömishäiriöstä aiheutuvien vajaaravitsemustilojen arvioinnissa sekä hoidossa toimitaan Siun Soten yleisen ohjeistuksen mukaisesti. Siun sotessa vajaaravitsemusriskin seulontaan käytetään Mediatriin lomakkeista löytyviä MNA (Mini Nutritional Assessment) ja NRS2002 (Nutritional Risk Screening) -mittareita.

MNA on suunnattu perusterveydenhuoltoon ja ikäihmisten palveluihin, kun taas NRS2002 sairaalapalveluihin. Käyttöohjevideot ja toimintamallit seulojen tekemisen jälkeen löytyvät Siun soten intrasta ravitsemusterapian tiedostoista ja ovat henkilöstön käytettävissä.

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

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

Onko palveluyksiköissä 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)

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 anemiamia, täytetään potilaasta painehaavariski- mittari. Painehaavariskin tunnistamisessa hyödynnetään Braden-mittaria. Kohonnut painehaavariski huomioidaan potilaan hoidossa

apuvälineiden, asentohoidon, hyvän ravitsemuksen, hyvän henkilökohtaisen hygienian sekä ihon tarkkailun keinoin. Painehaavapotilaiden hoito suunnitellaan lääkärin ja/tai haavahoitajan toimesta. Osastolle on lainattavissa decubitus patja ihovaurioiden ehkäisemiseksi. Lisäksi osastolla on tarvittaessa käytössä siirtonosturi.

Onko palveluyksiköissä 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 Haittatapahtuman 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.

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

klinnkaryhmästä löytyy hoituhuone, jossa pystytään tekemään pieniä toimenpiteitä ja tutkimuksia tarpeen vaatiessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaushoidon turvallisuus		<ul style="list-style-type: none"> Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <p>Yksiköiden omat tarkistuslistat (myös pientoimenpiteiden tarkistuslistat)</p>

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.

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

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

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

Lue lisää: Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

Yhteenvedo 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 (delirium) hoito- ja palveluketju (linkki)
Akuutin sekavuustilan tunnistaminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	
Akuutin sekavuustilan aiheuttama vahinko potilaalle	Laatuportin vaaratilanneilmoituksen täyttö	

10.10 Elintapaohjaus

Terveydenhuoltolaki (13 §) velvoittaa hyvinvointialuetta sisällyttämään kaikkiin terveydenhuollon 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.

Psykiatrialla potilaan tulotilanteessa kartoitetaan potilaan kokonaisterveyden tilaa. Terveydentilan perusteella potilaalle annetaan elintapaohjausta. Myös psykiatrisen potilaan lääkehoito voi vaatia elintapa-ohjausta, joka annetaan osana lääkehoidonohjausta. Potilaita motivoidaan, kannustetaan ja ohjataan tarpeen mukaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat tehtävänsä mukaan potilasasiakirjoihin elintapaohjauksen.

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

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

Osasto 25L ja 25L henkilöstö huomioi ja tiedustelee potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta tuopakoinnin riskeihin liittyen. Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön mahdollisuudesta. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

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

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

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.

Osastolla 25L hoidetaan akuuttitilanteessa olevia psykoosi- ja päihdepsykiatrisia potilaita. Osastolla 26L hoidetaan oikeuspsykiatrisia- ja psykoosipotilaita. Merkittäväällä osalla potilaista on ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumausaineiden väärinkäytön kanssa. Osastolla 25L ja 26L kartoitetaan potilaiden päihteidenkäyttötottumuksia heidän saapuessaan osastolle ja hoidon aikana eri menetelmin (kyselyt, huumausaineseulat, alkometri, lääkkeiden käytön selvittäminen tms.). Tavoitteena on jo heti hoidon alusta lähtien luoda luottamuksellinen suhde hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Mikäli potilaan hallussa on huumausaineita tai alkoholia, ottaa hoitohenkilökunta nämä haltuun ja ne hävitetään Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti. Osastolla 25L hoidetaan päihderiippuvuuksia psykiatrisen hoidon ohella, erillistä hoitoon ohjausta ei siis tarvita vaan potilaan kokonaisvointi huomioiden voi hoito alkaa välittömästi. Akuutit sekavuustilat hoidetaan Siun Soten tekemän palveluketjun mukaisesti.

Osastoilla 25L ja 26L arvioidaan ja hoidetaan riippuvuussairauksia psykiatrisen hoidon yhteydessä. Osastolla on mahdollista toteuttaa myös vieroitushoitoa. Osaston henkilökuntaa koulutetaan huomioimaan riippuvuussairaudet hoitosuhteessa. Päihteiden käyttöä arvioidaan osastolla koko hoitojakson ajan. Osastolla päihteiden käyttö ei ole sallittua, mutta päihteettömyys ei ole kriteeri psykiatrisen hoidon saamiselle. Mikäli riippuvuussairaana potilaan psyykinen vointi sallii uloskirjaamisen osastolta, pyrkii osaston hoitohenkilökunta yhdessä potilaan ja sosiaalityöntekijän kanssa löytämään potilaalle sopivan jatkohoitopaikan, mikä voi olla myös päihdekuntoutusyksikkö.

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

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 puheeksiottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - . Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

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.

Osasto 25L on akuuttipsykiatrian yksikkö, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon tasoista psykiatrista hoitoa, yksikössä ei tehdä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Psykiatrisesti sairastuneen potilaan omaiset ja läheiset huomioidaan osana ennaltaehkäisevää hoitoa.

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

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) <p>Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki)</p>

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.

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

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

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

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#), Siun soten [Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma \(linkki, sisäinen\)](#)

Yhteenvedo 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 ihmisoikeussopimusvelvoitteet 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 vaikkei se olisi käynnin ensisijainen syy.

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

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä, vastaanotoilla ja osastolla 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 vastaanotoilla voidaan myös työstää väkivaltateemaa. Tarvittaessa asiakas/potilas ja/tai läheiset ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin sovittujen 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 väkivallasta verkkokoulutus – THL).

Lue lisää: [Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#) (linkki) [Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn](#) (linkki, saatavilla sisäisessä verkossa), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki), Alueellinen lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimintasuunnitelma 2025-2028

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 toimintamallien tuntemuksessa voi olla puutteita	Osaamisen kehittäminen ja ylläpitämisen ohjeisiin tutustuminen ja kertaaminen	Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus (linkki) Siunsote PAL Työohje Palliativisen hoidon tasot ja osaamisvaatimukset.docx

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 kehittämisajakaulu

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatu 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>

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_zx7DOg57-0fwyKl2VU_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=2ahUKEwJpG-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=2ahUKEwivNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&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=2ahUKEwiTqtTG9l>

[iBAxUrFBAIHQIAppQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449](https://www.finlex.fi/fi/flaki/fajantasa/1994/19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449) (linkki)

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa):
<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Dbdb1%2D66f99a41df45> (linkki)

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

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

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y (linkki)

Tartuntatautilaki (1227/2016):
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29Zef&opi=89978449> (linkki)

Terveysthuoltolaki (1326/2010):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKxAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveysthuojelulaki (763/1994):
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62ZJKBAxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZI-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)