

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Ihokeskus

Laatija(t)	Kivivuori Minttu, ylläääkäri
	Tuomikko Eija, osastonhoitaja
Tarkastaja	Harju Anu, palvelupäällikkö
	Karvinen Heli, ylihoitaja
Hyväksyjä	Harju Anu palvelupäällikkö
Pvm.	24.3.2025

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	6
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	7
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	7
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	8
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	9
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	10
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	10
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	10
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	11
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	12
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	12
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	13
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	13
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	14
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	15
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	15
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	16
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	16
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	17
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	20

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	20
6.5.2	Asiakasviestintä	20
7	Henkilöstö	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	22
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen.....	24
7.6	Työhyvinvointi	24
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	25
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	26
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	26
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	27
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	29
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	29
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	30
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	33
9.5	Infektioiden torjunta	34
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	34
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	35
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	36
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	37
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	37
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	37
9.7.3	Terveydensuojelu	38
10	Palvelun sisällön omavalvonta	39
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	39
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	40

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	40
10.4	Kivunhoito	41
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	42
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	43
10.7	Painehaavojen ehkäisy	43
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	44
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	45
10.10	Elintapaohjaus	46
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	46
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	47
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	47
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	48
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	48
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	49
10.12	Itsemurhien ehkäisy	49
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	50
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	51
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	51
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	52
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	52
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	53
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	54

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 laatimisvelvoitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun omavalvontaohjelman (linkki) sisältökokonaisuus sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä](#) (linkki), kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) sekä [asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman](#) (linkki) mallipohjan sisältökokonaisuudet.

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Ihokeskus, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Vastaanottotoiminta
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Hyvinvointialueen väestö
Käyntimäärät	Vastaanottokäyntejä 6784 vuonna 2024 Etäkäyntejä 418 vuonna 2024

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Minttu Kivivuori, ylilääkäri minttu.kivivuori@siunsote.fi , 0133303262 Eija Tuomikko, osastonhoitaja eija.tuomikko@siunsote.fi , 0133307580
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi , 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.

Ihokeskus kuuluu konservatiiviseen klinikkaryhmään, joka on osa terveys- ja sairaalapalvelua. Ihokeskuksen lähiesihenkilönä työskentelevät ylilääkäri, apulaisylilääkäri, (lääketieteellinen johto) ja osastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäinen yksikön johtaminen painottuu hoitotyön esihenkilölle yhteistyössä ylilääkäriin, apulaisylilääkäriin ja tiimivastaavan kanssa.

Sihteerityöstä vastaa sihteerien esihenkilö.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Ihokeskuksessa tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on eri syistä johtuvia ihottumia ja haavoja. Poliklinikalla toimii myös haavahoitajan vastaanotto. Ihokeskuksessa tehdään myös allergiatutkimuksia, muun muassa allergiatestejä sekä ammattitautiselvityksiä.

Ihokeskuksessa tutkitaan ihomuutoksia ja hoidetaan tiettyjä ihosyöpiä ja niiden esiasteita jäädätyks- eli kryohoidoilla sekä fotodynaamisella hoidolla (PDT-hoito). Myös pienkirurgisia toimenpiteitä tehdään, kuten koepalojen ottoa ja pienten ihomuutosten poistoja.

Ihosairauksien hoidossa käytetään tarvittaessa ultraviolettivalohoitoa ja kaliumpermanganaattikylpyä sekä tehdään yhteistyötä jalkaterapeutin kanssa.

Yleensä tutkimukset ja hoidot toteutetaan ihotautien poliklinikalla. Joissain tapauksissa tutkimukset ja hoidot voivat vaatia osastolla (osasto 3K) oloa.

Ihokeskukseen potilaat tulevat lääkärin läheteellä. Lääkärin, sairaanhoitajan ja jalkaterapeutin vastaanottopalveluja tuotetaan sekä läsnä-, että etäpalveluna.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

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

Terveydenhuollon keskeiset arvot sekä Pohjois- Karjalan hyvinvointialueen arvot (asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus, vastuullisuus) ohjaavat palveluyksikön käytännön toimintaa ja näkyvät toimintaperiaatteissa:

Asiakaslähtöisyys: näkyy ihokeskuksen toiminnassa niin, että hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoitosuunnitelmat tehdään yhteistyössä potilaan ja läheisen kanssa.

Avarakatseisuus näkyy toiminnassamme siten, että arvioimme jatkuvasti omaa toimintaamme ja toimintatapojamme. Pyrimme kehittämään niitä tutkimusnäytön ja organisaation keräämän tiedon (esim. asiakaspalautteet) perusteella. Ylläpidämme ammattitaitoa mahdollistamalla henkilöstön säännöllisen osallistumisen alueellisiin koulutuksiin sekä Siun soten järjestämiin koulutuksiin.

Turvallisuus: Ohjeiden noudattaminen; vaara- ja poikkeamatilanteiden (PaTu) ilmoitusten tekeminen ja saadun tiedon hyödyntäminen. Osaaminen (esim. riittävät luvat). Huomioimme potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kaikissa toiminnoissamme. Kiinnitämme huomiota myös siihen, että ihokeskuksen toimitilat ovat turvalliset sekä potilaille että siellä työskenteleville.

Yhdenvertaisuus: Ihokeskuksessa potilaita kohdellaan tasa-arvoisesti ja kunnioittavasti. Ihokeskuksessa työskentelevä henkilöstö ovat tasa-arvoisia, arvokkaita ja jokaisella on oikeus tulla kuulluksi ja kehittää osaamistaan.

Vastuullisuus: Yksikön vastuu omavalvonnan ja laadun seurannasta. Eettinen velvollisuus toimia oikein. Toimimme vastuullisesti noudattaen lainsäädäntöä ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistuksia. Jokainen työntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä osallistumalla koulutuksiin ja oman työnsä kehittämiseen strategian mukaisesti. Seuraamme toimintamme laatua esim. Laatuportti-ohjelman kautta saatavien raporttien avulla. Kehitämme toimintamme laatua moniammatillisesti ottamalla huomioon saamamme palautteen toiminnan kehittämisessä.

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)

Ylilääkäri ja osastonhoitaja

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Ihokeskuksen omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat ylilääkäri, apulaisylilääkäri, osastonhoitaja ja sairaanhoitaja. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation konservatiivisen klinikkaryhmän omavalvontasuunnitelmapohjaa. Alustava suunnitelma käydään läpi ihokeskuksen palaverissa, jolloin henkilöstöllä on mahdollisuus kommentoida suunnitelmaa ja ehdottaa siihen muutoksia. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain. Omavalvontasuunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös potilailta ja heidän omaisiltaan saatu palaute ja kehittämis ehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on potilaiden nähtävillä paperiversiona ihokeskuksen ilmoitustaululla, mikä mahdollistaa siihen tutustumisen ja kehittämis ehdotusten esille tuomisen.
--

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

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

Omavalvontasuunnitelma on potilaiden ja heidän läheistensä nähtävillä yksikön ilmoitustaululla. Omavalvontasuunnitelma löytyy myös sähköisessä muodossa Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla.

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 vastuu kuuluu Ihokeskuksen lähijohdolle. Henkilöstöä ohjataan tekemään Laatuportin vaaratilanneilmoitusten (PaTu) tekemiseen ja ilmoituksia käydään läpi säännöllisesti henkilöstön kanssa poliklinikkapalaverissa. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden kohdalla asia huomioidaan perehdytyksessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista ja käydä läpi ilmoitukset yhdessä henkilöstön kanssa säännöllisesti. Yhdessä mietityt kehittämisehdotukset viedään käytännön työhön.

Jokaisella työntekijällä on vastuu ilmoittaa mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuporttiin.

Lue lisää: 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. Erityisen tärkeää on tunnistaa ennakoivasti toimintaan sisältyvät kriittiset työvaiheet. Ennakoivaa riskien arviointia suoritetaan osana toimintaan kohdistuvien muutosten suunnittelua tai osana toiminnan tavanomaista kehittämistä.

Ihokeskuksessa tehty riskienarviointi viedään laatujärjestelmään (Laatuportti). Riskienarviointia päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan muuttuessa. Riskienarvioinnissa huomioidaan yksikön toimintaan ja ympäristön liittyvät riskit jo ennalta.

sähköisestä turvallisuuskansiosta Ihokeskuksessa tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskävelyjä, jotka toimivat riskienarviointimenetelminä. Turvallisuuskävelyllä pyritään havaitsemaan mahdolliset turvallisuuspoikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä saadaan poistettua/hallintaan. Arviointia tehdään seuraamalla laatuportti-ilmoitusten määrää riskeihin liittyen ja reagoidaan toiminnan muutoksilla.

Turvallisuuskävelyjen järjestämisestä vastaa poliklinikan osastonhoitaja ja turvallisuusvastaava. Turvallisuuskävelyille osallistuvat ennalta sovitut työntekijät moniammatillisuus huomioiden. Turvallisuuskävelyjen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa poliklinikkapalaverissa ja ne löytyvät poliklinikan

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

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Ihokeskuksessa on käytössä Laatuportti laatujärjestelmä, johon laatupoikkeamat ilmoitetaan. Kaikki ammattiryhmät ovat velvollisia ilmoittamaan laatupoikkeamista. Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa vaara- ja poikkeamatapahtumasta 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. Vastuuhenkilöiden (toiminnasta vastaava johto, esihenkilöt) vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa.

Henkilökunnan on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista tai muusta laatupoikkeamasta lähiesihenkilölle suullisesti ja/tai kirjallisesti. Henkilöstöä ohjataan tekemään ilmoitus Laatuporttijärjestelmään kaikista havaitsemistaan vaaratilanteista.

Potilaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siun soten verkkosivuilla. Heidän on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista yksikön lähiesihenkilölle suullisesti ja/tai kirjallisesti. Muuta kautta tulleet ilmoitukset dokumentoidaan laatuporttijärjestelmään.

Uudet työntekijät perehdytetään Laatuporttijärjestelmän käyttöön. Järjestelmän käyttöä käydään läpi ihokeskuksen kokouksessa säännöllisesti, jotta osaaminen Laatuportin käyttöön säilyy.

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.

Ilhokeskusta koskevat Laatuportti ilmoitukset tulevat sekä ylilääkärille/apulaisylilääkärille että osastonhoitajalle käsiteltäväksi. Osastonhoitaja ja ylilääkäri/apulaisylilääkäri käsittelevät ilmoitukset yhdessä. Ilmoituksen saatuaan on vastuuhenkilöiden ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Laatupoikkeamaa käydään läpi moniammatillisissa palaverissa säännöllisesti, mikä on riskien suuruus, miten tämä vaikuttaa palvelutoimintaan ja miksi näin on tapahtunut. Ylilääkäri tai osastonhoitaja kirjaa Laatuportti-ohjelmaan laatupoikkeaman käsittelyvaiheet.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksen käsittely aloitetaan 14 vrk kuluessa sen saapumisesta. Vaara- ja poikkeamatilanteet käydään läpi poliklinikkapalaverissa. Keskustelua käydään yhdessä, miksi kyseinen poikkeama/vaaratilanne on tapahtunut ja miten jatkossa voidaan toimintaa parantaa niin, ettei kyseinen tilanne toistuisi. Tapahtuman käsittelyssä havaitut asiat kirjataan vaara/poikkeamailmoitukseen.

Yhteenveto-osioon osastonhoitaja kirjaa tiedot, jotka hän haluaa näkyvän ilmoituksen tekijälle. Lopuksi hän kuittaa ilmoituksen valmiiksi. Kaikki vaara/poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta, jonka jälkeen ne arkistoituvat järjestelmään. Mikäli laatupoikkeamailmoitusta ei aloiteta käsitellä määräaikaan mennessä, tulee siitä ilmoitus apulaisylilääkärin ja osastonhoitajan sähköposteihin.

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.

Osastonhoitaja kirjaa ilmoitusta käsitellessään kehittämistoimenpiteet riippuen ilmoituksen laadusta ja sisällöstä. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja koordinoinnista vastaavat lähiesihenkilöt (osastonhoitaja ja ylilääkäri/apulaisylilääkäri). Kehittämistoimenpiteiden määräaika suunnitellaan tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti moniammatillisena yhteistyönä.

Toimintaa pyritään kehittämään saadun palautteen perusteella paremmaksi. Potilaiden ja heidän läheistensä tekemät vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään samalla tavoin kuin henkilökunnan tekemät ilmoitukset. Ilmoituksissa saatua palautetta hyödynnetään ihokskuksen toiminnan kehittämisessä. Mikäli on olemassa uhka, ettei riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten seuranta tai korjaavien toimenpiteiden toteuttaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, ylilääkäri/apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja kertovat tilanteesta moniammatillisessa palaverissa. Palaverissa mietitään yhdessä keinot vaara- ja poikkeamatilanteiden korjaavalle toiminnalle ja aikataulutetaan se. Aikataulun toteutumista seurataan tietyin väliajoin ja hyödyntäen laatuportin raporttia. Palautteen antajaan ollaan yhteydessä, jos hän on antanut yhteystietonsa. Yhteydenotosta vastaavat yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja.

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

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Osastonhoitaja tiedottaa henkilöstölle muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä. Tiedottamista tehdään ihokeskuksen kokouksissa ja niistä laaditaan muistiot. Tarvittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intraan.

Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksista on tarpeen tiedottaa ihokeskuksen yhteistyötahoja laajemmin, keskustele osastonhoitaja laajemasta tiedotustarpeesta ylilääkärin ja/tai ylihoitajan kanssa. Tarvittaessa konsultoidaan Siun soten viestintäasiantuntijoita. Viestintäkanava valitaan yhdessä tapauskohtaisesti sen mukaisesti, kenelle viesti halutaan pääasiallisesti kohdentaa.

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.

Potilasta ohjataan ja kannustetaan tekemään hoitoaan koskeva vaaratilanneilmoitus aina, kun potilaalle on hoidon tai palvelun seurauksena tai sen viivästymisen vuoksi aiheutunut vaaratapahtuma. Tapahtumaan vaikuttaneet tekijät ja siitä aiheutuneet seuraukset käydään läpi potilaan/ omaisensa kanssa. Potilaalle annetaan sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot ja ohjataan olemaan tarvittaessa yhteydessä häneen. Tarvittaessa henkilökunta tekee potilaan hoitoa koskevan vaaratilanneilmoituksen. Vaaratapahtumat

käsitellään moniammatillisessa palaverissa. Ylilääkäri/apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja seuraavat laatuportissa samankaltaisen vaaratapahtuman mahdollista toistumista.

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
Laatuportin käyttö on liian vähästä verrattuna Hai-pro-ohjelman käyttöön	Kannustusta/perehdytystä säännöllisesti Laatuportin käyttöön	

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Konservatiivisen klinikkaryhmän palveluihin vaaditaan lähete perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Läheteen käsittelyaikaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jota konservatiivisessa klinikkaryhmässä noudatetaan.

Erikoissairaanhoidossa lähetettä käsittelevä lääkäri määrittelee hoidon tarpeen kiireellisyyden. Kiireellisyys voi vaihdella 1 viikosta 3 kuukauteen. Tarvittaessa läheteen käsittelevä lääkäri voi pyytää ennen vastaanottoaikaa tehtäväksi kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia.

Ihokeskuksessa lääkäri tekee hoidon tarpeen arvion ja suunnittelee potilaan hoidon yhteistyössä potilaan ja/tai hänen omaisensa kanssa vastaanottokäynnillä tai puhelinvastaanotolla. Lääkäri määrittelee hoidon aloittamisajankohdan vastaanotolla lääketieteellisin perustein. Hoito voi alkaa myös päivystyksellisesti.

Ihokeskuksessa seurataan ajanvarausjonoa. Kuukausittain sihteeri ajaa kiireettömän hoidon takuukriteerien mukaiset tilastot ja läheteiden käsittelyajat. Hoitotakuun ulkopuolelle jäävää ns. kontrollipotilaiden jonoa seurataan jatkuvasti.

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

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Ihokeskuksessa hoitoon pääsyn toteutumista seurataan sähköisen raportointijärjestelmän avulla. Ihokeskuksen esihenkilöt seuraavat kuukausittain hoitoon pääsyn toteutumista ja tästä tiedotetaan henkilöstöä ihokeskuksen palaverien yhteydessä.

Potilaita tiedotetaan toiminnan muutoksista sekä paikallisten tiedotusvälineiden että myös organisaation verkkosivujen avulla. Mikäli hoitoon pääsy ei toteudu laissa määrättyssä aikataulussa, pyritään tekemään asiaa korjaavia toimenpiteitä suunnitellusti.

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.

Ihokeskuksessa vastaanottokäynnin yhteydessä potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat, tavoitteet ja toteutus kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilaan näkemykset ja voimavarat (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita

seurataan ja noudatetaan. Potilaan hoitosuunnitelmasta ja -tavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan ja hänen omaisensa (potilaan näin halutessa) ja potilaan hoitoon osallistuvan henkilöstön kanssa.

kanssa.

Potilaan ja hänen läheisensä kanssa keskustellaan hänen terveytensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa. Huomioiden potilaan näkemykset ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunnitellessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita seurataan arvioimalla hoitosuunnitelmia ja tavoitteita toistuvasti. Perehdytyksellä varmistetaan, että hoitosuunnitelmaa osataan toteuttaa/ seurata.

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.

Ihokeskuksen vastaanotto toiminta perustuu potilaiden vapaaehtoisuuteen. Potilaan ollessa kykenemätön vastaamaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, hoitoa koskevat päätökset tekee aina lääkäri potilasta kuunnellen ja yhteistyössä potilaan läheisten kanssa. Jos potilas on kykenevä päättämään omaan terveyteensä liittyvistä asioista, niin hänellä on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja halutessaan myös kieltäytyä tarjotuista hoitovaihtoehtoista.

Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat toiminnan lähtökohtana. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon. Potilaan sekä hänen läheisen mielipiteet ja näkemykset huomioidaan lääkärin tehdessä hoitolinjauksia. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja ihokeskuksen perehdytyksessä. Henkilöstön osaaminen varmistetaan potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyvissä asioissa. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin 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.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ihokeskuksessa potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä ja tarvittaessa kuullaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista hoidon tarvetta arvioitaessa tai hoitoa suunniteltaessa.

Mikäli itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille, tehdään se käyttäen lievintä mahdollista itsemääräämisoikeuden rajaamiskeinoa.

Ihokeskuksessa potilaiden uhkaavaan käyttäytymiseen pyritään varautumaan jo ennalta. Tarvittaessa paikalle pyydetään sairaalan vahtimestarit, joiden läsnäolo rauhoittaa suurimmassa osassa tilanteita. Vahtimestarit turvaavat hoitohenkilöstön työskentelyä. Jos potilas kuitenkin jatkaa uhkaavaa käyttäytymistä, eikä keskustelu ole hallintakeinona riittävä, tarvittavia rajoitustoimia toteuttavat vahtimestarit.

Ihokeskuksessa ei ole käytössä omia rajoittamisvälineitä. Rajoittamistilanteissa potilaan vointia seuraavat ihokeskuksen lääkärit ja hoitohenkilöstö. Rajoitustoimet kirjataan potilastietojärjestelmään lääkärin ja/tai hoitajan toimesta. Tilanteesta tehdään vaaratilanneilmoitus ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrää että käytettyjä rajoitustoimia. Henkilöstön osaaminen varmistetaan uhkaavissa potilastilanteissa organisaation tarjoamilla koulutuksilla. Näitä koulutuksia ovat puhejudo- ja haastavat asiakas ja potilastilanne- ja väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallinta (avekki).

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 terveyspalveluita toteutettaessa.

Kaikilla ihokeskuksessa asioivilla potilailla on oikeus laadukkaaseen, hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen, eikä epäasiallista kohtelua hyväksytä. Mikäli epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten kanssa. Tarvittaessa asiasta tiedotetaan konservatiivisen klinikkaryhmän ylempää johtoa ja/tai potilasasiavastaava.

Ihokeskukseen tulevat potilaspalautteet käydään läpi ylilääkärin/apulaisylilääkärin ja osastonhoitajan toimesta kokouksessa yhdessä henkilökunnan kanssa. Tarvittaessa potilasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Potilas/omaista voidaan ohjata myös ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan. Saadut potilaspalautteet huomioidaan yksikön toiminnan kehittämisessä. Toiminnan kehittämisestä vastaavat osastonhoitaja ja ylilääkäri/apulaisylilääkäri. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä.

Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymätön potilas tai hänen läheisensä ohjataan ottamaan yhteys ihokeskuksen ylilääkəriin tai osastonhoitajaan tai tekemään asiasta muistutus. Muistutuksen voi tehdä Siun soten www-sivuilla sähköisen asiointipalvelun kautta tai muistutuslomakkeella. Yhteydenoton perusteella tapahtuneesta keskustellaan asianosaisten kanssa ja pyritään kehittämään toimintaa paremmaksi.

Palvelua järjestetään tarvittaessa vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Aistivamma huomioidaan myös yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla. Jos tulkkipalvelua tarvitseva potilas kokee saaneensa epäasiallista kohtelua, järjestetään tulkki paikalle myös tilanteeseen, jossa hänen kokemaansa epäasiallista kohtelua selvitetään.

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.

Ihokeskukseen tuleva potilaspalaute käydään läpi lähiesihenkilöiden toimesta ihokeskuksen kokouksessa yhdessä henkilökunnan kanssa. Tarvittaessa potilasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Potilasta/omaista voidaan ohjata myös ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan. Saadut potilaspalautteet huomioidaan yksikön toiminnan kehittämisessä. Toiminnan kehittämisestä vastaavat osastonhoitaja ja ylilääkäri/apulaisylilääkäri. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä.

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

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:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@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 tietoturvalisästä Suomi.fi-viestit -palvelun (linkki) kautta

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksikössä näkyvillä ilmoitustaululla ja yhteystiedot on löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot myös vastaanottokäynnin yhteydessä, jos hän niin toivoo.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Ihokeskuksessa on käytössä sähköinen asiakaspalautekanava, joka löytyy Siun soten verkkosivuilta. Poliklinikalla asiointin yhteydessä mitataan jatkuvasti saatua palautetta. Tekstiviesti lähtee aina asiointin jälkeen (klo 16 kootusti) jos kyseessä on käyntiasiointi (ensikäynti, uusintakäynti tai puhelinkäynti). Ihokeskuksessa on otettu kokeiluun päivitetty QR-koodi juliste, joka ohjaa suoraan Laatuporttiin ihokeskuksen palautesivustolle. Toiminnan mittareina toimii myös Roidu-raportit sekä siinä lisänä NPS:92, jonka kautta saadaan avoin asiakaspalaute. Tästä informoidaan henkilöstöä myöhemmin kevään aikana. Potilailla sekä heidän läheisillään on myös mahdollisuus antaa suoraan palautetta henkilöstölle asiointinsa yhteydessä.

Osastonhoitaja käy potilaspalautteet henkilöstön kanssa läpi viikottain poliklinikkapalavereissa ja niiden pohjalta suunnitellaan tarvittavat kehittämistoimenpiteet. Potilaaseen otetaan yhteyttä henkilökohtaisesti, mikäli hän tätä toivoo ja on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen.

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

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Ihokeskuksen asiakasviestinnässä hyödynnetään Siun soten olemassa olevia viestintäkanavia ja välineitä. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä Siun soten viestintäpalvelujen kanssa. Asiakasviestintää tehdään myös Siun soten verkkosivuilla ja sosiaalisen median kanavilla. Asiakkaille suunnatut tiedotteet toimitetaan kirjallisesti potilaskirjeiden ja lehti-ilmoitusten kautta. Asiakasviestintää arvioidaan myös Roidu-raportin ja NPS:92 mittarin

avulla sekä laatuporttiin tulevien asiakaspalautteiden kautta. Vastanottokäynnin yhteydessä potilaalle kerrotaan tiedotettavasta asiasta ja annetaan hänelle tarvittaessa tiedote mukaan

Kokemusasiantuntijatoimintaa ei ole käytettävissä, mutta yhteistyötä tehdään tarvittaessa potilasjärjestöjen kanssa.

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

Yhteenvedo 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
Monikulttuuristen potilaitten aseman ja osallisuuden huomioimiseen liittyvät asiat.	Tulkkauspalvelun aktiivinen ja laaja käyttäminen Vieraskielisten potilasopas-materiaalien lisääminen.	

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Ihokeskuksessa on neljä erikoislääkärin virkaa ja yksi erikoistuvan virka. Ihokeskuksessa työskentelee ylilääkäri, apulaisyli­lääkäri ja yleensä kolme ihotauteihin erikoistuvaa sekä ajoittain yksi yleislääketieteeseen tai työterveyshuoltoon erikoistuva 3-4 kk ajan. Poliklinikalla työskentelee vaikuise­sti kuusi sairaanhoitajaa ja kaksi jalkaterapeuttia (joista toinen alueellisena jalkaterapeuttina sovit­uilla terveysasemilla) ja kolme sihteerä.

Lääkäreiden vastaanottojen määrä voi vaihdella kuukausittain. Ihokeskuksessa toimii myös sairaanhoitajan itsenäiset vastaanotot esim. haavahoidot, valohoidot ja testipuoli. Toiminnassa korostuvat ohjaus ja neuvonta (lääkehoito ja haava- ja ihonhoidon ohjaus). Ihokeskuksessa työskentelee laillistettuja terveydenhuollon ammattilaisia ja ajoittain myös terveydenhuoltoalan opiskelijoita.

Tarvittaessa poissaolojen tai töiden ruuhkautumisen vuoksi voidaan tehdä yhteistyötä tiettyjen poliklinikoitten kanssa (keuhkosairauksien poliklinikka, neurologian poliklinikka) hoitotyön osalta. Osalla ihokeskuksessa työskentelevillä hoitajilla on useampi eri osaamisalue ja he pystyvät työskentelemään tarpeen mukaan muillakin poliklinikoilla. Tällä toiminnalla varmistetaan ensisijaisesti henkilöstövoimavarojen ja osaamisen riittävyys. Harvoin joudutaan perumaan vastaanottoja.

Ihokeskus on auki arkisin maanantaista perjantaihin. Hoitotyöntekijöiden työvuoro- ja lomasuunnittelusta vastaa osastonhoitaja ja lääkäreiden ja jalkaterapeuttien työjärjestyksestä ja lomista vastaa ylilääkäri.

Työvuorosuunnittelussa ja lomasuunnittelussa henkilökunnan toiveet pyritään huomioimaan turvaten ihokeskuksen päivittäinen toiminta ja riittävä työtehtävien osaaminen. Ihokeskuksessa on myös päivystyksellistä toimintaa virka-aikana.

Ihokeskus toimii Siun soten poikkeusolojen suunnitelman mukaisesti esim. suuronnettomuustilanteissa.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, linkki

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 tapahtuu pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikön kautta. Lisäksi hyödynnetään sisäistä rekrytointia vastuualueen sisällä ja työkiertoa. Henkilöstön rekrytoinnista vastaa rekrytointiyksikkö yhteistyössä lähiesihenkilön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaa hoitotyön esihenkilö ja lääkäreiden ja jalkaterapeuttien rekrytoinnista vastaa ylilääkäri.

Ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytoinneissa. Henkilöstön kelpoisuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin.

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

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.

Ihokeskuksessa käytetään Siun soten yleistä perehdytysohjelmaa ja lisäksi käytössä on ihokeskuksen oma perehdytysohjelma. Yleisperehdytys, työyksikkökohtainen perehdytys ja työhön opastus ovat jatkuvaa ammatillisen osaamisen syventämistä ja laajentamista. Jokaiselle perehtyjälle nimetään vastuuperehdyttäjä(t) koko perehtymisajalle, vastuuperehdyttäjä huolehtii perehdytyksen etenemisestä perehtyjän yksilölliset tarpeet huomioiden. Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista arvioidaan yhdessä esihenkilön, vastuuperehdyttäjän

ja perehtyjän kanssa säännöllisissä tapaamisissa. Ihokeskuksessa toteutetaan mentorointia. Yleisperehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeen mukaisesti.

Perehdyttäjäille tarjotaan perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen liittyvää koulutusta ja lisäksi suositellaan opiskelijaohjauskoulutusten läpikäymistä. Opiskelijoiden perehdytyksen tukena käytetään Siun soten osaamisenkeskuksen ja oppilaitosten perehdytysmateriaalia.

Omavalvontasuunnitelmaan tutustuminen toteutuu yleisen perehdytyksen lomassa. Ihokeskuksen omavalvontasuunnitelman lukeminen on jatkossa osa perehtymistä. Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista seurataan yksilökeskustelujen kautta ja hyödyntämällä muun henkilöstön palautetta.

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

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Ihokeskuksessa työskentelevältä henkilöstöltä edellytetään laaja-alaista ihosairauksia sairastavien potilaiden hoidon osaamista ja koordinoitua. Henkilöstön osaamiskartoituksessa määritellään osaamisalueet ja osaamistavoitteet sekä säännöllinen arviointi niiden toteutumisesta. Henkilöstön osaamisen kehittämistä tuetaan yhteistyökumppaneiden tarjoamilla koulutuksilla sekä Siun soten järjestämällä alueellisilla koulutuskokonaisuuksilla. Siun soten ulkopuolisiin täydennyskoulutuksiin on myös mahdollista osallistua. Koulutuksista tehdään yhteenvedot, jotka esitellään muulle henkilöstölle ihokeskuksen palaverissa. Osaamisen kehittämisensuunnitelman (koulutussuunnitelma) mukaiset koulutukset jakaantuvat Siun soten velvoittamiin koulutuksiin, sekä yksikön erityispiirteiden mukaisiin koulutuksiin. Sisäiset koulutukset ovat ONNI-koulutuskalenterissa ja ulkopuoliset koulutukset sekä verkkokoulutukset merkitään ESSI-henkilöstöhallinto-ohjelmaan. Osastonhoitaja seuraa koulutusten toteutumista.

Hoitajien ja lääkäreiden kehityskeskustelut toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta.

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

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.

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

Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, esihenkilön ja työntekijän osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsisältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan lähijohtamiselle aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät, esimerkiksi osastonhoitajan tehtäväjako apulaisosastonhoitajan kanssa. Ihokeskuksessa työskentelevällä osastonhoitajalla ei ole apulaisosastonhoitajaa työparina.

Ihokeskuksessa johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten (esim. valmentava johtaminen koulutus) muodossa. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa työtehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaolla esim. osaamisperusteisesti digiasiat, kehittäminen ja laatutyö.

Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti klinikkaryhmän lähiesihenkilöiden ja keski johdon palaverissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. henkilöstökysely, kehityskeskustelut ja potilaspalautteet.

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

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.

Ihokeskuksen henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. työkykylähtöinen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu ihokeskuksen esihenkilöille. Merkittävänä yhteistyökumppaneina toimivat työterveyshuolto ja työsuojelu.

Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä ihokeskuksen kokouksissa, kehittämispäivissä, koulutuksissa ja Teams-ryhmäkeskusteluissa.

Kriisitilanteet ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon (defusing) tai työnohjaukseen. Second victim-toimintamallin mukaisesti toimiminen haattatapahtumassa osallisena olleen henkilöstön tukemiseen ja vakavien vaikutusten estämiseen henkilöstön hyvinvointiin ja terveyteen. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyjen, kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen.

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

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.

Ihokeskuksessa väkivallan vaaraa ei varsinaisesti esiinny, mutta puhelimitse tulee toisinaan uhkaavaa käyttäytymistä potilailta ja heidän omaisiltaan. Haastavissa potilastilanteissa toimitaan aina rauhallisesti ja ennakkoiden, varaudutaan apukutsun käyttämiseen ja mahdollisesti kutsutaan jo ennakkoon vahtimestarit turvaamaan toisia potilaita ja henkilöstöä osaamista varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla ja ohjaustilanteilla.

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

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella käytössä olevan Laatuportti-järjestelmän Erinomainen toiminta - ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla voidaan antaa positiivista palautetta ja hyödyntää hyviä käytäntöjä palveluyksikössä sekä koko organisaation tasolla.

Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi ihokeskuksen palaverissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Potilaspalautetta saadaan mm.

arkikohtaamisista, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan myös erinomaisen toiminnan huomiot. Onnistumisia ja positiivisia palautteita voidaan hyödyntää kehittäessä toimintamalleja. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään ihokeskuksessa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaavan henkilöstön saatavuus ja riittävyys jatkossakin	Uusien osaajien kouluttaminen. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen. Henkilöstöeduista informointi. Perehdytysohjelman jatkuva päivittäminen ja perehdyttäjille aikaa perehdyttämiseen.	

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 käsittelystä 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 tietosuoja ja 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.

Potilasasiakirjamerkinnät laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään mallikirjausta ja fraaseja hyödyntäen. Henkilöstö on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksilla. Opiskelijaa ohjaava sairaanhoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia. Lääketieteen opiskelijat kirjaavat potilastietoihin ohjeistuksen ja perehdytyksen mukaisesti. Erikoistuvat lääkärit laativat kirjaukset itsenäisesti ja heillä on mahdollisuus kokeneen lääkärin tukeen.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. Kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan asiakaspalautteilla ja työntekijöiden keskinäisellä vertaisarvioinnilla. Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi esihenkilön ja perehdyttävän kollegan antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti.

Yksikön Mediatripääkäyttäjä perehdyttää tarvittaessa uudet työntekijät Mediatriin käyttöön. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation kirjaamiseen liittyviä ohjeita. Hoitotyöntekijöille järjestetään koulutusta kirjaamiseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

Potilaita ohjataan sekä vastaanotto- ja puhelinkäynneillä käyttämään Omakanta-palvelua. Potilaita ohjataan ottamaan yhteyttä kirjaamoon tai tekemään kirjaamisen oikaisupyyntö Miunpalveluiden kautta.

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

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi esihenkilön antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien 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. Uuden työntekijän tulee allekirjoittaa tietoturvalomake ja esihenkilö huolehtii kopion työntekijälle ja lähettää alkuperäisen lomakkeen asiakirjahallintoon.

Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Neurologian poliklinikan toiminnassa muodostuu henkilötietoja sisältäviä paperisia asiakirjoja, jotka tarvittaessa säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaan tietosuojajätteenä. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta työntekijöiltä viiden vuoden välein. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, poliklinikalla toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta esihenkilölle välittömästi ja esihenkilö tekee tietosuojaloukkausilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Häiriötilanteen varalta on toimintaohjeistus Intrassa. Häiriötiedotteita ja huoltokatkoja seurataan aktiivisesti ja noudatetaan tietohäiriötilanteessa annettuja ohjeita.

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

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma: hyväksytty 18.8.2023 ja sitä päivitetään vuoden 2025 aikana.

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

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi (linkki)

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, susanna.wilen@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Ihokeskuksen toimitilat sijaitsevat Keskussairaalan A-talon 5. kerroksessa. Kaikki potilasvastaanotot toteutetaan tarkoitustaan vastaavissa tiloissa ja vastaanottohuoneissa. Käyttöön varatut tilat on suunniteltu polikliniseen toimintaan ja tiloja käyttävät niissä työskentelevät henkilöt. Toimitiloja koskevat vikailmoitukset tehdään sähköisesti Granlund-manager palvelun kautta.

Potilasvastaanottokäyttöön tarkoitetuissa tiloissa on turvattu esteettömyys riittävän suurilla tiloilla (esim. pyörätuolilla liikkuvia varten). Poliklinikalla on myös potilassänky tarvittaessa potilaiden käyttöön. Yksityisyyden suojasta huolehditaan mm. varmistamalla äänieristyksen toimivuus äänieristyksen toimivuuden varmistamisella ja tarvittaessa käytetään näköesteenä sermiä. Potilasvastaanottotiloissa on toimintaan vaadittava riittävä valaistus ja välineet.

Ihokeskukselle on laadittu oma poistumissuunnitelma, jota päivitetään parhaillaan. Hätäpoistumistiet on merkitty asianmukaisesti. Poistumisturvallisuus suunnitelmaa ja muita turvallisuuteen liittyviä huomioitavia asioita kerrataan säännöllisesti kokouksissa, turvallisuuskävelyllä ja perehdytyksessä. Poistumisturvallisuus-suunnitelma päivitetään vuosittain.

Ihokeskuksen lääkesäilytys- ja lääkejääkaapit ovat lukittuja. Kulku lääkehuoneeseen tapahtuu henkilökohtaisella kulkulätkällä. Testihuoneissa ja toimenpide- ja PDT-huoneessa on lukitut lääkesäilytys- ja lääkejääkaapit. Toiminta on järjestetty siten, että potilaiden ja asiattomien pääsy tiloihin on estetty.

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

Huom! Kuvaus yleisellä tasolla (salassa pidettäviä tietoja ei saa julkaista)!

Ihokeskuksen tilat ovat avoinna toiminta-aikana. Käytössä on kulunvalvonta ja avaimet. Tiloissa on mm. automaattiset paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmien testaamiseen ja käytäntöön liittyvien asioiden informointi kuuluu tekniselle tuelle.

Ihokeskuksessa on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä WC-tiloissa, vastaanottohuoneissa ja käytävän syvennyksessä, jossa on potilasvuode. Henkilöstö testaa säännöllisesti, ennalta sovittuna ajankohtana hätäkutsujärjestelmän toimivuutta yhteistyössä vahtimestarien kanssa. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Ihokeskuksessa on käytössä potilaille suunnattuja etä- ja digipalveluja. Etäkonsultaatioita (puhelin- ja kuvakonsultaatiot) toteutetaan sähköisen potilaskertomuksen avulla. Vastaanottoajanvarauskirjeitä lähetetään Suomi.fi sähköisen palvelun kautta sekä ihokeskuksessa kirjeitse. Vastaanottoaikoja ilmoitetaan myös tekstiviestillä, jos potilas on antanut tekstiviestien käyttöön suostumuksensa. Peruutusaikaa tarjotaan potilaalle sovitusti joko soittamalla tai teksiviestillä.

Potilaan suostumus hänen terveystietojen luovuttamiseen varmistetaan ja kirjataan Mediatri potilastietojärjestelmään tarvittaessa vastaanottokäynnin yhteydessä. Potilaat tunnistetaan organisaation ohjeen mukaan kysymällä henkilötiedot ja tarvittaessa esittämällä lisäkysymyksiä. Lääkäri voi lähettää sovitusti potilaalle tekstiviestillä tutkimusvastauksia. Jos potilas ei halua käyttää sähköisiä palveluja (Omakanta), hänelle ilmoitetaan tutkimusvastaukset kirjeitse.

Henkilöstön etä- ja digipalveluosaamista edistetään kannustamalla henkilökuntaa osallistumaan ajankohtaisiin koulutuksiin. Vuonna 2024 käyttöön tulee yhdessä Hyvinvointialue Eloisan kanssa hankittu Digipalvelualusta. Sen tuomat mahdollisuudet tulevat lisäämään sähköisten palvelujen käyttöä. Syksyllä 2025 aloitetaan suunnittelu digipalvelualustalle kiireetön viestintä potilaan digipolku. Työyhteisössä toimii digimentori, joka auttaa tarvittaessa muita työntekijöitä digiasioissa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Ihotautikeskuksessa on käytössä potilaiden tutkimukseen ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavia hoitovälineitä ja laitteita. Ihokeskuksessa on käytössä verenkierron seurantalaitteena verenpainemittari. Hengityksen seurantaan on käytössä happisaturaatiomittari. Lääkinnällistä happea voidaan antaa potilaalle tarvittaessa vastaanottohuoneessa. Muita käytössä olevia laitteita ovat esimerkiksi vaa`at.

Hätätilanteisiin tarvittavat välineet ja lääkkeet on koottu siirrettävään elvytysvaunuun, joka on helppo siirtää sinne, missä tarve on. Elvytysvaunun sijainti on koko henkilökunnan tiedossa ja se huomioidaan myös perehdytyksessä.

Liikkumisen tukemiseen on käytettävissä keskussairaalaan yhteiskäyttöön hankittuja pyörätuoleja. Lisäksi ihokeskuksessa on käytettävissä myös oma pyörätuoli.

Lääkintälaittehuolto tekee laitteille käyttöönottotarkastukset ja kirjaa myös ne lääkintälaiteluetteloon. Lääkintälaittehuolto huolehtii ihokeskuksen määräaikaista laitetarkastuksista ja ihokeskuksen henkilöstö huolehtii laitteiden säännöllisistä toimintakunnon tarkastuksista.

Välinehuolto huolehtii tutkimus- ja toimenpideinstrumenttien huollosta jokaisen käyttökerran jälkeen. Käytössä olevat laitteet ovat terveydenhuoltoon tarkoitettuja CE-merkittyjä laitteita. Hankinnat toteutetaan yhdessä lääkintälaittehuollon sekä välinehuollon toimijoiden kanssa. Henkilöstö vastaa huollon järjestämisestä, jos laite menee epäkuntoon. Henkilökunta perehtyy laitteiden käyttöön ennen niiden käyttöä.

Laitteiden käytön osaamista laajennetaan astettain työkokemuksen karttuessa perehdytysjaksojen kautta. Henkilökunta on suorittanut laiteturvallisuuden verkkokurssin. Osastonhoitaja seuraa kurssien suorittamista. Lisäksi uusien laitehankintojen yhteydessä laitetoimittajat järjestävät koulutusta sekä lääkäreille että hoitajille. Yksikön laitevastaava on osallistunut digitaalisten laitepassien koulutukseen, laitepassipohjia laatuporttiin täydennetään syksyn 2025 aikana, kun aloitetaan laitepassien suorittaminen.

Mikäli Ihokeskuksessa käytössä olevassa laitteessa tai tarvikkeessa/tuotteessa havaitaan laatupoikkeama tai toimintahäiriö, informoi työntekijä esihenkilöä ja tekee vaaratilanneilmoituksen (PaTu). Vaaratilanneilmoitus tehdään myös laitteen valmistajalle sekä Fimealle. Tuote- tai lääkepoikkeamasta ilmoitetaan joko tuotteen valmistajalle tai apteekkiin.

Osastonhoitaja käsittelee Laatuportissa ilmoitukset ja tarvittaessa pyytää ilmoituksen tekijältä lisätietoja. Laitteiden tai tarvikkeiden käyttö lopetetaan, jos herää epäily laiterikosta, toimintahäiriöstä tai tuotteen laatupoikkeamasta.

Uusien laitteiden hankintaan liittyy laitteen toimittajan käyttökoulutus ja laitetuki, joka osaltaan varmistaa turvallisuutta ja osaamista.

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

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, susanna.wilen@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

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Ihokeskuksen lääkehoitosuunnitelman laativat lääkehoitovastaava ja osastonhoitaja. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastaa ylilääkäri ja osastonhoitaja. Osastonhoitaja varmistaa, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Osastonhoitaja mahdollistaa työntekijälle ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti.

Ihokeskuksen osastonhoitaja, lääkehoitovastaava ja sairaala-apteekin edustaja arvioivat säännöllisesti lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin ja aloittavat tarvittavat korjaavat toimenpiteet. Lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona Ihokeskuksen lääkehuoneeseen. Lääkehoitosuunnitelma tallennetaan myös Ihokeskuksen Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin.

Ihokeskuksessa lääkehoitoa saa toteuttaa vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut hoitohenkilö. Lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen on osa perehdytystä. Osastonhoitaja käy läpi perehtyjän kanssa lääkehoitosuunnitelman sisällön yleisesti ja huolehtii, että perehtyjän on mahdollisuus rauhassa tutustua siihen. Nimetty vastuuperehdyttäjä käy läpi lääkehoitosuunnitelman sisällön käytännössä ja ohjaa turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijat perehtyvät lääkehoitoon lääkehoitosuunnitelman avulla ja toteuttavat lääkehoitoa nimetyn ohjaajan valvonnassa.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi henkilöstö suorittaa lääkehoidon koulutukset säännöllisesti ja antaa tarvittavat osaamisen näytöt.

Yksikköön laaditaan 4/2025 lääkehoidon- ja huollon omavalvontasuunnitelma laatuporttiin yhdessä sairaala-apteekin kanssa.

Potilaalle ihokeskuksessa käynnin yhteydessä tapahtuneesta vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Henkeä uhkaavassa tilanteessa paikalle kutsutaan MET-ryhmä organisaation ohjeistuksen mukaisesti ja järjestetään potilaalle tarvittava jatkoseuranta tai -hoito. Vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään.

Osastonhoitaja käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja selvittää yhteistyössä henkilöstön kanssa, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä pyritään selvittämään moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Henkilöstöä tiedotetaan vaaratapahtumasta sekä mahdollisista toiminnan muutoksista ihokeskuksen kokouksessa.

Lääkehoitoon liittyvien kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Lääkäri tarkistaa potilaan lääkelistan, lääkkeitä ei potilaalle anneta poliklinikalta. Potilaaseen ollaan yhteydessä tilannekohtaisesti, mikäli lääkäri päättää niin. Lääkäri antaa soittaessaan ohjeet potilaalle kuinka toimia.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Minttu Kivivuori

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: oh Eija Tuomikko

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Potilasta ja mahdollista saattajaa ohjataan, etteivät he tule vastaanottokäynnille sairaana. Toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus. Käsihygienian merkityksestä kertominen ja käsihuuhteiden käyttöön ohjaaminen on potilaille ja heidän läheisille keskeinen keino infektioiden hallinnassa. Käsihuuhteiden sijoitteluun kiinnitetään huomiota, jotta ne olisivat sekä henkilökunnan että potilaiden helposti saatavilla. Käsihuuhteiden käyttöastetta seurataan potilasmäärillä. Ihokeskukseen on nimetty hygieniavastaava. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) ottamiseen kannustetaan.

Tartuntavaarallisten potilaiden (Syyhy) kohdalla tutkimustilanteet suunnitellaan siten, että noudatetaan eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla. Tartuntavaaralliset potilaat hoidetaan aina päivän viimeisinä potilaina. Potilaalle annetaan suullinen ja kirjallinen ohjaus pientoimenpiteiden (esim. ihokoepalan otto) jälkeen mahdollisten infektioiden varalle. Potilasta kehoitetaan olemaan yhteydessä ongelmatilanteessa virka-aikana ihokeskukseen ja virka-ajan ulkopuolella päivystysavun numeroon 116 117.

Hoitoon liittyvät infektiot kirjataan asiakas – ja potilastietojärjestelmään ja antibiootin aloituksen yhteydessä tehdään kirjaus sairaalan antibiootti ja infektioiden seuranta -rekisteriin. Infektioiden seurantaan ja niiden torjuntaan liittyviä asioita ja ohjeistuksia käydään läpi säännöllisesti ihokeskuksen kokouksissa moniammatillisesti. Henkilöstöä kannustetaan myös hakeutumaan asiaan liittyviin lisäkoulutuksiin. Osastonhoitaja seuraa koulutuksiin osallistumista.

Yksikköön on laadittu infektioiden torjuntatoimien omavalvonta laatuporttiin. Yksikköön ei kohdistunut toimenpiteitä vaativia tehtäviä.

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.

Ihokeskuksen yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja ihokeskuksen palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa. Poliklinikalla on jokaisessa vastaanottohuoneessa jäteastiat pistävää ja viiltävää jätettä varten. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti. Siivoukseen liittyvistä laatupoikkeamista raportoidaan eteenpäin kirjallisesti sekä suullisesti. Vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin. Ilmoitus kohdennetaan laitoshuollon esihenkilölle.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Ihokeskuksen henkilökunta perehdyttää uuden työntekijän intran käyttöön heti työsuhteen alussa. Myös tiedostopankin käyttöön ohjataan. Intrasta löytyvät ihokeskuksen omat sivut, joihin on kerätty suurin osa ihokeskuksen ohjeista (linkit). Ihokeskuksen täsmäohjeita on tallennettu sähköisesti (Teams). Ohjeet on laadittu henkilöstön toimesta kansallisiin ohjeisiin ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuen. Nimetyt henkilöt vastaavat sisällön tuottamisesta intraan. Intran sisällöntuottaja on perehdytetty tarkemmin intran käyttöön. Ohjeet hyväksyy poliklinikan ylilääkäri. Paperiset potilasohjeet tulostetaan tarvittaessa vastaanottokäynnillä.

Ihokeskuksessa on käytössä myös omat Teams-kanavat, joissa käsitellään yksikkökohtaisia tietoja. Teams-kanavaa käytetään myös aktiivisesti päivittäisen tiedon välittämiseen.

Potilaita kannustetaan antamaan palautetta palveluketjujen toimivuudesta ja palvelivatko henkilöstön antamat ohjeet heitä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Ihokeskuksen keskeisiä yhteistyökumppaneita asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Poliklinikalle on laadittu poistumisturvallisuusselvitys, johon on määritelty pelastustoiminnan osalta lyhyesti ihokeskuksen rooli. Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyötä tehdään esimerkiksi osallistumalla säännöllisesti paloturvallisuuskoulutuksiin.
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Keskussairaalaan on laadittu suuronnettumus suunnitelma, jossa ihokeskuksella on oma toimintarooli. Ihokeskus osallistuu suuronnettumus tms. häiriötilanneharjoituksiin, aina kun organisaatiossa niitä

järjestetään. Suuronnettomuustilanteessa ihokeskus odottaa lääkintäpäälliköltä tarkempia toimintaohjeita (auttaminen päivystyksessä/ potilaitten siirtäminen osastoille).

Osastonhoitaja yhdessä yksikön turvallisuusvastaavan kanssa vastaa poistumisturvallisuussuunnitelman laadinnasta ja sen päivittämisestä, seuraava päivitys 4/2025

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.3 Terveystensuojelu

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

Ihokeskuksen yleisten tilojen terveellisyttä arvioidaan vuosittain Laatuporttiin kirjattavassa riskienarvioinnissa sekä työturvallisuuskävelyllä. Tämän lisäksi tilojen turvallisuuteen ja terveellisyteen puututaan aina ongelman ilmaantuessa. Ihokeskuksessa on koneellinen, viilentävä ilmanvaihto, jota säädetään aina tarvittaessa, jotta vastaanottohuoneissa olisi optimaalinen lämpötila ja työskentelyolosuhteet olisivat turvalliset (laitteiden kuumentumisen ehkäiseminen, lääkkeiden turvallinen säilytys). Valaistusta voidaan säätää tarpeen mukaan kaikissa tiloissa. Ääniolosuhteita hallitaan tilasuunnittelun ja äänieristyksen avulla. Säteilyä aiheuttavaa toimintaa ei Ihokeskuksessa ole. Nestemäistä typpeä käsitellään päivittäin noudattaen ohjeistusta.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) sekä Terveystensuojelulaki 763/1994, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus talousveden laadusta ja valvonnasta sekä rakennusten vesilaitteistojen riskienhallinnasta 1352/2015 (linkki)

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveystenhuollon 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.

Ihokeskukseen vastaanotolle tuleva potilas tunnistautuu ilmoittautumisautomaatilla henkilötodistuksen avulla. Vastaanottotilanteessa potilas kutsutaan nimellä. Mikäli potilas ei itse kykene kertomaan nimeään, tunnistamisessa käytetään apuna saattajaa ja/tai potilaalla mahdollisesti olevaa tunnistusranneketta. Potilaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistamattomalla potilaalla ei saattajaa mukana	Kutsukirjeessä ohjeistus	

Aistihäiriö potilaat	Vastaanottoajan pituus huomioitava	
----------------------	------------------------------------	--

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.

Ihokeskuksessa potilas on vastaanottokäynnillä lääkärin ja/tai hoitajan seurannassa. Päivystyksellistä hoitoa vaativat potilaat saatetaan vastaanotolta yhteispäivystykseen. Toimenpiteiden (esim. ihokoepalojen ottaminen, botuliinipisto, valohoidot) yhteydessä potilaan vointia seurataan aktiivisesti. Jos potilaan vointi vaatii, hänelle järjestetään osastopaikka jatkoseurantaa ja -hoitoa varten. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat nähtävillä kaikissa vastaanottohuoneissa ja hätätilanteissa potilaan hoitoon avuksi hälytetään MET-ryhmä teho-osastolta. Ihokeskuksen henkilökunta suorittaa vuoden välein Hätätilan tunnistaminen ja Elvytys -koulutuskokonaisuuden (taso 4), joka sisältää verkkokurssin ja käytännön simulaatio harjoittelun. 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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Ihokeskus tekee yhteistyötä organisaation sisällä eri yksiköiden kanssa kuten vuodeosaston (3K), kliinisen fysiologian, infuusioyksikön, ja yhteispäivystyksen kanssa. Poliklinikka tekee myös yhteistyötä ikäihmisten palvelujen kanssa esimerkiksi kotihoito. Vastaanotoilta voidaan siirtää potilaita jatkohoitoon vuodeosastolle

(3K) tai yhteispäivystykseen/päivystysosastolle, jolloin suullisessa tiedonsiirrossa mukaillaan ISBAR-menetelmää. ISBAR on menetelmä, jolla varmistetaan ja parannetaan suullista tiedonkulkua. Henkilökunta koulutetaan käyttämään ISBAR kommunikointimenetelmää.

Erikoissairaanhoidossa asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot välittyvät reaaliaikaisesti yksiköstä toiseen. Perusterveydenhuollon puolelle tieto siirtyy viiveellä, mikä aiheuttaa haasteita.

Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden tilannekeskuksen edustus on mukana arkisin pidettävissä tilannekatsauksessa. Tiedonkulku potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien tahojen kanssa on sujuvaa.

Jos henkilöstölle herää huoli potilaan hyvinvoinnista hänen kotonaan, moniammatillisesti mietitään potilaan tilannetta ja tarvittaessa tehdään potilaasta huoli-ilmoitus sosiaalihuollon palveluihin.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja toimivuuden edellytyksenä ovat säännölliset viikoittaiset kokoukset yksikössä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

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

Ihokeskuksessa potilaan kipua arvioidaan tarvittaessa sanallisilla kysymyksillä vastaanottokäynneillä sekä pientoimenpiteiden yhteydessä. Kivuista kysytään myös potilaan omaiselta. Potilaan kivunhoitoon on ihokeskuksessa käytössä peruskipulääkkeitä sekä puudutteita. Tarvittaessa lääkäri määrää potilaalle

kipulääkityksen myös kotiin. Kivunhoidon arviointi, toteuttaminen ja jatkohoitosuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään.

Kivunhoitoon liittyvä osaaminen varmistetaan ihokeskuksessa säännöllisillä verkkokoulutuksilla. Osastonhoitaja seuraa niiden toteutumista.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Ihokeskuksessa pyritään ehkäisemään potilaiden kaatumista tila- ja kalustesuunnittelun avulla mm. käytävät ovat leveät ja turhat kalusteet on poistettu. Vastaanotolla potilasta avustetaan ja ohjataan tarvittaessa siirtymisissä.

Mikäli potilas kaatuu tai putoaa ihokeskuksessa käynnin yhteydessä, potilaan tilanne tarkistetaan ja sen tiimoilta ryhdytään järjestämään hänelle apua ja tarvittaessa hänet saatetaan päivystykseen hoidon arviointiin. Tapahtumasta tehdään Laatuporttiin ilmoitus ja haittatapahtumailmoitus Mediatriin.

Apuvälineinä on käytössä potilassänky ja pyörätuoli.

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Potilaiden vajaaravitsemusta pyritään ehkäisemään antamalla heille ravitsemukseen liittyvää suullista ja kirjallista ohjausta. Ohjausta annetaan potilaille, joilla on riski saada painehaavauma (pyörätuolilla liikkuva potilas).

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Ihokeskuksen vastaanotolle tulevien potilaiden painehaavariskiarviot on pääsääntöisesti tehty kotihoidon, tehostetun palveluasumisyksikön tai terveyskeskuksen vuodeosaston henkilöstön toimesta. Ihokeskuksessa painehaava-arvio tehdään tarvittaessa riskipotilaille. Braden-mittari on käytössä.

Jos potilas tai hänen saattajansa kertoo vastaanottokäynnin yhteydessä painehaavasta tai riskistä sen syntymiseen, ohjataan heitä olemaan yhteydessä terveyskeskukseen tai jos on käytössä kotihoitopalvelut, niin kertomaan asiasta heille.

Ihokeskuksessa on käytössä liukulevy potilaiden siirtojen helpottamiseksi ja ihovaurioiden ehkäisemiseksi. Lisäksi on mahdollista lainata siirtonosturia autettaessa potilasta siirtymisissä.

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

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ihokeskuksessa tehdään koepalojen ottoa, luomien poistoa ja muita pienkirurgisia toimenpiteitä. Lääkärin perehdytyksessä opetetaan puhtaasti toimintatavat ja kuinka turvallisesti käsitellään pistäviä ja viiltäviä välineitä. Puuduttaessa suositellaan taitosten pitämistä suojana mahdollisia roiskeita suojaten. Toimenpiteen jälkeen lääkäri siirtää terävät ja pistävät välineet viiltosuojajätteisiin. Kaikille työntekijöille suositellaan Siun soten Eve -Ehkäise veritapaturmia verkkokurssia.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmentua 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.

Vastaanotolle tulevat voivat olla myös lapsia, monisairaita ja/tai ympärivuorokautisen avun piirissä olevia potilaita. Potilaalle toivotaan saattajaa vastaanottokäynneille, jos potilaan vointi sitä edellyttää tai potilas on alaikäinen. Potilaan mahdollisen sekavuuden määrittämiseen ei ole käytössä erillistä mittaria. Vastaanottoajat ovat usein lyhyitä ja ennalta tuntemattoman potilaan poikkeavaa/ huolestuttavaa käytöstä voi olla vaikea tunnistaa. Jos potilas itse tai potilaan omainen tuo asian esille, siihen pyritään reagoimaan. Potilasta vastaanotolla hoitava lääkäri voi tarpeen mukaan konsultoida muun erikoisan alan asiantuntijaa (esimerkiksi hoitaja tai lääkäri), jos potilaan hoidon tarpeen arvio sitä edellyttää. Konsultaation tarve ja muut havainnot potilaan voinnista kirjataan potilastietojärjestelmään. Tarvittaessa potilas siirtyy yhteispäivystykseen hoidon arvioon ja odottamaan jatkohoitosuunnitelmaa- ja paikkaa. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki), Akuutin sekavuustilan (delirium) hoito- ja palveluketju (linkki)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10.10 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.

Elintapaohjausta annetaan päivittäin potilaskohtaamisissa esimerkiksi etäpalvelujen kautta, vastaanotoilla ohjaustilanteissa. Potilaiden kanssa kartoitetaan riskitekijöitä keskustelun ja havainnoinnin avulla.

Potilaalle poliklinikalla annetaan ohjausta hänen sairauteensa liittyvissä riskitekijöissä ja motivoidaan potilasta terveellisten elintapojen noudattamiseen. Kerrotaan Siun soten digialustan valmiiden digipolkujen hyödyntämisestä omahoidon tukena. Ohjataan potilasta liittymään erilaisiin tukiryhmiin ja annetaan hänelle informointi ryhmistä, korostaen matalalla kynnyksellä liittymistä esimerkiksi myös etänä oleviin ryhmiin.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Elintapaohjauksen merkitys terveyteen	Ohjaus ja neuvonta	

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö on lakisääteistä toimintaa, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden käyttöä, ehkäistä rahapeleistä aiheutuvia haittoja sekä edistää hyvinvointialueen asukkaiden mielen hyvinvointia. [Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä \(523/2015\)](#) (linkki) velvoittaa tekemään ehkäisevää päihdetyötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Työ kattaa alkoholi-, huumeaine- 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.

Potilaiden kanssa keskustellaan nikotiinituotteiden käytöstä toistuvasti ja ohjataan potilaita nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Lääkärin vastaanotolla arvioidaan nikotiinituotteiden käyttöä ja keskustellaan potilaan kanssa nikotiinin käytön haitallisista vaikutuksista erilaisiin ihosairauksiin (esim. Psoriasis). Potilasta ohjataan ja annetaan tietoa, mistä saa apua käytön lopettamiseen.

Potilaan nikotiinituotteiden käyttöä arvioidaan mini -intervention avulla eli nikotiinituotteiden puheeksi otto työkalun avulla. Motivoivan keskustelun avulla tavoitteena on, että potilas vähentää nikotiinituotteiden käyttöä. Saadut tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään.

Henkilöstön osaaminen potilaan ohjauksessa varmistetaan perehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan koulutuksin.

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.

Potilaiden kanssa keskustellaan alkoholin käytöstä useassa vaiheessa ja ohjataan potilaita käytön lopettamiseen. Lääkärin vastaanotolla arvioidaan alkoholin käyttöä ja keskustellaan potilaan kanssa alkoholin käytön haitallisista vaikutuksista erilaisiin ihosairauksiin. Potilasta ohjataan ja annetaan tietoa, mistä käytön lopettamiseen saa apua.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan alkoholin haittavaikutusten tunnistamiseen perehdytyksen ja osaamisen varmistamisen avulla.

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.

Jos ihokeskuksen vastaanotolla lääkäri tai hoitaja huomaa, että potilaalla on lääkeaineriippuvuus tai huumausaineiden käyttöä, lääkäri/hoitaja konsultoi päihdepoliklinikan lääkäriä tai hoitajaa.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan, huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistamiseen perehdytyksessä ja osaamisen varmistamisen avulla.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki), 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.

Jos vastaanotolla tulee esille joko potilaan tai omaisen kertomana peliriippuvuutta, lääkäri tai hoitaja ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä mielenterveystoimistoon, opiskelijaterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan koulutuksin.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki), 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.

Mikäli vastaanottotilanteessa tulee esille, että potilaalla on mielenterveysongelmia, lääkäri tai hoitaja ohjaa potilasta tarvittaessa ottamaan yhteyttä mielenterveystoimistoon, opiskelijaterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon. Lääkäri tekee tarvittaessa potilaasta lähetteen yleispsykiatrian puolelle.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan koulutuksin.

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

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.

Jos potilas tuo esille itsemurha-ajatuksia vastaanotolla, lääkäri tai hoitaja ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä mielenterveystoimistoon, opiskelijaterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon. Akuutissa tilanteessa lääkäri tai hoitaja ohjaa potilaan yhteispäivystykseen. Lääkäri voi tehdä myös tarvittaessa lähetteen potilaasta yleispsykiatrian poliklinikalle.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan koulutuksin.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Suomen perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta. Hyvinvointialueet vastaavat omalla toimialallaan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemisestä.

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 vaikei 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.

Ihosairautta sairastava potilas ei välttämättä tuo esille vastaanotolla läheisensä väkivaltaista käytöstä. Hoitajan ja lääkärin vastaanotolla tulee herkästi keskustella asiasta potilaan kanssa. Keskustelussa voidaan käyttää johdatteleviakin kysymyksiä. Lääkäri tai hoitaja ohjaa potilasta tarvittaessa ottamaan yhteyttä mielenterveystoimistoon, opiskelijaterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon.

Jos henkilöstöllä herää huoli potilaan turvallisuudesta kotioloissa, tehdään huoli-ilmoitus matalalla kynnyksellä. Vastaanotolla potilas ei välttämättä tuo esille läheisensä väkivaltaista käytöstä. Keskustelussa voidaan käyttää

johdatteleviakin kysymyksiä. Lääkäri tai hoitaja ohjaa potilasta ottamaan tarvittaessa yhteyttä mielenterveystoimistoon, opiskelijaterveysthuoltoon, työterveysthuoltoon.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan, potilaan väkivaltaisen kohtelun tunnistamisessa, erehdytyksessä ja osaamisen päivittämisestä huolehditaan koulutuksin.

Lue lisää: Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn (linkki, saatavilla sisäisessä verkossa), Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki), Alueellinen lähisuhdeväkivallan ehkäisyntoimintasuunnitelma 2025–2028 (julkaistaan vuoden 2025 alussa), Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyntoiminnan koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi (linkki)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankaus
Laatuportin käyttö on liian vähästä verrattuna Haipro-ohjelman käyttöön	Kannustusta/perehdytystä säännöllisesti Laatuportin käyttöön	Vuoden 2024 aikana

Monikulttuuristen potilaitten aseman ja osallisuuden huomioimiseen liittyvät asiat.	Tulkkauspalvelun aktiivinen ja laaja käyttäminen Vieraskielisten potilasopas-materiaalien lisääminen.	Vuoden 2024 aikana
Osaavan henkilöstön saatavuus ja riittävyys jatkossakin	Uusien osaajien kouluttaminen. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen. Henkilöstöeduista informointi. Perehdytysohjelman jatkuva päivittäminen ja perehdyttäjille aikaa perehdyttämiseen.	Vuoden 2024 aikana
Muistamattomalla potilaalla ei saattajaa mukana	Kutsukirjeessä ohjeistus	Vuoden 2024 aikana
Aistihäiriö potilaat	Vastaanottoajan pituus huomioitava	Vuoden 2024 aikana

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).

Omavalvontasuunnitelmaa ja sen toteutumista seuraavat ihokeskuksen lähiesihenkilöt. Toiminnan muuttuessa omavalvontasuunnitelma päivitetään ja tulostetaan ajantasainen omavalvontasuunnitelma nähtäväksi yksikköönhenkilöstölle ja potilaille/läheisille. Intraan omavalvontasuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa.

13.2 Omaavontasuunnitelman hyväksyminen

Omaavontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omaavontasuunnitelma 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)

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 tietosuoja-asetus (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&usq=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwyKI2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwJPq-GO8oiBAxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBQAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usq=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=2ahUKEwivnNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usq=AOvVaw1n46KPifuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449> (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usq=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCI&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%2Dbeb1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_Valvontapalvelut_SUUNNITELMA_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367 (linkki)

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveysthuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveystensuojelulaki (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=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449> (linkki)

Tietosuojalaki 1050/2018: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Työttymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/tyyttymattomyys-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)