

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Kontiolahden kuntoutussairaala

Laatija(t)	Ritva Karppinen, osastonhoitaja
	Satu Lohtander, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Mari Hirvonen, vastuualueen ylihoitaja
Hyväksyjä	Mervi Karttunen, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	25.3.2025

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	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	10
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	10
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	10
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	11
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	14
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	16
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	17
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	17
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	18
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	19
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	19
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	20
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	21
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	21
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	23

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	23
6.5.2	Asiakasviestintä	24
7	Henkilöstö	27
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	27
7.2	Rekrytointi	32
7.3	Perehdytys	33
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	34
7.5	Johtamisosaaminen.....	36
7.6	Työhyvinvointi	37
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	37
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	38
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	40
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	40
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	42
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	45
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	45
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	48
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	50
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	53
9.5	Infektioiden torjunta	58
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	58
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	59
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	60
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	62
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	62
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	62
9.7.3	Terveydensuojelu	64
10	Palvelun sisällön omavalvonta	66
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	66
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	67

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	68
10.4	Kivunhoito	70
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	71
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	73
10.7	Painehaavojen ehkäisy	74
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	75
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	76
10.10	Elintapaohjaus	77
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	78
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	78
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	79
10.11.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	79
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	80
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	80
10.12	Itsemurhien ehkäisy	81
10.13	10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisy.....	82
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	84
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	84
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	85
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	85
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	85
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	86

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon omavalvonta perustuu palveluyksikössä toteutettavaan riskienhallintatyöhön, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä palvelun käyttäjiltä ja henkilöstöltä saadun palautteen näkökulmasta. Omavalvontasuunnitelma on suunnitelma siitä, miten palveluyksikössä käytännön toimenpitein varmistetaan, seurataan ja arvioidaan oman toiminnan laatua ja turvallisuutta.

Palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman laatimisveloitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman (linkki) sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus sekä Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä (linkki), kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) sekä 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	Kuntoutumisen palvelut
Vastuualue	Kuntoutumiskeskus
Palveluyksikkö	Yleislääketieteen ja neurologisen kuntoutuksen keskus, Kuntoutussairaala Kontiolahti Viervänniementie 3, 81100 Kontiolahti
Palvelumuoto	Yleislääketieteen akuutteisairaanhoidon kuntoutussairaala
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Hoidetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuispotilaita
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Yksikössä on 25 potilaspaikkaa + yksi ylipaikka

Palveluyksikön lähesihenkilö(t)	Osastonhoitaja Ritva Karppinen, ritva.j.karppinen@siunsote.fi , 013 3306784
Palvelupäällikkö	Mervi Karttunen, mervi.karttunen@siunsote.fi , 0133307173
Palvelujohtaja	Jussi Malinen, jussi.malinen@siunsote.fi , 0133304272

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Vastuualuetta johtaa palvelupäällikkö kumppaninaan ylihoitaja. Yksiköissä lääketieteellinen johtamisvastuu on ylilääkärillä ja hoitotyön johtamisvastuu on osastonhoitajalla. Yksiköitä johdetaan organisaatiossa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi; turvallisuus, moniammatilliset näkökulmat ja palvelun laatu huomioiden.

Osastonhoitaja vastaa yksiköiden päivittäisjohtamisesta sekä osastonhoitajalle määritellyistä muista tehtävistä. Hänen poissaollessaan johtamisesta vastaa apulaisosastonhoitaja.

Omavalvontasuunnitelman tarkistavat ylihoitaja ja palvelupäällikkö.

Toimintaa seurataan mm. seuraamalla potilaiden hoitoaikoja, vaihtuvuutta jne.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Hoitotyön sijaispalvelut	1 palveluntuottaja
Lääkärien sijaispalvelut	Useita palveluntuottajia
Hoitoringin järjestämispalvelu	1 palveluntuottaja

Ostopalveluista vastaavat palvelusta riippuen joko Yleislääketieteen ja neurologian keskuksen esihenkilöt tai ylilääkäri/palvelupäällikkö. He määrittelevät henkilöstön osaamisvaatimukset ja varmistavat ostopalvelujen laadun sekä seuraavat palvelujen toteutumista organisaation sopimusten mukaisesti. Hoitotyön esihenkilö vastaa sairaanhoitajien perehdytyksestä, osaamisen varmistamisesta ja vaadittavien pätevyyksien seurannasta Kontiolahden kuntoutussairaalan osastolla. Hän myös seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista osastolla. Henkilöstön vuokrauksessa ja työnohjauspalveluissa noudatetaan sopimusten mukaisia valvonta-, palaute- ja reklamaatiokäytäntöjä sekä organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelujen laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä poikkeamista, ja ilmoitukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti. Potilaat voivat antaa palautetta henkilöstölle suullisesti tai kirjallisesti jatkuvan asiakaskokemuksen mittaamisen tai verkkosivujen palautekanavan kautta. Lisäksi potilaat voivat tehdä tarvittaessa vaaratilanneilmoituksia. Osaston esihenkilöt saavat tukea työhönsä ja osaamiseensa organisaation tarjoamasta osto- ja hankintakoulutuksesta sekä hankinta- ja sopimuspalvelujen asiantuntijoilta. Ostopalveluosaamista vahvistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä.

Ostopalvelu- 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).

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen, jäljempänä Siun sote, tehtävänä on järjestää jäsenkuntiensa puolesta alueensa väestölle yhdenvertaisilla periaatteilla lainsäädännön mukaiset terveydenhuollon palvelut, jotka eri lakien mukaan ovat jäsenkuntien järjestämisvastuulla.

Tavoitteena on tukea, ohjata ja motivoida ihmisiä kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja terveydestään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä moniammatillisessa yhteistyössä.

Tavoitteenamme on turvata joustava jatkohoitoon pääsy erikoissairaanhoidosta ja sujuva kotiutuminen omaan kotiin tai palveluasumiseen. Potilasta hoidetaan hänen kuntoutumistaan tukien. Elämän loppuvaiheessa tuetaan potilasta ja omaisia heidän tarpeidensa mukaisesti.

Palvelut tuotetaan pääosin läsnäolopalveluina. Joskus hoitopalavereita ja moniammatillisen tiimin palavereita järjestetään etäpalveluina Teams:n kautta. Lisäksi tehdään tarvittaessa kotikäyntejä esimerkiksi potilaan kotiuttamista suunniteltaessa.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

- **Asiakaslähtöisyys:** Asiakaslähtöisyys toteutuu kohtelemalla ja hoitamalla jokaista potilasta yksilönä historiasta ja taustatekijöistä riippumatta, sekä kunnioittamalla heidän itsemääräämisoikeuttaan hänen hoitoaan koskevissa asioissa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta ja potilaan päätöstä kunnioitetaan. Potilaalla on oikeus ilmaista tahtonsa esim. siitä, kenelle hänen hoitoonsa liittyvistä asioista annetaan tietoa ja hänen laatimaa hoitotahtoa noudatetaan. Jos potilas ei ole terveydentilansa takia kykenevä ilmaisemaan mielipiteitään ja tahtoaan, tilanteessa kuullaan omaisia/läheisiä.
- **Avarakatseisuus:** Toimintakulttuuri on avoin, muutoksiin valmis ja ennakkoluuloton.
- **Turvallisuus:** Potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin perehtytään jo perehdytysvaiheessa. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.

Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Moniammatillinen koulutettu henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden. Työ- ja potilasturvallisuuteen liittyviin asioihin kiinnitetään huomiota kokoaikaisesti, perehtymisestä lähtien.

Jatkohoidon suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Käytössä on SEPA-taulu (seisontapalaveritaulu), jonka avulla pystytään moniammatillisesti suunnittelemaan mm. kotiuttamista oikea-aikaisesti. Yhteistyötä tehdään tiiviisti kotiutusyhdyshenkilön, sijoittajahoitajan, omaisten/läheisten ja muiden jatkohoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Huolellinen jatkohoidon kirjaaminen tukee ja varmentaa tiedon siirtymistä kaikille hoitoon osallistuville tahoille.

- **Yhdenvertaisuus:** Turvataan asiakkaan yhdenvertaisen kohtelun ja hoitotyössä näkyy asiakkaan aito kohtaaminen ja välittäminen. Hoitotyötä toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Kaikkia kohdellaan kunnioittavasti ja tasapuolisesti. Kaikille potilaille turvataan yhtenäinen oikeus saada tarpeiden mukaista hoitoa ja huolenpitoa sekä ajantasaista tietoa omasta tilanteesta. Potilaan tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu toteutuu käytännössä ja potilas tulee kuulluksi häntä koskevissa asioissa.

- Vastuullisuus: Vastuullisuus tarkoittaa ammattitaitoista, säännöllisesti koulutuksiin osallistuvaa henkilökuntaa. Jokaisella työntekijällä on itsellä velvollisuus oman ammattitaidon kehittämiseen ja ylläpitoon. Vastuullisuus tarkoittaa oman, työtoverin ja moniammatillisen tiimin työn arvostusta ja yhteistyöhön sitoutumista. Potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi perustuvat potilaslähtöiseen ajatteluun. Henkilökunta noudattaa tietosuoja- ja tietoturvaohjeita potilasasioiden käsittelyssä.

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)

Kontiolahden kuntoutussairaalassa omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa osastonhoitaja yhteistyössä henkilökunnan kanssa.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelma laaditaan osastonhoitajan, ylihoitajan, palvelupäällikön ja henkilöstön kanssa yhteistyössä.

Osastokokouksessa käydään omavalvontasuunnitelma läpi yhdessä henkilökunnan kanssa ja tehdään tarvittavat muutokset. Tarvittaessa nimetyt vastuhenkilöt osallistuvat vastuualueensa osioiden laadintaan kuten esim. turvallisuusvastaavat riskien hallinnan arviointiin.

Yksikön toiminnasta voi antaa reaaliaikaista palautetta suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti. Palaute huomioidaan omavalvontasuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluysikkökohtainen 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) palveluysikössä ilman erillistä pyyntöä.

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

Yksikön omavalvontasuunnitelma on tulostettuna yksikön ilmoitustaululla ja turvallisuuskansiossa.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluysikkökohtaisen 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 palveluysikkö 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.

Lähiesihenkilöt vastaavat riskienhallinnasta oman yksikön osalta. Jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla on vastuu/velvollisuus ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden ilmoittaa havaitsemistaan riskeistä. Jokainen henkilökuntaan kuuluva huolehtii omalta osaltaan potilasturvallisuudesta kaikessa toiminnassaan ja havaittuaan turvallisuusriskin, pyrkii poistamaan sen välittömästi tai huolehtii korjaamisesta/huollosta tai tiedottaa asiasta eteenpäin lähiesimiehelle, joka ryhtyy toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Riskien hallinta laaditaan ja päivitetään vuosittain Laatuporttiin esihenkilön johdolla yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. Esihenkilö vastaa suunniteltujen toimien toteuttamisesta, seurannasta sekä toiminnan kehittämisestä. Henkilökuntaa ja opiskelijoita kannustetaan sekä ohjataan potilasturvallisuuden noudattamiseen sekä kertomaan havainnoistaan työtovereille, ohjaajalle ja esihenkilölle. Potilasturvallisuutta ja ilmoitusvelvollisuutta korostetaan kaikessa toiminnassa jo perehdytyksestä alkaen.

Henkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista tiedotetaan ja suunnitellaan kehittämistoimenpide osastopalavereissa yhdessä henkilökunnan kanssa. Osastopalavereista kirjataan muistiot, jotka jokainen on velvollinen lukemaan ja toimimaan yhdessä sovitulla tavalla. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella pyritään parantamaan potilasturvallisuutta. Mikäli kehittämistoimenpide vaatii ohjausta tai koulutusta, esihenkilö järjestää sitä ja mahdollistaa työntekijöiden osallistumisen.

Terveysthuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee seurata terveysthuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että jokainen voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojään ja taitojään voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Yksikön riskienarvioinnit ovat henkilöstön luettavissa sähköisesti Laatuportti-järjestelmässä sekä tulostettuna turvallisuuskansiossa.

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.

Riskienhallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskienhallintaan kuuluu myös suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi sekä toteutuneiden haittatapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja jatkotoimien toteuttaminen.

Ennakoivia riskienarvioinnin menetelmiä yksikössä ovat esim. vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset (etenkin läheltä piti -ilmoitukset), turvallisuuskierrot, säännölliset riskikartoitukset esim. työpaikkaselvitykset sekä muutostilanteiden riskikartoitukset.

- **Asiakas/potilasturvallisuusriskien arvioinnit (asiakkaaseen/potilaaseen kohdistuvat), esim.**
 - Työohjeet intrassa ohjaavat toimintaa sekä potilas- ja työturvallisuutta
 - Tarkastuslistoja käytetään mm. potilaan osastolle tulossa ja kotiutuksessa
 - Kaksoistarkastuksia käytetään lääketurvallisuuden varmistamiseksi
 - Teknisiä ratkaisuja ovat esim. lääkejääkaapin ja huoneilman lämpötilojen seurannassa lämpömittarit, paloturvallisuuteen liittyvät tekniset ratkaisut esim. automaattiset palohälytykset
 - Vaara-, poikkeama- ja läheltä piti -tilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin
 - Muistutusten ja kantelujen pohjalta tehdään tarvittaessa kehittämistoimenpiteitä

- Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan pohjalta annetut suositukset ja aina vältettävissä olevien vaaratapahtumien (Never Event) seurannasta saatu tieto hyödynnetään päivittäisessä toiminnassa
- Hoitoon liittyvät infektiot havainnoidaan esim. SAI:n ja käsihuuhdekulutusseurannan avulla
- Turvallisuuskävelyjä sekä -kiertoja järjestetään usemman kerran vuodessa. Kierrolle osallistuvat uudet ja vuorossa olevat työntekijät. Turvallisuuskierrot ja -kävelyt toteuttavat yksikön oma turvallisuusvastaava tai pelan kouluttaja
- Riskien arviointi vuosittain/tarvittaessa tai toiminnan muuttuessa.
- **Työn riskien arvioinnit (henkilöstöön kohdistuvat), esim.**
 - Työn riskien arviointi Laatuportissa: Kohdistetaan 6 osa-alueeseen: hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät
- **Henkilöstöön kohdistuvat ennakkoliset riskienarviointimenettelyt, esim.**
 - Rekrytointi (kelpoisuus, pätevyys, soveltuvuus)
 - Perehdytys (suunniteltu, seurataan ja arvioidaan)
 - Osaamisen varmistaminen (mm. luvat) ja ylläpitäminen (osaamisen kehittämisen suunnitelma (yksikkö) – täydennyskoulutussuunnitelma (yksikkö, yksilö))
- **Vastuualueella on käytössä laatuohjelma (SHQS)**
 - Laatuohjelma päivitetään vuosittain. Päivittämiseen osallistuu yksikön lähiesihenkilö
 - Yksikköpalaverissa osallistetaan henkilöstö vastuualueen laatuohjelman itsearviointien tekemiseen, joka on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että kaikessa toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuosituksien sekä organisaation strategiset tavoitteet.

Ennakoivia riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmiä ovat vaara- ja poikkeamailmoitusten määrän ja laadun seuranta sekä tarvittavien toimenpiteiden toteutumisen seuranta.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Yksikön henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet Laatuportin potilas- ja asiakasturvallisuusilmoituksen (PaTu-ilmoituksen) avulla tai kertomalla suullisesti tai kirjallisesti yksikön lähiesihenkilölle. Henkilöstön käytössä olevat ilmoituskeinot:

- **Laatuportti**
 - Tehdään johdannossa kuvatut ilmoitukset (sisältää myös sosiaalihuoltolain 48§ mukaiset Epäkohta ja epäkohdan uhka -ilmoitukset; ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta)
 - Myös yhteistyökumppanin vaaratilanneilmoitukset (esim. opiskelijoiden ilmoitukset)
- **Laatuportti + muu taho:**
 - **Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset:** Lisäksi Fimealle vakavassa vaaratilanteessa 10 vrk kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi ilmoitus laitteen valmistajalle. Ilmoitukset voi tehdä Laatuportin kautta.
 - **Tietojärjestelmiin liittyvät merkittävät poikkeamat:** Lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle. Lisäksi ilmoitus Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/> ,linkki)
 - **Lääkkeiden ja rokotteiden hättävähävaarailmoitukset:** Lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.
 - **Verensiirtoihin liittyvät vaara- ja poikkeamatilanteet:** Lisäksi ilmoitus Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta
- **Mediatrin hättätapahtumakirjaus (kaatumiset/putoamiset, painehaavat)**
- **Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä:** Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi (linkki)
- **Ilmoitukset sosiaalihuoltoon, esim.**
 - Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta (Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut)(linkki)?
- **Viranomaisyhteistyö**
 - 112
- **Suullinen/kirjallinen ilmoitusmenettely suoraan esihenkilölle**
- **Turvallisuuspalvelut**
 - vartijapalvelut

Yksikön asiakkaat/potilaat sekä heidän läheiset tuovat esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet seuraavien ilmoituskeinojen kautta:

- **Laatuportti Siun soten verkkosivujen kautta**
- **Lääkkeiden ja rokotteiden hättävähävaarailmoitukset:** Ilmoitus sähköisesti Fimealle
- **Suullinen / kirjallinen ilmoitusmenettely**
 - suullisesti suoraan yksikön esihenkilölle
 - Siun soten verkkosivun palautekanavan ja Suomi.fi-palautteen kautta

Asiakas voi kertoa vaaratilanteesta tai havaitsemastaan turvallisuushavainnosta suullisesti. Tämä suullinen havainto voidaan kirjata Laatuporttiin, jolloin havainnon pohjalta voidaan suunnitella toimenpiteitä ja seurata toimenpiteiden edistymistä.

Henkilökunnan osaaminen vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistamiseen varmistetaan ohjaamalla Laatuportti-koulutuksiin sekä huomioimalla asia uuden työntekijän perehdytyksessä.

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.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset ilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa. Asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset käsittelee osastonhoitaja ja työturvallisuusilmoitukset käsittelee osastonhoitaja. Ilmoitukset käsitellään ohjeistuksen mukaisesti. Käsittelyssä arvioidaan riskin suuruus, tapahtumien seuraukset, toimenpiteet riskien pienentämiseksi ja vastuuhenkilö toimenpiteen toteuttamiselle. Ilmoituksia käsitellään yksikön viikkopalaverissa. Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa. Riskin suuruus (jäännösriski) arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen.

Tarvittaessa tehdään lisäselvityspyynnö osallisille, joita yleisimmin ovat henkilöstö, toinen yksikkö ja yhteistyökumppanit. Lisäselvityspyynnö tehdään Laatuportin kautta, jolloin vastaus dokumentoituu järjestelmään.

Palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteen. Palautteen antaja on voinut jättää myös soittopyynnön asian käsittelemiseksi.

Riskin suuruus määritellään tunnistamalla vaikutusten seurausten taso sekä todennäköisyys miten harvoin tai usein tapahtuma voi sattua. Todennäköisyys saadaan tarkastelemalla yksikön menneitä tapahtumia (Laatuportissa ilmoitusten käsittelyn yhteydessä arvioidaan riskin suuruus sekä jäännösriski kehittämistoimien jälkeen)

Ilmoitusten käsittelyn toteutumista on mahdollista seurata Laatuportissa ja tarvittaessa ryhtyä korjaaviin toimenpiteisiin esim. käsittelyajan tai -tavan kuntoonsaattamiseksi.

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741>

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

Riskien hallinnassa tulee selvittää laatu- ja turvallisuuspoikkeamien juurisyyt ja myötävaikuttaneet tekijät. Tämä mahdollistaa tehokkaiden toimenpiteiden laatimisen riskin pienentämiseksi ja vastaavan tapahtuman estämiseksi tulevaisuudessa. Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten seurannan avulla valvotaan ja arvioidaan tehtyjen kehittämistoimenpiteiden toteutumista ja niiden riittävyttä.

Todennettuja riskejä ja turvallisuuspoikkeamia ennaltaehkäistään, muutetaan ja korjataan suunnittelemalla ennaltaehkäiseviä toimia. Toimia voivat olla esim. henkilöstön koulutus- ja perehdytys, organisaation ja toimintayksiköiden erilaiset ohjeet ja suunnitelmat (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, infektioidenttorjunnan ohjeistus, ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä).

Ylihoitaja ja yksikön lähiesihenkilö seuraavat haittatapahtumien määrää, syitä ja kehittämistoimenpiteitä kuukausi- ja vuositasolla. Terveyskeskussairaaloiden yhdyshenkilö seuraa yleisellä tasolla ilmoituksia ja toimenpiteitä, joita raportoidaan ja käsitellään osavuositain yhdessä yksiköiden esihenkilöiden kanssa.

Vaaratilanneilmoituksiin kuvataan toimenpiteitä, jotka ovat esim. keskustelua ja viestintää henkilöstön kanssa. Keskustelun pohjalta suunnitellaan kehittämistoimenpiteitä, joiden avulla ennalta ehkäistään vastaavanlaisia tapahtumia. Esihenkilö vastaa sovittujen kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta.

Kehittämistoimenpiteiden määräaika vaihtelee aiheen ja laajuuden mukaan. Organisaation tavoite on, että vähintään 10 % ilmoituksista sisältää kehittämistoimenpiteen.

Palvelujohtaja ja yksikön esihenkilö seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja toiminnan kehittymistä kuukausi- ja vuositasolla. Esihenkilö kirjaa kehittämistoimenpiteiden toteuttamisen ja seurannan PaTu-ilmoitukseen.

Myös asiakkaan/potilaan sekä hänen läheisensä antamaa palautetta toiminnan epäkohdista sekä vaara- ja poikkeamatilanteista hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Ilmoitukset käsitellään samalla tavalla kuin henkilöstön tekemät Patu-ilmoitukset.

Mikäli palvelu/hoitopoikkeamia esiintyy esim. AVI:n tarkastuskäynnin yhteydessä, korjaavaan toimenpiteeseen ryhdytään ja toteutaan mahdollisimman nopeasti. Näitä voivat olla esim. koulutus, perehdytyskäytännöt, ohjeistuksen täsmennys, yksiköiden välisen yhteistyön lisääminen ja turvavälineiden hankinta/lisääminen. Korjaavista toimenpiteistä vastaa yksikön esihenkilö.

Omavalvontasuunnitelman päivittämisen yhteydessä tehdään analyysia edellisestä toimintavuodesta ja suunnitellaan kehittämistoimet seutavalle toimintavuodelle.

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

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Esihenkilö tiedottaa sovituista muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä henkilökunnalle suullisesti, osastopalavereissa, sähköpostilla ja Teamsillä. Muille yhteistyötahoille tiedotetaan tarvittaessa sähköisesti.

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.

Mikäli asiakas/potilas tai omainen tuo esille mahdollisen havaitsemansa vaaratapahtuman, ohjataan hänet tekemään vaaratapahtumailmoitus [Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki) Laatuporttiin. Yksikön lähiesihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa (on jättänyt ilmoitukseen yhteystiedot).

Haittatapahtumien käsittelyyn kuuluu myös niistä keskustelu asiakkaan/potilaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Mikäli tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut vaaratapahtuma, asiakasta/potilasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta. Asiakasta/potilasta tai omaista ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteyttä esim. potilasasiamieheen, kuluttajaneuvontaan tai sosiaalityöntekijään.

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
Riskienhallinta		Omavalvontaa ohjaavia organisaation sisäisiä toimintaohjeita (löytyvät intrasta), esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa

		Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin -ohje Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa -ohje Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintaohje	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (ulkoinen linkki)

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).

Lääkäri yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa arvioi potilaan / kuntoutuksen palvelun tarpeen asiakkaan terveyden- ja sairaudentila sekä kuntoutuksen tarpeeseen perustuen. Käsityksen potilaan hoidon- ja kuntoutuksen tarpeesta lääkäri muodostaa yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa hyödyntäen kliinistä tutkimusta, kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten perusteella, lääketieteellistä näyttöä ja hyvää käytäntöä noudattaen. Lääkäri päättää potilaan hoitoon ottamisesta ja hoitojakson päättämisestä sekä jatkohoidosta. Nämä päätökset laaditaan potilaan terveyden- ja sairaudentilan kokonaisuus huomioiden lähettävän yksikön ja jatkohoitoa toteuttavan tahon kanssa, sekä tutkitun lääketieteellisen näytön ja hyvän käytännön ohjaamana.

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

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Sairaalapalveluun pääsemiseksi ei ole määritetty määräaikaa, vaan jaksot sairaalassa perustuvat arvioon siitä, missä potilaan hoito- ja kuntoutus olisi asiakaslähtöisesti tarkoituksenmukaisinta toteuttaa. Tavanomaisesti osastojaksolle tullaan hoitoon akuutin vaivan vuoksi, toisinaan myös suunnitellusti kuntoutusjaksolle. Vastuualueen lakisääteisissä palveluissa, esim. muistipoliklinikalla, seurataan hoitoon pääsyn määräajan totetumista.

Hoitoon pääsyä seurataan ja raportoidaan säännöllisesti kuukausittain vastuualueella käytössä olevin mittarein (esim. osastojaksojen läpimenoajat, hoitajaksojen määrät / kk). Vallitsevassa tilanteessa, jossa varsinkin palveluasumiseen pääseminen on jopa valtakunnallisesti ruuhkautunutta, on sairaalayksiköistä jatkohoitoon eteneminen hidastunut, ja tästä syystä yksiköillä on vaikeuksia pystyä ottamaan uusia potilaita lyhytkestoiseen sairaalahoittoon. Ruuhkautumisen myötä julkista viestintää on lisätty ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on tiivistetty tilanteen korjaamiseksi.

[Esim. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019](#) (linkki)

Tiedottaminen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla : [Hoitoon pääsy - siunsote.fi](#) (linkki)

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 kokema avun, palvelun tai hoidon tarve, palvelulle tai hoidolle asetetut tavoitteet sekä asiakkaan ja potilaan voimavarat.

Hoitosuunnitelma laaditaan potilaan tullessa osastolle yhteistyössä potilaan, hänen omaisten/läheisten ja moniammatillisen tiimin kanssa. Tavoitteet asetetaan heti tulovaiheessa kuntoutumista edistäväksi, toimintakykyä ylläpitäväksi sekä alustavan kotiutumissuunnitelman sisältäväksi. Hoitotyön suunnitelmaa tarkastellaan päivittäin ja päivitetään tarvittaessa. Hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen tehdään päivittäin. Pitkäaikaispotilaille kirjataan vähintään kolmen kuukauden välein seurantayhteenveto.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan diagnoosi, hoidon tarve ja tavoite, työnjako, hoidon toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi, lääkitys ja toteutusaikataulu. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tarvittaessa. Uudet työntekijät ja sijaiset perehdytetään asiaan perehdytyksen yhteydessä.

Henkilökunta tutustuu työvuoron alussa potilaan sen hetkiseen tilanteeseen ja terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Käytössä hiljainen raportti, jota täydennetään tarvittaessa suullisesti. Yhteistä keskustelua käydään etenkin haasteellisemmissä tilanteissa.

Mikäli huomataan, ettei suunnitelman laadinta toteudu, muistetaan hoitohenkilöstöä ja hoitavaa lääkäriä.

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.

Jokaisella ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista sitä, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään koskevia päätöksiä. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan, hänen tekemälleen ratkaisulle on annettava etusija laillisen edustajan tai muun läheisen mielipiteen asemasta. Potilaalla voi olla kyky ja oikeus päättää hoidostaan, vaikkei hän olisi enää kelpoinen hoitamaan esim. taloudellisia asioitaan.

Yksikön henkilökunta kunnioittaa ja vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä tukee hänen osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toiminta perustuu lainsäädäntöön ja lakien toimenpanoa koskeviin ohjeistuksiin. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu osallistamalla potilas hoidon ja palveluiden suunnitteluun. Hänen toiveensa huomioidaan siten, että potilas saa yksilöllistä neuvontaa ja palvelua tarvitsemisissaan asioissa.

Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tahtoa ja mielipidettä kunnioittaen.

Ristiriitatilanteissa pyritään löytämään kompromissi, joka ei vaaranna potilaan itsemääräämisoikeutta tai kenenkään turvallisuutta.

Potilaan yksityisyys varmistetaan huolehtimalla hoitotoimenpiteissä yksityisyyden säilymisestä. Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuudesta huolehditaan siten, että potilaan asioista puhutaan vain tiloissa, joissa ei ole ulkopuolisia kuulemassa. Potilasasiakirjat pidetään ulkopuolisten saavuttamattomissa. Potilastietoa käsitellään tietoturvallisesti ja vain potilaan hoitoon osallistuva hoitohenkilöstö.

Laatuporttiin voi:

- antaa palautetta asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksella koskien eettisestä osaamista ja toimintaa
- tehdä ilmoituksen vaara- tai poikkeamailmoituksen epäkohtaan tai sen uhkaan liittyen

Potilaiden itsemääräämisoikeuteen liittyvä henkilöstön osaaminen ja ohjeiden noudattaminen varmistetaan hyvällä perehdytyksellä ja ohjeilla. Ohjeita kerrataan yksikössä vuosittain ja tarvittaessa useamminkin.

Lue lisää: [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.

Hoitoa rajattaessa kuullaan ja keskustellaan potilaan lisäksi myös hänen omaistensa kanssa. Rajoittaminen on yksilöity päätös ja sallittua lääkärin luvalla potilaan tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden turvaamiseksi. Rajoittamisessa otetaan huomioon lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa ohjaavat oikeussäännökset ja eettinen normisto. Rajoittaminen saa kestää vain niin kauan, kuin on tarpeen. Rajoittamispäätös kirjataan asiakas- ja potilastietoihin: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi.

Liikkumisen rajoittaminen (Valvira 27.1.20): Henkilön liikkumista esimerkiksi sitomalla voidaan rajoittaa ainoastaan henkilön turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Ennen turvavälineen käyttöpäätöstä sekä jokaisella käyttökerralla tulee harkita, onko rajoittaminen välttämätöntä, vai voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta edistäviä keinoja. Liikkumisen rajoittamista on mm. lepositeiden käyttö, haaravöillä/magneettivyöillä sitominen tuoliin tai sänkyyn tai sängyn laitojen nostaminen ylös. Muuta rajoittamista on esim. hygieniahaalarin käyttö.

Tämänhetkisen lainsäädännön mukaan vartijoiden tehtävänä on turvata henkilökuntaa (tämä voi edellyttää asiakkaan/potilaan kiinni pitämistä) – ei osallistua rajoitustoimenpiteeseen

Lääkäri arvioi, milloin turvavälineen käyttö voidaan lopettaa, tai ohjeistaa hoitohenkilökuntaa tässä asiassa. Olennaista on, että turvavälinettä käytetään vain niin kauan, kuin se on tarpeen.

Rajoittamisenohjeet voivat kuitenkin olla vain lainsäädäntöä täydentäviä, eikä niillä voida rajoittaa tai sulkea pois oikeutta lainsäädännössä turvattuihin oikeuksiin. Siltä osin kuin ohjeet eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ohjeet ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa

Asiakkaan/potilaan kanssa voidaan hänen suostumuksella käyttää turvallisuutta edistäviä välineitä, kuten turvavyötä pyörätuolissa istuttaessa tai sängyn laidan nostamista. Tällöin asiakkaan/potilaan antama suostumus tulee kirjata asiakas- ja potilastietojärjestelmään hoitokertomukseen.

Potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamistoimiin ja -välineisiin liittyvä henkilöstön osaaminen ja ohjeiden noudattaminen varmistetaan hyvällä perehdytyksellä, koulutuksella (esim. Avekki-koulutus) ja ohjeilla. Ohjeita kerrataan yksikössä vuosittain ja tarvittaessa useamminkin.

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.

Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien on puututtava välittömästi potilaan/omaisen epäasialliseen kohteluun ja omisten/vierailijoiden epäasialliseen tai muita loukkaavaan käyttäytymiseen. Asiasta huomautetaan asianomaiselle kahden kesken ja ilmoitetaan lähiesihenkilölle suullisesti tai kirjallisesti, joka vie tarvittaessa asiaa eteenpäin. Potilas ja omaiset/läheiset voivat antaa suullista palautetta sairaalassa ollessaan tai vieraillessaan. Henkilökunta keskustelee ja kyselee aktiivisesti potilaan kokemuksista hoitajakso aikana, sekä siitä millaiseksi he ovat kokeneet sairaalan toiminnan.

Potilaiden, heidän perheidensä ja läheistensä huomioon ottaminen on olennainen osa hoidon sisällön, laadun, potilasturvallisuuden ja omavalvonnan kehittämistä. Koska laatu ja hyvä hoito voivat tarkoittaa eri asioita henkilöstölle ja potilaalle, on systemaattisesti eritavoin kerätty palaute tärkeää saada käyttöön yksikön kehittämisessä.

Tarvittaessa käytetään tulkkipalvelua.

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.

Muistutukseen vastaa ylihoitaja ja palvelupäällikkö riippuen muistutuksen sisällöstä. Esihenkilön vastuu on antaa selvitys muistutukseen liittyen, mikäli se koskee omaa yksikköä. Muistutuksien, kantelujen, potilasvahinkojen ja muiden reklamaatioiden seurannasta vastaa ylihoitaja ja palvelupäällikkö. Muistutuksiin

vastataan määritetyssä ajassa. Kehittämistoimia toteuttamista ja seurantaan tehdään yhdessä toimitusyksiköiden kanssa.

Jos asian käsittelystä vastaava viranhaltija on asiassa jäävi, asian käsittely siirtyy ylemmälle viranhaltijalle.

Asiakirjat kirjataan Dynasty-asianhallintajärjestelmään asian käsittelyn seurantaan ja tilastointia varten. Asiat kirjataan salassa pidettävänä asioina erilliseen aineistoon, johon on rajatut käyttöoikeudet.

Kirjaaminen asianhallintajärjestelmään tapahtuu keskitetysti kirjaamon toimesta koko Siun sotessa. Käsittelyssä suositetaan sähköisiä toimitustapoja prosessin nopeuttamiseksi. Kirjaamon sähköpostiosoite reklamaatioasioiden hoitamista varten on sotereklamaatiot@siunsote.fi. Asiakas- ja potilastietoja sisältävissä viesteissä käytetään suojattua sähköpostia.

Asiakas voi ottaa yhteyttä muistutusasiassa myös yksikköön suullisesti. Jos yhteydenotto on suullinen, asia voidaan selvittää asiakkaan, potilaan tai hänen omaisensa kanssa suullisesti. Mikäli suullisen neuvottelun lopputulos johtaa muutokseen tutkimuksissa, hoidoissa tai palveluissa, merkitsee neuvottelut hoitanut henkilö muutokset asiakas-/potilaskertomukseen. Kirjaamon kautta asiointi tapahtuu ainoastaan kirjallisen yhteydenoton perusteella. Kirjaamo välittää selvityspyyntöä ao. ylihoitajalle tai osastonhoitajalle, joka pyytää selvitystä hoitoon osallistuneilta henkilöiltä. Selvitys annetaan joko kirjallisena tai suullisesti, jonka pohjalta osastonhoitaja laatii oman selvityksensä ja toimittaa laatimansa kirjallisen selvityksen kirjaamoon ensisijaisesti Miunpalveluiden kautta, selvityksen antaminen -lomakkeella.

Yksittäisiä palautteita käsitellään yksikössä joko kahden kesken asianomaisten kanssa tai viikkopalavereissa riippuen palautteen laadusta ja laajuudesta.

Potilasta ohjataan ottamaan tarvittaessa yhteyttä sosiaali- ja potilasasiavastaavaan, joiden yhteystiedot löytyvät Siun soten nettisivuilta (www.siunsote.fi). Yhteystiedot ja lomakkeet tulostetaan tarvittaessa potilaalle.

Toimintaohjeita kerrataan yksikössä vuosittain henkilöstön kanssa.

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 tietoturvalisest Suomi.fi-viestit -palvelun (linkki) kautta

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat nähtävillä yksikön ilmoitustaululla sekä Siun soten www-sivuilla.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Asiakas, potilas, läheinen tai kansalainen voi halutessaan antaa palautetta Siun soten www-sivujen kautta verkkolomakkeella mistä tahansa Siun soten palvelusta tai muuhun toimintaamme liittyvästä asiasta (esim. viestintä). Palautelomake koostuu vapaasta palautteesta sekä THL:n kansallisista asiakaspalautetiedon väittämistä. Laatuportti-järjestelmä lähettää tiedon saapuneesta palautteesta automaattisesti yksikön tai toiminnan vastuuhenkilölle sähköpostiin.

Palautteen käsittelijä käsittelee ja luokittelee saapuneen palautteen järjestelmässä. Myös palautteen antajalle voidaan vastata suoraan järjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Palautteesta voidaan tuottaa raportteja eri organisaatiotasolle. Lähiesihenkilöt saavat yksikkökohtaiset raportit asiakaspalautteista sähköisen järjestelmän kautta. Asiakaspalautteen käsittelystä vastaavat lähiesihenkilöt ja saatuja asiakaspalautteita käydään läpi henkilöstön kanssa läpi viikkopalaverissa ja suunnitellaan tarvittavia kehittämistoimenpiteitä. Mahdollisia kehittämisideoita ja kehittämiskohteita laaditaan kooste ja ne huomioidaan toimintasuunnitelmassa. Äkillisiä toimenpiteitä vaativat palautteet käsitellään välittömästi ja myös toimenpiteet tehdään ilman viivettä.

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.

Asiakasviestintää tehdään Siun sotessa kaikilla toiminnan tasoilla. Yksiköt vastaavat suorasta asiakasviestinnästä, kuten asiakkaiden suullisesta ja kirjallisesta ohjaamisesta, neuvonnasta sekä kohtaamisesta palveluissa. Asiakkaille voidaan viestiä kohdennetusti myös tekstiviestitse ja kirjeitse.

Ulkoista viestintää tehdään monikanavaisesti hyvinvointialueen omilla viestintäkanavilla sekä median välityksellä. Viestintäpalvelut vastaa muun muassa Siun soten verkkosivujen sekä suomi.fi-palvelutietovarannon koordinoinnista, organisaation virallisista sosiaalisen median kanavista ja organisaation nimissä lähtevistä mediatiedotteista.

Kokemusasiantuntijat ovat kokemusasiantuntijakoulutuksen saaneita henkilöitä, joilla on omakohtaisia kokemuksia sairaudesta, vammasta tai vaikeasta elämäntilanteesta. He tietävät, millaiset palvelut ovat auttaneet heitä ja ovat valmiita auttamaan muita samassa tilanteessa olevia. Kokemusasiantuntijat voivat tukea asiakasta, potilasta tai heidän läheisiään pärjäämään sairauden kanssa sekä avustaa siinä, miten hoito- ja palveluketjujen keskellä tullaan toimeen. Kokemusasiantuntijat voivat tukea myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, osallistuen erialaisiin kehittämistehtäviin tai asiakas-/potilasryhmien ohjaamiseen yhdessä ammattilaisten kanssa. Kokemusasiantuntija voi olla mukana kehittämässä palveluja ja tuoda asiakkaan ääntä esiin. He myös voivat antaa arvokasta näkemystä potilaan hoito- ja palveluprosessiin.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Palvelun/hoidon tarpeen arviointiin ja palveluun/ hoitoon pääsyyn liittyen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (linkki) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki) Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä(linkki) STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 (linkki)
Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022(linkki)
Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeuteen, asialliseen kohteluun ja oikeusturvaan liittyen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Perustuslaki 731/1999(linkki) Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki) Mielenterveyslaki 1116/1990(linkki)

		Päihdehuoltolaki 41/1986(linkki) Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) Lastensuojelulaki 417/2007(linkki) Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1997(linkki) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012(linkki) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021(linkki) Hallintolaki 434/2003(linkki) Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely/linkki, saatavilla sisäisessä verkossa)
Asiakkaan/potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Perustuslaki 731/1999(linkki) Kuntalaki 410/2015(linkki) Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki)

		Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Siun soten osallisuusohjelma(linkki ulkoinen) Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa Asiakaspalautejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva potilaspaiikkojen vaje	Jatkuva rekrytointi	Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021(linkki)
Itsemäärämisoikeyden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Yksikössä työskentelee osastonhoitaja, 10 sairaanhoitajaa, joista yksi on apulaisosastonhoitajan virassa sekä 11 lähihoitajaa. Kaikki hoitohenkilökunnan toimet on täytetty. Lisäksi kaksi kansainvälistä työntekijää opiskelee lähihoitajan ja sairaanhoitajan tutkintoa työskentelyn ohessa. Vakituksina vuosilomien sijaisina työskentelee

kaksi lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Lisäksi osastolla työskentelee lääkäri, fysioterapeutti, osastosihteeri ja laitoshuoltaja.

Yksikön lähiesihenkilö suunnittelee ja vastaa potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyydestä ja osaamisesta työvuorosuunnittelun avulla. Lähiesihenkilön poissaollessa henkilöstön määrästä vastaa apulaisosastonhoitaja tai vuorovastaavana toimiva sairaanhoitaja.

Apulaisosastonhoitaja toimii osastonhoitajan työparina ja hänen tehtävänä on varmistaa käytännössä yksikön päivittäinen toiminta. Apulaisosastonhoitaja kehittää työtä ja työyhteisöä sekä toimii esihenkilötyöryhmän jäsenenä. Apulaisosastonhoitajan työtehtävään kuuluu hallinnollisten työtehtävien lisäksi hoitotyön tehtäviä.

Yksikköön rekrytoitavilla lähi- ja sairaanhoitajilla on oltava ammattitoiminnan mukainen koulutus, se varmistetaan työntekijän rekrytoinnin yhteydessä. Samoin riittävä ammatillinen pätevyys. Yksikössä työskentelevillä hoitajilla tulee olla lähi- tai sairaanhoitajan koulutus. Kaikki uudet työntekijät perehdytetään yksikön toimintaan ja työssä oppiminen tapahtuu kokeneen kollegan kanssa työskennellen. Koko henkilökunnalle järjestetään lisä- ja toimipaikkakoulutusta. Yksikön työntekijät osallistuvat säännöllisesti järjestettäviin sisäisiin koulutuksiin, esimerkiksi ergonomia-, turvallisuus-, palo- ja pelastus-, lääke-, haavanhoito-, hygieniä-, kirjaamiskoulutus sekä RAI-arviointimittari-, ensiapu- ja ekg-koulutus.

Jokaisessa työvuorossa on vähintään yksi-kaksi sairaanhoitajaa ja lisäksi lähihoitajia. Aamuvuorossa on 6, iltavuorossa 5 ja yövuorossa kaksi hoitajaa.

Poissaoloihin käytetään harkintaperusteisesti vuokratyövoimaa, mikäli organisaation sisäisiä sijaisia ei ole käytettävissä. Tarvittaessa voidaan henkilökuntaa pyytää vapaalta töihin tai jatkamaan työpäivää (ns. tuplavuoro). Työvuorojen vaihtaminen tai vapaapäivältä töihin tuleminen perustuu aina työntekijän kohdalla vapaaehtoisuuteen. Ylipaikkatilanteissa yhdellä hoitajalla voi olla 5–6 hoidettavaa. Loma-ajat pyritään ennakoimaan järjestämällä sijaisia. Tarvittaessa jaetaan ja keskitetään työtehtäviä lähi- ja sairaanhoitajien kesken ja hoiva-avustajat toimivat kokeneen hoitajan työparina vahvuuteen laskettuna. Yksikössä työskentelevät hoiva-avustajat työskentelevät työryhmän jäseninä, eivätkä vastaa itsenäisesti potilaiden hoidosta. Heidän tehtävänsä määritellään yksilöllisesti opintojen vaiheen sekä osaamisen perusteella. Hoiva-avustajien tehtäväkuva on määritetty yksikkökohtaisesti.

Mikäli ammattitaitoista henkilöstöä ei ole riittävästi saatavilla, neuvotellaan tarvittaessa toiminnan supistamisesta.

Osastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä. Osastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä.

Keskeiset vastuu-/tehtäväkokonaisuudet (voivat esiintyä päivittäin tai harvemmin, vähintään kuitenkin kuukausittain):

Keskeiset vastuut esihenkilönä: Tehtävään sisältyy oman vastuualueen päivittäisen toiminnan ja talouden suunnittelu, johtaminen ja arviointi. Osastonhoitaja mahdollistaa näyttöön ja/tai tietoon perustuvan toiminnan toteutumisen.

Tehtävään sisältyy henkilöstövoimavarojen suunnittelu ja johtaminen, työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta huolehtiminen, työn kehittäminen ja osaamisen varmistaminen omalla vastuu-alueella. Tehtävään kuuluu seurata asetettujen tavoitteiden toteutumista sekä vastata lain ja organisaation ohjeiden noudattamisesta. Työssä on otettava huomioon eettiset tekijät. Tehtävässä vastataan opiskelijaohjauksen suunnittelusta ja seurannasta sekä työntekijöiden perehdytyksen toteutumisesta.

Keskeiset vastuut työntekijänä: Työssä on otettava huomioon lainsäädännölliset näkökulmat ja toimintaohjeet sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset. Työntekijänä osastonhoitaja vastaa oman työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu työn kehittämiseen verkostoissa. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Työntekijänä tehtävään kuuluu opiskelijaohjausta sekä muiden työntekijöiden perehdyttämistä.

Apulaisosastonhoitaja on työnantajan edustaja, jonka tehtävänä on varmistaa yhdessä osastonhoitajan kanssa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä. Apulaisosastonhoitaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien toiminnasta, taloudesta sekä asiakaslähtöisyydestä.

Apulaisosastonhoitajan tehtävän tarkoituksena on toimia työparina osastonhoitajalle ja varmistaa käytännössä yksikön päivittäinen toiminta huolehtimalla toiminnan organisoinnista.

Keskeiset vastuu-/tehtäväkokonaisuudet (voivat esiintyä päivittäin tai harvemmin, vähintään kuitenkin kuukausittain):

Keskeiset vastuut esimiehenä: Tehtävään sisältyy oman vastuualueen päivittäisen toiminnan suunnittelua, johtamista ja arviointia taloudellinen näkökulma huomioiden. Tehtävään kuuluu asiakastyötä. Tehtävään sisältyy osaamisen varmistaminen omalla vastuualueella, toiminnan kehittäminen ja työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta huolehtiminen sekä näyttöön ja/tai tietoon perustuvan toiminnan mahdollistaminen yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Tehtävään kuuluu seurata asetettujen tavoitteiden toteutumista sekä vastata osaltaan lain ja organisaation ohjeiden noudattamisesta. Työssä on otettava huomioon eettiset tekijät.

Tehtävässä vastataan opiskelijaohjauksen suunnittelusta ja seurannasta sekä työntekijöiden perehdytyksen toteutumisesta yhdessä osastonhoitajan kanssa.

Keskeiset vastuut työntekijänä: Työssä on otettava huomioon lainsäädännölliset näkökulmat ja toimintaohjeet sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset. Työntekijänä apulaisosastonhoitaja vastaa oman työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu työn kehittämiseen verkostoissa. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Työntekijänä tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Sairaanhoitajan tehtävään kuuluvat hoitoalan vaativat ammattitehtävät, joita ovat erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakas- ja asiantuntijatyö. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa.

Keskeiset vastuu-/tehtäväkokonaisuudet (voivat esiintyä päivittäin tai harvemmin, vähintään kuitenkin kuukausittain):

Työn keskeisimpiä tehtävä-/vastuukokonaisuuksia voivat olla asiakkaan hoidon-/palvelu-/kuntoutustarpeen arviointi, terveydentilan tutkiminen ja arviointi, ennaltaehkäisyn/tutkimuksen/hoidon/terapian suunnittelu ja toteutus sekä vaikuttavuuden arviointi. Tehtävään sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Työssä on otettava huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat, näyttöön perustuvuus sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset sekä asiakkaan omaiset ja muu verkosto.

Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu moniammatilliseen työn kehittämiseen. Ammattihenkilö tuntee palveluverkostoa arvioidessaan asiakkaan palvelutarvetta ja ohjaa asiakkaan palvelutarpeen mukaisiin palveluihin. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Lähihoitajan hoitoalan ammattitehtävät on erilaisten asiakkaiden (yksilön, perheen, yhteisön tai organisaation) tarpeista lähtevää asiakastyötä. Tehtävän tavoitteena voi olla asiakkaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä terveydentilan tutkiminen, hoito ja kuntoutus moniasiantuntijuutta hyödyntäen asiakkaan elinkaaren eri vaiheissa.

Keskeiset vastuu-/tehtäväkokonaisuudet (voivat esiintyä päivittäin tai harvemmin, vähintään kuitenkin kuukausittain): Työn keskeisimpiä tehtävä-/vastuukokonaisuuksia voivat olla asiakkaan hoidon-/palvelu-/kuntoutustarpeen arviointi, terveydentilan tutkiminen ja arviointi, ennaltaehkäisyn/tutkimuksen/hoidon/

terapian suunnitteluun osallistuminen ja toteutus sekä vaikuttavuuden arviointi. Tehtävään sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Työssä on otettava huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat, näyttöön perustuvuus sekä toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden vaatimukset sekä asiakkaan omaiset ja muu verkosto.

Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu moniammatilliseen työn kehittämiseen. Ammattihenkilö tuntee palveluverkostoa arvioidessaan asiakkaan palvelutarvetta ja ohjaa asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti palveluihin. Tehtävässä toimiminen edellyttää omaehtoista ja työnantajan tukemaa osaamisen ylläpitoa ja kehittämistä. Tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Hoiva-avustajan työ on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävät ovat asiakkaiden (yksilön) tarpeista lähtevää asiakastyötä tai asiakkaan palvelun kokonaisuuteen liittyvää avustavaa työtä. Tehtävän tavoitteena on yksilön hyvinvoinnin edistäminen ja asiakkaan voimavarojen tukeminen sekä siihen liittyvät tukipalvelutehtävät.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 7.3

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävissä toimiva henkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutehtävissä toimiva henkilö vastaa työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä sekä osallistuu moniammatilliseen työn kehittämiseen. Tehtävään kuuluu opiskelijaohjaus sekä muiden työntekijöiden perehdyttäminen.

Mitoitus on laskettu kuntoutussairaalan tarpeen mukaiseksi. Mitoitus pohjautuu STM:n mitoitustietokantaan ja suositukseen, mitoitusta seurataan säännöllisesti.

Sijaisten käytön periaatteet: Toimitaan Siun Sote hyvinvointialueen ohjeistuksen mukaisesti.

Määräaikaisen työvoiman tarpeen arvioinnissa on aina lähtökohtana potilaiden hoidon ja hoivan tarve, töissä olevan henkilöstön osaaminen ja määrä sekä sijaisten saatavuus. Määräaikaisen työntekijän tarpeen arvioinnissa arvioidaan aina, voidaanko työvoimatarve järjestellä osana oman henkilökunnan työvuorosuunnittelua. Etukäteen tiedossa olevat poissaolot, kuten koulutukset, virkavapaat ja lomat suunnitellaan ja huomioidaan työvuorosuunnittelussa.

Henkilöstövoimavarojen riittävyyden seuranta: Työvuorolistat suunnitellaan toimintalähtöisesti. Henkilöstö jakautuu tasaisesti eri viikonpäiville, päiväkohtaisen työn luonteen mukaisesti. Poissaolo ilmoituksen tultua,

esihenkilö tai vastuuvuorossa oleva hoitaja miettii potilaiden määrää ja hoitoisuutta, töissä olevan henkilöstön osaamistasoa ja harkinnan mukaan pyytää Tempore ohjelman kautta sijaisen.

Etukäteen tiedossa olevat poissaoloihin hankitaan tarvittaessa sijaisen. Vastuuhenkilöiden/lähiesihenkilöiden tehtävien organisointi siten, että lähiesiamestytöhön varmistetaan riittävästi aikaa.

Henkilöstön työvuorosuunnittelu tapahtuu Numeron-järjestelmällä. Esimies vastaa suunnittelun kokonaisuudesta ja henkilöstön osaamisen ja määrän varmistamisesta. Henkilöstölle on jaettu vastuualueita. Henkilöstö osallistuu toiminnan suunnitteluun vastuualueidensa mukaan.

Henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan poikkeustilanteissa niin, että vastuun ottaa asukkaat tunteva hoitaja. Työntekijöitä voidaan pyytää tekemään tuplavuoroja pyytää vapaalta tai lomalta töihin ([Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä](#)).

Poikkeusolojen varalle on olemassa suunnitelmat henkilöstön määrän tarpeesta ja ammattitaidosta.

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 rekrytoinnin periaatteet

Henkilöstön sijaistarpeet suunnitellaan ennakkoon heti, kun tarve on tiedossa esim. vuosilomat. Lomat suunnitellaan jonoon. Äkillisissä sijaistarpeissa huomioidaan osastolla olevien potilaiden määrä, hoitoisuus ja henkilöstörakenne. Työvuorosuunnittelussa on käytössä toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu, jossa on määritelty tarpeellinen osaaminen tehtävien suhteen.

Henkilöstön rekrytoinnin hoitaa pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikkö Laura-rekrytointiohjelman kautta, josta pitkä sijaispyynnöt hoidetaan. Äkillisiin poissaoloihin käytetään ensisijaisesti Siun soten varahenkilöstöä ja toissijaisena Tempore rekryä. Sijaispyynnöt tehdään keskitetysti Tempore-ohjelmaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatinharjoittamisen edellytyksenä on virallisesti hyväksytty tutkinnon antava koulutus. Tutkinnon perusteella myönnetään ammatinharjoittamisoikeus, -lupa ja/tai nimikesuojaus. Tutkinnon olemassaolo ja henkilöllisyys varmistetaan työhönottotilanteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetut määräykset ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja sitä täydentävä valtioneuvoston asetus (104/2008) sekä

laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja sitä täydentävä asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016). Työhönottotilanteessa varmistetaan myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta.

Yksikön vakituiset työtehtävät täytetään koulutetulla henkilökunnalla työnantajan ohjeiden mukaisesti. Vapautuvat tehtävät laitetaan hakuun. Sijaisena voi työskennellä myös alan opiskelijoita.

Rekrytoinnista vastaa Siun soten rekrytointiyksikkö yhdessä osastonhoitajan kanssa. Rekrytointisyksiköstä tulee hakijoista koontiviesti, joiden perusteella osastonhoitaja haastattelee työnhakijat.

Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot). Kelpoisuus tehtävään varmistetaan työhönottotilanteessa Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). Samalla varmistetaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta

Koeaika on työsuhteen alussa oleva pituudeltaan rajattu aika, jolloin työnantajalla ja työntekijällä on mahdollisuus purkaa työsuhteen päättymään heti ilman irtisanomisaikaa. Koeaika saa maksimissaan olla kuusi (6) kuukautta paitsi, jos työsuhte on määräaikainen, jolloin koeaika saa alle 12 kuukauden määräaikaisuudessa olla enintään puolet työsuhteen kestosta. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n kuluessa työsuhteen alkamisesta.

Rekrytointia jatketaan, kunnes henkilöstön määrä, osaaminen ja kelpoisuusehdot ovat yksikön toiminnan mukaisia.

Kielitaidon varmistaminen ja oleskelu- ja työluvan varmistaminen sekä muut kansainvälistä rekrytointia

koskevat menettelyt tapahtuvat yhteistyöprosessissa Rekrytointipalveluiden kanssa. Valvontalain 28§ mukainen selvitys tehdään edellyttämällä rekrytoiduilta uusilta työntekijöiltä rikosrekisteriote.

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.

Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään kuntoutusssairaalan toimintaan ja heille sovitaan etukäteen mentori tai ohjaajat. Siun sotella on yhtenäinen perehdytysohjelma, jota käytetään perehdytyksen runkona. Siun sotella on käytössä kaikille uusille työntekijöille tarkoitettu perehdytyksen verkkokurssi. Siun soten sisäinen perehdytys sivusto pitää sisällään kuvauksen Siun soten perehdytysohjelmasta, perehdytykseen

valmistautumisesta, itse perehdyttämisestä, perehdytyksen arvioinnista sekä perehdytyksen jälkeisestä mentoroinnista, ohjeet perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen sekä perehdytyksen työkalupakin. Perehdytyksen tukena käytetään esim. infektioiden torjunnan ja lääkehoidon perehdytyslistaa sekä yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja omavalvontasuunnitelmaa. Turvallisuuteen liittyvät asiat käydään turvallisuuskansiosta ja turvallisuuskävelyllä.

Uusille työntekijöille, opiskelijoille ja sijaisille on omat perehdytysuunnitelma. Perehtyjä ja vastuuperehdyttäjä käyvät säännöllisesti henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa lävitse, päivittävät ja täydentävät sitä tarpeen mukaan. Tehtävistä ja tilanteesta riippuen on suositeltava tarkastaa viikoittain, missä mennään ja mitä seuraavalla viikolla tapahtuu. Esihenkilö seuraa perehdytyksen onnistumista ja kartoittaa perehtyjän kokemuksia myös säännöllisesti. Vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän yhteisiä palautekeskusteluita suositellaan pidettäväksi noin kerran kuukaudessa. Palautekeskustelut kirjataan henkilökohtaiseen perehdytysuunnitelmaan. Perehdytysuunnitelma lähetetään perehtytyksen päätyttyä täytettynä osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi ja kirjataan sähköiseen Onni-HR -järjestelmään. Perehdyttäminen on kaikkien työntekijöiden vastuulla.

Keskeisiä perehdytettäviä asioita:

- Työntekijän tehtävät yksikössä, vastuut, velvollisuudet ja oikeudet, luvat erityisesti lääkehoidon luvat
- potilastietojen käsittely ja tietosuojat
- Omavalvontasuunnitelma ja sen toteuttaminen: on henkilöstön nähtävillä
- Ilmoitusvelvollisuus: Henkilökunta on tietoinen velvoitteesta tehdä ilmoitus: Henkilökunnalla on sosiaalihuoltolain 48 § ja 49 § mukaan velvollisuus ilmoittaa viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he huomaavat tehtävässään tai saavat tietoon asian, joka uhkaa asukkaan sosiaalihuollon toteutumista.
- Yleiset toimintatavat: henkilökunta on tietoinen heiltä odotettavasta toimintatavasta
- Potilaan kohtelu: henkilökunta sitoutuu kohtelevaan kaikkia potilaita tasavertaisesti ja kunnioittavasti.
- Potilas- ja henkilöturvallisuus, ergonomia
- Itsemääräämisoikeus, rajoittamistoimenpiteet ja periaatteet
- Osaamisen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus, kehityskeskustelut.

Mikäli huomataan, ettei perehdyttäminen ole toteutunut suunnitellusti, työntekijän kanssa kerrataan ja käydään asiat perehdytysuunnitelman mukaisesti.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Henkilökunta osallistuu koulutuksiin koulutussuunnitelman linjausten ja yksikön sekä työntekijän tarpeiden mukaisesti. Osa koulutuksista tulee kaikkien suorittaa eli kaikille velvoitettuja koulutuksia. Lisäksi toimialueittain on osaamista täydentäviä koulutuksia lääkehoidon koulutusten lisäksi. Henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään mahdollistamalla osallistuminen mm. Siun soten yhteisiin koulutuksiin. Siun soten

sisäiset koulutukset ovat ensisijaisia. Koulutusta toteutetaan myös verkko-opintoina, Teamsin välityksellä ja videovälitteisinä. Sisäiset koulutukset löytyvät Onni-koulutuskalenterista. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan tilanteen mukaan. Tarvittava osaaminen varmistetaan ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa huomioiden jo olemassa oleva osaaminen sekä yksikön toiminta. Kehityskeskustelu voi olla yksilö- tai ryhmäkehityskeskusteluna.

Osaamisen lisäämiskeinona käytetään myös työkiertoa, jonka avulla työntekijä ymmärtää organisaation toimintaa laajemmin ja syvemmin sekä verkostoituu useampien ihmisten kanssa. Myös asiakkaat ja potilaat hyötyvät, kun työntekijä oppii ymmärtämään paremmin, kuinka eri palveluketjut toimivat.

Työntekijät ja opiskelijat perehtyvät potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin jo perehdytysvaiheessa sekä koko työhistoriansa ajan. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän lisähaittaa.

Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Moniammatillinen henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden.

Laatuohjelma ohjaa oman toiminnan arviointiin ja sitä käytetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Henkilöstö perehdytetään laatuohjelmaan ja sisältöön. Laatuportissa henkilöstö suorittaa eri lääkintälaitteiden laitepätevyydet esim. verensokerimittari, verenpainemittari.

Koulutuksia ovat mm.

Lääkehoito- ja verensiirtokoulutus

Estä painehaava

Kaatumisten ehkäisy

Vajaaravitsemus

Kivun hoito

Turvallinen potilassiirto

Ergonomiaosaaminen

AVEKKI –koulutus

UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssit

Tavanomaiset varotoimet infektioiden torjunnassa

Potilaan tunnistamisen hyvät käytännöt

Työntekijä toimittaa todistuksen suorituksista lähiesihenkilölle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään (Onni-HR). Sähköisen järjestelmän avulla henkilöstön suorittamia koulutuksia ja käytyä kehityskeskustelujen toteutumista voidaan seurata.

Mikäli huomataan, ettei osaamisen kehittäminen tai täydennyskoulutus toteudu suunnitellusti, reagoidaan erilaisin osaamisen kehittämisen menetelmin esim. koulutusten järjestämisellä säännöllisesti koko henkilöstölle.

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 työtapoihin ja niiden kehittämiseen.

Johtamisosaaminen varmistetaan jo esihenkilöiden rekrytointivaiheessa, ja yksiköihin palkataan vain ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, joiden soveltuvuus tehtäviin mitataan työhaastattelussa. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtävänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Johtamisosaamisen jatkuva ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää johtajan omaa sitoutuneisuutta ammatilliseen kehittymiseensä. Organisaatio järjestää johtamiskoulutusta säännöllisesti ja lisäksi on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään säännöllisesti kehityskeskustelut kuten kaikille hyvinvointialueen työntekijöille. Johtamistyö edellyttää vahvaa ajankäytön hallintaa sekä kykyä organisoida työajankäyttöä. Esihenkilöitä tuetaan onnistumaan johtamisessa ja työajan hallinnassaan mm. oman lähiesihenkilön tuella sekä tarvittaessa yksilöllisin tuen menetelmin.

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.

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja palveluyksikössä on käytössä mm. TYHY- toiminta, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli, työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestelyn ohjeistus, SISU-työn toimintamalli.

Kriisitilanteiden yhteydessä työntekijöiden tuki järjestetään kriisitilanteiden yhteydessä esihenkilön toimesta mm. purkuistunnolla tai Second victim- toimintamallia käyttäen.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan esimerkiksi neljä kertaa vuodessa toteutettavalla Vibe-henkilöstökyselyllä ja kuukausittain toteutettavalla ”fiilismittarilla”.

Työhyvinvointiyksiköstä tarvittaessa voidaan pyytää tukea työyhteisön työhyvinvoinnin tukemiseksi. Työyhteisöillä ja ryhmillä on mahdollisuus hankkia ohjaus- ja valmennuspalveluita - lyhytkestoista toimintaa (1–5 tapaamiskertaa) räätälöitävissä työyksikön (tuen)tarpeen mukaan. Tarve voi liittyä esimerkiksi vuorovaikutus- ja tunnetaitojen vahvistamiseen (ennakoivasti) ja myös korjaavasti tilanteissa, joissa yhdessä tekemisen haasteita on jo ilmennyt, muutostilanteiden ja tunteiden käsittelyyn, itsensä johtamistaitojen vahvistamiseen, mielen hyvinvoinnin ennalta ehkäisevään tukeen (esim. kuinka ehkäistä uupumista, stressiä ja ristiriitatilanteita tai kuinka tukea palautumista). Valmennuksen aikana työyhteisön tai ryhmän tavoite on löytää uusia lähestymistapoja, päästä alkuun asioiden ratkaisemisessa ja saada työkaluja asian jatkotyöstämiseen itsenäisesti. Työntekijöillä on mahdollisuus myös hyödyntää työterveyden työpsykologin palveluita.

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.

Yksikössä hoidetaan fyysisesti ja psyykkisesti monisairaita aikuispotilaita, jonka vuoksi esim. käyttäytyminen voi on haasteellista. Tämä kaikki on arvioidaan yksikön laatuportin riskien hallinnassa. Haastaviin tilanteisiin pyritään varautumaan ennakolta koulutuksella, riittävällä henkilöstön määrällä, osaamisella, apuvälineillä ja erilaisilla toimintaohjeilla. Henkilöstölle järjestetään asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksia, jonka avulla varmistetaan henkilöstön osaaminen haastavissa potilastilanteissa

Haasteellisissa potilastilanteissa työskennellään parityöskentelyllä ja tarvittaessa käytetään vartiointipalvelua. Henkilökunnalla on lisäksi mahdollisuus käyttää henkilöturvahälyttimiä.

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.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta voidaan edistää myös oppimalla onnistumisista ja erinomaisesta toiminnasta. Tämä voi tulla ilmi hyvin toimivana yhteistyönä, sujuvana työskentelytapana tai asenteena. Huomioimalla myös onnistumiset lisätään myös työntekijöiden työhyvinvointia, kun toimintaa ei kehitetä vain reagoimalla poikkeamiin ja virheisiin. Onnistumisista oppiminen korostaa, että työntekijät ovat osaavia ja joustavia ja pystyvät soveltamaan tietoa ja ohjeistusta vaihtelevissa ja monisyisissä tilanteissa siten, että asiakas saa tarvitsemansa hoidon, hoivan tai palvelun turvallisuuden vaarantumatta.

Laatuportti -järjestelmän Erinomainen toiminta -ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla voidaan antaa positiivista palautetta ja hyödyntää hyviä käytäntöjä koko organisaation tasolla.

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

Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään yksikössä.

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
Henkilöstö		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki)

		Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994(linkki) Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki) Työturvallisuuslaki 738/2002(linkki) Työterveyshuoltolaki 1383/2001(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) Työvuorosuunnittelun pelisäännöt Vuosilomaohje Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje Virantäyttöprosessi -ohje Siun soten perehdytysohjelma Täydennyskoulutusohje Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma Kehityskeskusteluohjeet Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com) Henkilöturvaohje Työhyvinvoinnin tuki Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma
--	--	--

		Työsuojelun toimintaohjelma
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	Terveysthuoltolaki 1326/2010 Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) Valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) Osaamisen kehittämisen suunnitelma

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveysthuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun. Sosiaali- ja terveysthuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyä sääntelee asiakas- ja potilaslakien lisäksi laki sosiaali- ja terveysthuollon 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 käytöhallinta), 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.

Yksikössä on käytössä Mediatri -asiakas- ja potilastietojärjestelmä, johon kirjataan hoidon kannalta olennaisista tiedot. Lisäksi käytössä olevat muut tietojärjestelmät on integroitu Mediatriin. Opiskelijat kirjaavat opiskelijan roolilla. Opiskelijakirjauksesta on olemassa erillinen ohje. Opiskelijan kirjaukset vahvistaa aina ohjaaja. Kaiken kirjaamisen tulee tapahtua viipymättä ja asianmukaisesti.

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

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

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

Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen

- Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija/muu henkilö (esim. kokemusasiantuntija) allekirjoittaa Salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta myös työsuhteen/harjoittelun päättymisen jälkeen
- Sitoumus laaditaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle. Työntekijä sitoutuu olemaan käsittelemättä niiden potilaiden/asiakkaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoito-/asiakassuhdetta (esim. omat asiakas/potilastiedot) sekä olemaan ilmaisematta potilas- ja asiakastietoja sivullisille
- yksikön lähiesihenkilö vastaa siitä, että työntekijä/opiskelija vastaanottaa, perehtyy ja allekirjoittaa yllä mainitut lomakkeet sekä saa perehdytyksen tietoturvaan ja tietosuojaan

Asiakas- ja potilastietojen kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan:

- Asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä toteuttaa erillisten tarkistuslistausten perusteella tilastointiin vaikuttavien kirjausten laadunvalvontaa yksikössä
- Kirjaamisen auditointia tehdään tarvittaessa
- Tietosuoja-valtuutetut valvovat käyttölokia kuukausittain pistokokein ja satunnaisotannalla
- Asiakkaan tarkastuspyyntöön perustuvan valvonnan, joka liittyy asiakas- ja potilasrekisteriin, toteuttavat tietosuoja-valtuutetut ja Kanta-palveluun liittyvän valvonnan Kansaneläkelaitos (KELA) ja tietosuoja-valtuutetut.

Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmän/järjestelmien käyttöön ja tietojen kirjaamiseen. Esim. hoito- ja hoivatyöntekijöille on tarjolla kirjaamisen verkkokurssi, jonka tavoitteena on

kehittää hoito- ja hoivatyön kirjaamisen osaamista sekä yhdenmukaistaa kirjaamista. Mediatrikoulutus sisältyy perehdytykseen. Perehdytyksestä vastaa lähiesihenkilö ja nimetty henkilökohtainen perehdyttäjä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmään liittyvät tietojärjestelmä- ja työohjeet ovat henkilöstön saatavilla intrassa. Mikäli huomataan asiakas- ja potilasasiakirjojen käyttöön ja käsittelyyn liittyviä epäkohtia, tehdään korjaavat toimenpiteet.

Yksikössä on käytössä myös ravitsemuspalveluun liittyvä järjestelmä, joka käyttää henkilötietoja. Kyseisen tietojärjestelmän tiimoilta tietosuoja ja tietoturva näkökulmat sekä poikkeamakäytännöt on huomioitu tietojärjestelmäsopimuksessa.

Vuoden 2024 seurantahavaintoihin perustuen toimintaa kehitetty siten, että yksikössä on sovittu muutettavaksi toimintamallia siten, ettei potilasiliaslistoja saa tulostaa. Vuonna 2025 seurataan säännöllisesti uuden toimintamallin toteutumista.

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.

Uusi työntekijä/opiskelija allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolloin hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta. Työntekijä/opiskelija perehtyy Tietoturva ja tietosuoja -käsikirjaan. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta yksikön työntekijöiltä viiden vuoden välein. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, yksikössä 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.

Tietosuojajäte hävitetään organisaation ohjeiden mukaisesti. Hävittämisestä vastaa Encore Aluepalvelut Oy.

Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki).

Henkilöstön ja opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä huolehditaan:

Mikäli tietoturva/tietosuoja vaarantuu

- Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti Miunpalvelujen (linkki) kautta.
- Lisäksi tehdään vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin
- Esihenkilöiden vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen;
 - suorittaa tarvittavat toimenpiteet (mm. asiakastietojen korjaaminen, henkilöstön ohjeistus)
 - pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältetään jatkossa
 - suorittaa tarvittavat työnjohdolliset toimenpiteet (ml. kuuleminen, seuraamukset/sanktiot)
 - informoida loukkauksen kohteena oleva henkilö (rekisteröity) tapahtuneesta (informointi voidaan suorittaa esimerkiksi puhelimitse, asioinnin yhteydessä tai kirjeellä)
- kaikki toimenpiteet tulee arvioida tapaus- ja tilannekohtaisesti, huomioiden tapahtuman riski henkilölle, jonka tietosuojaa on loukattu (kaikkia yllämainittuja toimia ei tehdä automaattisesti jokaisen tietoturvaloukkauksen käsittelyn yhteydessä)
- Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista on ilmoitettava tietojärjestelmän valmistajalle.
- Jos havaittu poikkeama voi aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- ja potilasturvallisuudelle, poikkeamasta on ilmoitettava sähköisellä lomakkeella Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>) (linkki)
- Ilmoituksen tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviraan tekee yksikön esihenkilö

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

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät:Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

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

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi (linkki)

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja:

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki)(linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007(linkki) Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999(linkki) EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki) Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje Tietosuoja- ja tietoturvapoliittika

		Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaoselosteet Tietosuojan valvontasuunnitelma Salassapito- ja käyttäjäsitoumus Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

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.

Kontiolahden kuntoutussairaalaossa on 15 potilashuonetta ja yhteinen päiväsal. Kaikissa huoneissa on suihku ja wc Huoneista neljä on sulkutilalla varustettuja yhden hengen eristysuoneita. Loput potilashuoneet ovat yleensä kahden henkilön käytössä ja ne on varustettu väliverhoilla. Osastolla on lisäksi yksi suurempi yhteinen pesuhuone, huoltohuone ja kulunvalvonnalla varustettu lääkehuone. Henkilökunnalle on taukotila, mitä käytetään myös kokoustilana sekä pukuhuoneet ja toimistotiloja. Lisäksi on tarvittavat varastot mm. apuvälineille, liinavaatteille, hoitotarvikkeille ja siivousvälinelle.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu sen kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti ja osallistuu turvallisuuskävelyihin.

Valaistuksena on yleisvalaistus ja tarvittava kohdevalaistus.

Lääkehuoneeseen myönnetään kulkuoikeus tarvittavat lääkeluvat suorittaneelle hoitohenkilöstölle. Muut henkilöt (esim. opiskelijat)asioivat huoneessa tarvittaessa lääkeluvallisen henkilön kanssa.

Hätäpoistumisreitit on merkitty ja ne pidetään vapaana.

Yksikön opasteita täydennetään tarpeen mukaan, mikäli puutteita ilmenee. Liikkuminen on esteetöntä esim. pyörätuolilla liikkuville ja toisessa kerroksessa olevalle osastolle pääsee hissillä.

Kontiolahden kuntoutussairaalassa on käytössä Ascomin tuottama Miratel-hoitajakutsujärjestelmä. Järjestelmä on hoitajakutsujärjestelmä, jolla potilas voi hälyttää huoneessa olevasta potilaslaitteesta hoitajan huoneeseen painamalla kutsuhälytintä. Hälytys siirtyy puhelimeen, johon vastaamalla hoitaja ottaa hälytyksen vastaan. Hälytys näkyy potilashuoneen potilaspaneelissa, huoneen oven yläpuolella olevasta kutsu- ja läsnäolovalosta sekä käytävällä olevista näytöistä. Lisäksi kutsu näkyy kanslioissa olevista monitoreista ja pöytäpuhelimesta. Kutsujärjestelmään kuuluvista puhelimista saadaan puheyhteys potilaaseen kaikkina vuorokauden aikoina. Jokaisessa potilas- ja asiakas-WC:ssä on katosta laskeutuva langallinen kutsujärjestelmä. Tämä kutsu välittyy samoin kuin edellä mainitut - erona on, ettei wc-tiloihin saada puheyhteyttä. Potilaan tullessa osastolle näytetään potilaalle kutsujärjestelmän toiminta sekä samalla varmistetaan potilaan kutsuhälyttimen toiminta.

Jos hoitajakutsujärjestelmän toiminnassa on ongelmia, tällöin hoitohenkilökunta on opastettu kiertämään huoneissa tarpeen mukaan useammin ja tarkistamaan potilaiden vointi. Muutoin järjestelmän vikaantuessa otetaan ensisijaisesti yhteyttä oman hyvinvointialueen tekniikkaan ja toissijaisesti järjestelmän toimittajaan. Osastolla on käytössä automaattinen paloilmoitinjärjestelmä, joka on tekninen järjestelmä, jonka tehtävänä on havaita tulipalo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti eteenpäin hätäkeskukseen ja paikalla olevalle henkilökunnalle. Tämän lisäksi käytävillä on saatavilla alkusammutusvälineistöä sekä paloilmoitus painikkeita, jos palo huomataan eikä automaattinen järjestelmä ole ehtinyt toimia. Tämän lisäksi osastolla on sammutusjärjestelmänä vesisprinklerijärjestelmä, jonka tehtävänä on pyrkiä sammuttamaan havaittu tulipalo. Järjestelmä toimii automaattisesti. Kulunvalvonta tapahtuu henkilökunnan tunnistelätkällä ja henkilökohtaisilla avaimilla, josta jää merkintä kulunvalvontajärjestelmään. Näin pyritään rajoittamaan asiatonta kulkua osaston tiloissa sekä turvataan turvallinen ympäristö kaikille.

Jos järjestelmien toimivuudessa on ongelmia, ollaan yhteydessä Siun soten turvallisuusyksikköön (potilaskutsujärjestelmä) tai Kontiolahden kuntaan (paloilmoitin-/ sammutusjärjestelmä).

Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi)

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki) Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Pelastuslaki (379/2011) (linkki) Säteilylaki 859/2018(linkki) STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 (linkki) Lääkelaki 395/1987(linkki) Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) (linkki) EUn yleinen tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Pelastussuunnitelmat - linkit Poistumisturvallisuus opas Yksikön paloturvallisuusohje Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas Lääkekaapin/huoneen omavalvonta

		Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	--

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Etä- ja digipalvelut ovat kehittyviä palvelumuotoja, joiden käyttöönotossa tulee tunnistaa toimintaan liittyvät riskit. Tunnistettuja riskejä pyritään pienentämään ennakkoiden tai lieventämään näistä aiheutuvia seurauksia. Ennen etä- ja digipalveluiden käyttöönottoa tulee niistä laatia tietosuojaa koskeva vaikutustenarviointi (DPIA), jossa arvioidaan palveluihin liittyvät tietosuoja- ja tietoturvariskit ja suunnitellaan toimenpiteet riskien pienentämiseksi.

Yksikössä ei ole vastaanottoa etä- tai digipalveluina. Henkilöstö on tarvittaessa etäpalvelujen (esim. Teams, puhelin) avulla yhteydessä terveyden- tai sosiaalihuollon henkilöstöön esim. konsultaatio- tai koulutustilanteissa. Myös potilaat tai omaiset voivat puhelimitse keskustella hoitoon liittyvistä asioista.

Soveltuvien osien potilaita/omaisia ohjataan etä- ja digipalveluiden äärelle (kuten katsomaan tuloksia OmaKannasta/varaamaan ajan verkossa/täyttämään lomakkeen digipalvelualustalla).

Henkilöstön digiosaamisen vahvistamiseksi Siun sotessa on käynnistetty vuonna 2018 digimentoritoiminta, jota kehitetään jatkuvasti. Digimentori on oman työyksikkönsä digivastaava, digiosaamisen kehittäjä ja lähituki. Hän on suorittanut digimentoreille suunnatun verkkokurssin. Digimentori osallistuu yksikön digisuunnitelman

laatumiseen ja päivittämiseen lähiesihenkilön kanssa. Digimentorin tehtävään korvamerkitty työaika on keskimäärin 2 h viikossa. Muutostilanteissa, kuten uutta palvelua käyttöönotettaessa, työaika resursoidaan tarpeen mukaan. Työajan käytöstä sopivat digimentori ja lähiesihenkilö. Kun digimentorointi on yksikössä vakiintunutta, työaika vastuutehtävän hoitamiseen käytetään samanlaisesti, kuin yksikön muiden vastuutehtävien (lääkevastaava/hoitotyön laadun vastaava/turvallisuusvastaava yms) hoitamiseen eli tarvittaessa.

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

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etä- ja digipalvelut lääkkäiden digiosaaminen – soveltuvuus ja korvaava palvelu Työntekijöiden digiosaaminen/ohjausosaaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) Tietosuojalaki (1050/2018) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) Omaoalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Tietosuoja koskeva vaikutustenvarviointi (DPIA) Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle Valokuvan vastaanottaminen asiakkaalta suojatulla sähköpostilla -ohje

		Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

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.

Yksikössä säännöllisesti käytettäviä laitteita ovat peruselintoimintojen mittaamiseen ja seuraamiseen tarvittavat välineet. Peruselintoimintojen seurannassa seurantaan käytetään erilaisia verenpaine- ja korvalämpömittareita sekä monitoria ja ekg laitetta. Hengityksen seurantaan ja tukemiseen käytetään happisaturaatiomittareita sekä happivirtausmittareita. Lisäksi on verensokerimittareita, inr- ja crp-pikamittarit sekä alkometri.

Lääkehoidon toteuttamiseen käytettäviä lääkintälaitteita ovat infuusiopumput lääkkeiden annosteluun ja nesteytykseen. Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoito- suunnitelmassa.

Kuntouttamisen apuvälineinä ovat potilas- ja seisomanojanostimet ja potilaan liikkumisen turvaamiseksi käytetään erilaisia kävelyä tukevia apuvälineitä. Potilassängyt ovat korkeuden ja erilaisten toimintojen mukaan sähköisesti säädettäviä. Lisäksi on käytössä paineilmapatjoja painehaavaumien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Toimintayksikön lääkintälaitteet on luetteloitu Siun soten lääkintälaiterekisteriin ja huolto tapahtuu lääkintälaittehuollon kautta. Rekisterin ylläpidosta vastaa lääkintälaittehuolto yhteistyössä yksikön laitevastaavien kanssa.

Lääkintälaitteet hankitaan sopimustoimittajilta. Hankinnassa kiinnitetään huomiota laitteiden käyttötarkoitukseen, huoltoon ja puhdistettavuuteen. Uudet lääkintälaitteet ja tarvikkeet tarkastetaan ennen käyttöönottoa lääkintälaittehuollossa, jossa niihin merkataan käyttöönotto päivämäärä. Ennen laitteen käyttöönottoa henkilökunta on velvollinen tutustumaan mukana tuleviin ohjeisiin, jotta voidaan varmistaa osaaminen ja turvallisuus. Tarvittaessa henkilökunnalle järjestetään koulutusta. Siirtymisen ja liikkumisen apuvälineisiin ohjausta osastolla antavat fysioterapeutti ja ergonomiavastaavat.

Laitteen valmistaja on vastuussa siitä, että laite soveltuu tarkoitettuun tehtävään. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/1994, 13§) määrää, että käyttäjän vaaratilanne ilmoitus on täytettävä aina kun havaitaan tilanne, joka on johtanut tai voi johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vakavaan heikkenemiseen tai kuolemaan ja joka johtuu laitteen ominaisuuksien tai suorituskyvyn muutoksesta tai

häiriöstä, riittämättömistä merkinnöistä tai käyttöohjeista. Ilmoitus on myös tehtävä silloin kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä. Tapahtumasta on myös ilmoitettava valmistajalle tai tämän edustajalle.

Yksikössä on ohjeistettu, että käytön jälkeen laitteet puhdistetaan pyyhkien ja potilaan kotiutuessa liikkumisen apuvälineet viedään pois huoneesta sovittu paikkaan puhdistusta varten. Osalle lääkintälaitteista on tehty omat ohjeet, joita noudatetaan yleisesti Siun sotessa, kuten happi- ja ilmavirtsausmittareiden säilytys ja puhdistus. ([linkki](#)) Lääkintälaitetta tulee käyttää aina valmistajan käyttötarkoituksen ja ohjeiden mukaisesti.

Jokaisella käyttäjällä on vastuu laitteen toimivuudesta. Toimintahäiriöstä informoidaan osastolla ja laite laitetaan toimintakieltoon. Toimintahäiriön sattuessa on oltava osastolta yhteydessä lääkintälaittehuoltoon ja sovittava korjauksesta. Yksikössä laitteiden säännöllisestä vuosihuollosta vastaavat laitevastaavat ja esihenkilöt yhdessä lääkintälaittehuollon kanssa. Tarvittaessa tekninen huolto käy paikan päällä huoltamassa laitteet, esim. potilasängyt.

Työntekijällä ja työnantajalla on velvollisuus huolehtia riittävästä laiteosaamisesta ja työyksikössä on oltava seurantarjestelmä laitekoulutuksista. Laatuportissa opiskellaan käytössä olevien lääkintälaitteiden pätevyys. Itseopiskelun, käytännön harjoittelun ja näytön perusteella saa voimassa olevan digitaalisen laitepassin. Myös säännölliset harjoittelut ovat osa lääkintälaitteosaamisen varmistamista. Uusien lääkintälaitteiden alkukoulutus pyydetään laitetoimittajan kautta ja uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksestä vastaavat kokeneemmat työntekijät yhdessä yksikön laitevastaavien kanssa. Laitetta tulee käyttää valmistajan käyttötarkoituksen ja ohjeiden mukaisesti. Lääkintälaitteiden suomenkieliset käyttöohjeet löytyvät pääsääntöisesti kunkin laitteen lähettyviltä niiden säilytyspaikasta, jolloin ne ovat kaikkien saatavilla. Oman laiteosaamisen tueksi on tarjolla verkkokoulutuksia Oppiportissa ja Potilasturvaportissa

Lääkintälaitteen vanhentuessa (vrt. riskilaitteet), niin ettei siihen saa enää varaosia tai huoltoa, on sen käyttö arvioitava uudelleen. Vanhentuneet laitteet pyritään uusimaan tarpeen mukaan. Tarvittaessa meillä on mahdollisuus saada lainaan esim. Ekg-monitori tai, virtsan-Uä laite alakerrasta terveysaseman puolelta, kun oma laite on esim. huollossa.

Lääkintälaitteiden käytössä on tärkeää tunnistaa käyttö- ja turvallisuusohjeet. Lääkkeellisen hapen ja ilmavirtsausmittareiden käyttöön on Siun sotessa yhteiset ohjeet.

Asiakkaalle voidaan luovuttaa erilaisia lääkinnällisiä laitteita ja apuvälineitä kotiin, kuten happirikastin ja imulaitteita. Kotiutusvaiheessa pitää vielä varmistaa, että asiakas/ lähiomainen osaa ja on kykenevä käyttämään laitetta turvallisesti, käyttöohjeet ovat saatavilla ja että olosuhteet kotona ovat laitteen käytön kannalta turvalliset. Liikkumisen apuvälineet kotiutuja saa osaston fysioterapeutin kautta joko osastolle toimitettuna tai suoraan kotiin, jolloin kotikuntoutus varmistaa turvallisen käytön.

Jokaisen työntekijän vastuulla on kertoa havaitsemastaan laiteviasta esihenkilölle tai laite- ja turvallisuusvastaaville ja tehdä vaaratilanneilmoitus laatuporttiin. Laite laitetaan käyttökieltoon.

Lääkintälaitteesta tehdään korjauspyyntö tekhu@siunsote.fi tai ollaan yhteydessä lääkintälaittehuoltoon riippuen laitteesta. Mahdollinen reklamaatio laitteesta tehdään hankintatoimen ohjeiden mukaisesti.

Laitteiden aiheuttamia vaaratilanteita seurataan laatuportin avulla vuositasolla. Kotiin annettavien apuvälineiden suhteen pyydetään ottamaan yhteyttä apuvälinelainaamoon.

Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa. Yksikön esihenkilön tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan. Ilmoitukset laitteen toimittajalle sekä Fimeaan tehdään Laatuportin kautta.

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

Lue lisää: Siun soten laiteturvallisuussuunnitelma (valmistuu vuoden 2025 alkuun), 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
Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.
Osaaminen	Laitepassit	EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) (linkki)
Rikkinäinen laite	Huollon toimintaohjeet Ilmoitusvelvollisuus Poistetaan käytöstä	Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021)) (linkki) Säteilylaki (859/2018)) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje

		Digitaalisten laitepassien käyttöönnotto työyksiköissä - toimintaohje Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) - tietojärjestelmäohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu yksikön lääkehoitoprosessi kokonaisuudessaan: vastuut ja velvollisuudet, vaara- ja poikkeamatilanteissa toimiminen ja esimerkiksi henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoitosuunnitelman laatiminen on kaikkien lääkehoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Sen tekemiseen osallistuvat työyksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri, terveyden- ja sosiaalihuollon työyksiköiden esihenkilöt sekä lääkehoitoa toteuttava henkilöstö. 2023 on laadittu yksikön oma lääkehoitosuunnitelma pohjautuen Siun soten Lääkehoidon oppaaseen, jonka perustana toimii STM:n opas ”Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen”. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6.)

Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastaa ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Työyksiköiden esihenkilöt vastaavat siitä, että työyksikössä on ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma, joka on yhtenevä mahdollisen palvelualueen lääkehoitosuunnitelman kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tulee päivittää vähintään kerran vuodessa ja aina säädösten, työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa.

Työyksikön esihenkilön vastaa, että lääkehoitosuunnitelma soveltuu omaan yksikköön, pyrkii tunnistamaan työyksikön lääkehoitoprosessin riskit ja ennaltaehkäisemään niitä sekä ajantasaisuudesta. Esihenkilö varmistaa, että henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista ja ymmärtää muutokset. Lääkehoidonsuunnitelman muutokset käydään läpi yksikön palaverissa. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus lukea päivitetty lääkehoitosuunnitelma. Työyksikön lääkehoitosuunnitelman tulee löytyä työyksiköstä siten, että se on kaikkien työyksikössä työskentelevien löydettävissä. Yksikössämme se löytyy lääkehuoneesta. Lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö on osastonhoitaja.

Esihenkilö ja työnantaja arvioivat lääkehoidon turvallista toteutumista ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin sekä aloittavat vaaditut korjaavat toimenpiteet. Esihenkilön vastuulla on luoda työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva työntekijä kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Työntekijä on sitoutunut noudattamaan toiminnassaan palvelualueen- ja työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa sekä organisaation lääkehoitoa koskevia ohjeita ja toimintakäytäntöjä. Vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja työyksikössä vaaditut lääkeluvat omaava ammattilainen voi toteuttaa lääkehoitoa. Siun sotessa lääkehoitoa toteuttavilta sekä lääkehoitoon osallistuvilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaiset lääkehoidon koulutukset sekä tarvittavat näytöt ja lääkeluvat.

Lääkehoitoa toteutetaan osana potilaan kokonaishoitoa. Lääkkeet jaetaan päivittäin potilastietojärjestelmässä olevan lääkityslistan mukaisesti. Lääkkeet tilataan sairaala-apteekista, josta lääketoimitukset arkipäivisin. Lääkkeet jaetaan ja annetaan potilaalle yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Lääkehoitoa voivat toteuttaa laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä nimikesuojatut terveydenhuollon tai vastaavan lääkehoidon koulutuksen saaneet terveys- tai sosiaalihuollon ammattihenkilöt, joilla on lääkeluvat kunnossa, ja jotka on perehdytetty yksikön lääkehoitoon. Rokotuksia toteuttavat erillisen rokotusluvan saaneet sairaanhoitajat.

Lääkehoidon osaaminen varmistetaan lääkehoitosuunnitelmassa määritellyllä tavalla ennen kuin työntekijä voi ryhtyä toteuttamaan lääkehoitoa itsenäisesti. Osaaminen varmistetaan työntekijän suorittaman tutkinnon, työtehtävien laajuuden ja yksikön ohjeiden mukaisesti. Esihenkilö vastaa osaamisen varmistamisen dokumentoinnista. Lääkelupaprosessi koostuu lääkehoidon perehdytyksestä, lääkehoidon verkkokoulutuksista, osaamisen varmistamisesta ja lääkeluvan myöntämisestä. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu perehdytysohjelmaan. Esihenkilö ja sairaanhoitajat vastaavat perehdytyksestä ja sairaala-apteen ohjeistuksen välittämisestä henkilökunnalle. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu perehdytysohjelmaan ja jokaisen hoitajan velvollisuuksiin. Uudet työntekijät perehtyvät lääkehoidon toteutukseen kokeneen hoitajan

ohjaamana. Osaston lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Opiskelijat osallistuvat lääkehoitoon harjoittelussa oman lääkeluvallisen ohjaajansa mukana ja vastuulla oman koulutussuunnitelmansa mukaisesti. Opiskelija tutustuu yksikön lääkehoitosuunnitelmaan harjoittelunsa aikana. Harjoittelun aikana opiskelijat eivät saa itsenäisesti toteuttaa lääkehoitoa.

Lääkemääräyksiä antaa ainoastaan potilasta hoitava osastonlääkäri. Lääkemääräys on pääsääntöisesti sähköinen ja lisäksi se tulostetaan. Lääkäri kirjaa lääkemääräyksen asiakas- ja potilastietojärjestelmän lääkityslistalle. Lääkkeet jaetaan asiakas/potilaskohtaisiin annoksiin ajantasaisen kokonaislääkityksen huomioivan lääkityslistan (lääkkeenjakolista) mukaisesti. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat huolehtivat lääkeshoidon toteuttamisesta potilaille lääkemääräyksen mukaisesti. Lääkeshoidon eri vaiheisiin osallistuvat sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat osaamisensa ja voimassa olevan koulutuksensa antamalla laajuudella. Lääkkeiden kaksoistarkastuksesta huolehtii jokainen ennen lääkkeiden antamista omille potilailleen ja huolehtii sen jälkeen tarvittavat kirjaukset potilastietojärjestelmään. Yksikössä on käytössä lääkkeenjakovuoro, joka on merkitty työvuorolistaan. Lääkkeenjakovuorolaiset jakavat yhden vuorokauden lääkkeet. Yöhoitajat tarkistavat potilaiden lääkelistojen vastaavuuden potilastietojärjestelmän lääkityslistan, lääkärin tekstien ja hoitomääräysten kanssa kerran viikossa pe-ka yönä. Lisäksi jokainen hoitaja tarkistaa omassa työvuorossaan lääkemutokset.

Lääkeshoitoon liittyvän vaaratapahtuman ilmetessä, tulee välittömästi tehdä tarvittavat toimenpiteet vaaran poistamiseksi ja vaikutusten minimoimiseksi. Tapahtunut tilanne ja toimenpiteet tulee kirjata viivytyksettä myös asiakas-/potilasasiakirjoihin. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11 ja 12 §.) Asiakasta ja omaista informoidaan mahdollisimman pian tapahtuneesta. (Potilasturvallisuusasetus 341/2011, 1§ 5 momentti.) Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä on oltava suunnitelma, kuinka lääkkeen yliannostus- ja myrkytystapauksissa toimitaan. Vaaratapahtumien yhteydessä ensisijainen tehtävä on seurata potilaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi lääkärille. Vaaratapahtumat kirjataan/raportoidaan Laatuportti –ohjelmaan vaaratapahtumailmoituksella (PaTu). Vaaratapahtumien käsittely ja tarkastelu on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa potilas- ja lääkitysturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä vaadittavia toimenpiteitä riskienhallintaan. Käsittelyssä pyritään selvittämään vaaratapahtumaan johtaneet juurisyyt sekä laatimaan konkreettiset toimenpiteet vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi. Vaaratapahtumailmoitukset käsitellään esihenkilön johdolla yhdessä henkilökunnan kanssa yksikön palaverissa. Samalla arvioidaan, mistä poikkeama on mahdollisesti johtunut ja miten vastaavat tilanteet voidaan ennaltaehkäistä jatkossa sekä luodaan yhteinen turvallinen toimintatapa jatkoa ajatellen. Näitä voivat olla esim. samankaltaisen lääkepakkausten sijoittaminen erilleen tai korvaaminen erinäköisellä pakkauksella. Vakavat vaaratapahtumat, jotka ovat johtaneet asiakkaan vakavaan loukkaantumiseen tai kuolemaan tai ovat koskettaneet suurta joukkoa asiakkaita, tulee ehdottaa Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmän (VaVaT) käsiteltäväksi.

Potilaalle kerrotaan tapahtuneesta sekä pahoitellaan tilannetta ja kerrotaan toimintaohjeet, jos potilas haluaa asiasta tehdä oman ilmoituksen. Potilaan hoitoon liittyvät ongelmatilanteet tulee aina ensisijaisesti pyrkiä selvittämään hoitavan tahon kanssa paikallisesti. Potilaalla on mahdollisuus ilmoittaa kokemistaan lääkehoitoon liittyvistä vaaratilanteista hoitoa antaneelle organisaatiolle myös anonymisti Laatuportin kautta Siun soten toimintamallin mukaisesti. Potilas voi tehdä (tai erityisestä syystä suullisen) muistutuksen hoitoyksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Potilas voi myös tehdä Suomessa tapahtuneista lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista, joista on aiheutunut hänelle henkilövahinkoa, korvauspyynnön Potilasvahinkovakuutuskeskukseen. Lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta voi hakea korvausta. Lisätietoa korvauksen hakemisesta on Lääkevahinkovakuutuksen sivuilla internetissä tai ottaa yhteyttä potilas- ja sosiaaliasiamieheen.

Laiteosaaminen on terveyden- ja sosiaalihuollossa olennainen osa asiakkaan sekä asiakkaiden hoitoa ja keskeinen osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Lääkehoidon antamisessa käytettävien lääkintälaitteiden tarkoituksena on vähentää lääkityspoikkeamia, edistää asiakas- ja potilasturvallisuutta ja vähentää terveydenhuollon ammattilaisten työkuormitusta. Terveyden- ja sosiaalihuollossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden sekä valvonta-alueen toimijoiden ja laitetutkimusten valvontatehtävistä vastaa Fimea. Lisätietoja: Siun soten lääkehoidon opas (2022) luku 12. Lääkinnällisiin laitteisiin liittyvien vaaratapahtumien ilmoittaminen suoritetaan Laatuportti –ohjelmaan.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) sekä Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa)

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaa ylilääkäri: Mirjam Lyhykäinen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastonhoitaja Ritva Karppinen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoidon turvallisuus		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		Läkelaki (395/1987)) (linkki) Läkeasetus (693/1987)) (linkki) Huumausainelaki (373/2008)) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) (linkki) Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtionneuvosto.fi)) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Asiakkaan/potilaan käytössä olevan lääkityksen tarkastaminen	Yksikön lääkehoito-suunnitelma Lääkehoidon perehdytys Viestintä	Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtionneuvosto.fi) Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje

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.

ohjois-Karjalan hyvinvointialueella toimii infektioiden torjuntayksikkö, joka ohjeistaa yksiköitä infektioiden leviämistä ja torjuntaa. Infektioiden torjuntayksikkö tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet, joita noudattamalla infektioiden sekä tarttuvien sairauksien leviämistä yksikössä ehkäistään. Infektio- ja työohjeet ovat jokaisen löydettävissä intrasta, johon henkilöstöllä on käyttöoikeus. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, miten infektiotilanteissa toimitaan. Jokainen henkilökunnan jäsen on omalta osaltaan vastuussa, että infektioiden torjunta toteutuu osastolla ohjeiden mukaisesti ja tarvittaessa ohjaavat potilaat sekä heidän omaisensa, kuinka toimia.

Tartuntatautilain § 48 mukaan henkilöllä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveysthuollon toimintayksiköissä asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautien vakaville seuraamuksille alttiita potilaita, tulee olla voimassa tarvittava rokotussuoja voimassa. Henkilöstön influenssarokotuskattavuutta seurataan yksikössä rokotuskattavuusraportin avulla. Siun soten Työterveyshuolto huolehtii, että henkilöstöllä on ajantasainen rokotussuoja.

Hyvä käsihygienia on paras yksittäinen keino torjua mikrobirtuntoja ja ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita. Hyvinvointialueella seurataan käsihuuhteen ja suojakäsineiden kulutusta sekä havainnoidaan käsihygienian toteutumista käsihygieniasta edellyttävissä tilanteissa. Hoitoon liittyviä infektioita yksikössä seurataan Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmän (SAI) avulla, jotka käsitellään yksikön henkilöstön kanssa. SAI-rekisterin avulla arvioidaan tilannekohtaisesti infektion alkamispaikka, joka voi olla avohoidossa alkanut, toisessa hoitolaitoksessa alkanut tai sairaalassa alkanut infektio. Esihenkilöt seuraavat SAI-ilmoituksia ja Infektioiden torjuntayksikkö ajaa raportit kaikista infektiotilanteista vuosineljänneksittäin. Raportteja hyödynnetään hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan suunnittelussa ja opetuksessa. Yksikön tyypillisimpiä infektioita ovat hengitystieinfektiot, suolistoinfektiot ja virtsatieinfektiot. Yksikössä voidaan hoitaa myös infektioepidemioita.

Yksikön henkilökunnan tartuntaosaaminen ja epidemioiden tunnistamista varten henkilökuntaa koulutetaan infektiorajuntayksikön sisäisten koulutusten sekä verkkokoulutuksien kautta. Verkkokoulutukseen kuuluu mm. Infektioiden torjunta, tavanomaiset varatimet infektioiden torjunnassa.

Mikäli havaitaan epäkohtia hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä, aloitetaan tarpeelliset toimenpiteet kuten henkilöstön perehdyttäminen asiaan ja kouluttaminen.

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.

Kontiolahden kuntoutussairaalaassa potilas-, liina ja työvaatteet tulevat Sakupe:lta, ja sieltä toimitetaan puhtaat vaatteet kaksi kertaa viikossa tilauksen mukaan.

Yksikön siivouksesta vastaa Polkka Oy ja yhteisessä sopimuksessa on määritelty siivouksen määrät yhteisten tilojen ja potilashuoneiden osalta. Potilashuoneet, wc-tilat ja suihkutilat siivotaan päivittäin ja yhteiset tilat sopimuksen mukaan viikoittain. Siun sotessa toimiva infektioyksikkö on tehnyt työohjeita, kuinka erilaisten infektioiden osalta siivousta tulee tehdä ja näitä ohjeita Polkka Oy:n työntekijät noudattavat. Ohjeet löytyvät intrasta, joka on sisäinen nettisivu henkilöstölle. Osastolla tulevat jätteet kuljetetaan pois päivittäin. Jokaisen tulee huolehtia eritteiden pyyhkimisestä ja puhdistamisesta ohjeiden mukaan.

Mikäli havaitaan, että yleiseen hygieniaan liittyy epäkohtia niistä, henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan välittömästi ja ongelma korjataan.

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
Infektioiden torjunta		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010)) (linkki) Tartuntatautilaki (1227/2016)) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa)

		Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) Jäteohje 2023
--	--	---

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien ulkopuolelle jäävät asiakkaiden ja potilaiden hoitoa tai palvelua koskevat ohjeistavat asiakirjat, joilla mm. varmistetaan laatua ja turvallisuutta. Tällaisia asiakirjoja ovat esimerkiksi työohjeet, asiakas- ja potilasohjeet sekä erilaiset suunnitelmat. Näiden tietoaaineistojen luokittelu- ja käsittely tapahtuu Siun soten toimintaohjeen mukaisesti.

Yksikön laatua varmistavat julkiset asiakirjat tulee tallentaa intran tiedostopankkiin, mikäli niille ei ole muuta erikseen sovittua tietojärjestelmää. Tiedostopankkiin tallennettujen asiakirjojen elinkaaren hallinta ja sähköinen arkistointi on toteutettu metatietojen ja työnkulkujen avulla, jotka varmistavat asiakirjan aitouden, luotettavuuden ja käytettävyyden. Tiedostopankkiin vietävät asiakirjat hyväksyy ylihoitaja.

Tiedostopankkiin tallennettavia asiakirjoja ei saa tallentaa muualle 365-pilviympäristöön tai verkkolevyalueille, vaan niitä käytetään suoraan Tiedostopankista (esim. linkkien avulla). Näin varmistetaan, että käytettävissä on aina asiakirjan viimeisin versio. Metatietojen avulla asiakirja voidaan merkitä kriittiseksi, jolloin ohjeesta tulee ottaa yksikköön paperituloste. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon. Henkilöstöllä on velvollisuus ilmoittaa, mikäli havaitsee ohjeissa virheitä.

Organisaation ohjeisiin pohjautuvat tarkentavat yksikkötasoiset ohjeet ovat yksikön työntekijöiden ja opiskelijoiden käytettävissä yksikön Teams tiedostoissa. Ohjeita tulostetaan vain tarpeen mukaan kanslioihin, mutta turvallisuutta koskevat toimintaohjeet on lisäksi tulostettu yksikön turvallisuuskansioon.

Asiakirjan sisällön ajantasaisuudesta ja päivittämisestä vastaa asiasta vastaava henkilö ja yksikkö. Asiakirjojen käytettävyyden varmistamiseksi kaikki asiakirjat tulee tehdä teknisesti saavutettaviksi. Saavutettavuuden takaamiseksi asiakirjoja laativat henkilöt ohjeistetaan tekemään asiakirjat saavutettavuusperiaatteiden mukaisesti yhtenäisille Siun soten asiakirjapohjille. Siun sotessa kehitetään ohjekoordinaatiotoimintaa, jonka tavoitteena on muun muassa tukea sisällöntuottajia tiedostojen oikeaoppisessa luomisessa sekä tallentamisessa tiedostopankkiin ja tehdä säännöllistä laadunseurantaa tiedostopankin tiedostoille.

Siun sotessa on käytössä yhtenäiset asiakirjapohjat. Valmiiden pohjien avulla asiakirjat ja tiedostot ovat tunnistettavissa Siun soten tuottamiksi. Asiakirjapohjasta riippuen ne myös ohjaavat yhteneväiseen sisällöntuottamiseen.

Sähköisiä asiakirjatiedostoja eli ns. toimisto-ohjelmistojen tiedostomuodoissa julkaistuja aineistoja koskevat saavutettavuusvaatimukset. Saavutettavuusvaatimukset on huomioitu asiakirjapohjissa sikäli kuin mahdollista.

Asiakirjatiedostojen saavutettavuus on kuitenkin asiakirjanlaatijan vastuulla, koska laatija voi omilla muokkausvalinnoillaan myös heikentää saavutettavuutta.

Perusasiat saavutettavan asiakirjan tekemisestä kuuluvat tänä päivänä jokaisen toimisto-ohjelmistoja käyttävän ja tiedostoja tekevän perusosaamiseen. Kun alkuperäinen tiedosto on saavutettava, siitä on mahdollista muuntaa saavutettava pdf-tiedosto.

Asiakirjapohjien määrittelyt ovat minimivaatimuksia ja niitä voi käyttäjä muokata. Esimerkiksi kun kyse on potilas- tai asiakasohjeesta ikäihmisille, jota käytetään pääsääntöisesti tulosteena, voidaan kirjasinkokoa suurentaa.

Henkilöstöä kannustetaan ohjeiden sähköiseen käyttöön. Intran ja tiedostopankin käyttöön perehdytetään työsuhteen alkuvaiheessa.

Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyys varmistetaan suullisesti potilaan kanssa tai esimerkiksi puhelimessa omaisen kanssa.

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
Ohjeet ja suunnitelmat		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010)) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) (linkki) Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

		Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas Videokirjaston sisällöntuottajan opas
--	--	--

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.

Kuntoutussairaala kehittää valmiuksiaan asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi toimimalla yhteistyössä muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollon kanssa yhteistyötä on asiakasrajapinnassa, palo- ja pelastusviranomaisten kanssa käydään kiinteistöön liittyvät pelastussuunnitelmat ja paloturvallisuusasiat yhdessä läpi. He kouluttavat henkilöstöä paloturvallisuuteen. Ympäristöterveydenhuolto on tarvittaessa käytettävissä potilaiden terveydensuojeluun liittyvissä asioissa. Samoin ohjaavat tahot, kuten AVI, Fimea, THL ja STUK ovat tavoitettavissa tarvittaessa. Havaittuihin epäkohtiin puututaan yhteistyössä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §. (linkki)
Tiedon puute eri yhteistyötahoista	Perehdyttäminen	Yksikön perehdytysohjelma ja omavalvontasuunnitelma

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.

Siun sotessa on laadittu yleiseen käyttöön vesi- ja sähkökatkojen varalle suunnitelmat. Yksikköön on laadittu pelastus-, valmius- ja poistumisturvallisuussuunnitelmat. Nämä ovat tulostettuna yhtenä versiona yksikön ilmoitustaululla tai turvallisuuskansiossa. Turvallisuuteen liittyvät suunnitelmat päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Pandemiasuunnitelmat ovat myös siun soten yleisiä. Niistä tehdään yksikkökohtaiset versiot, mikäli tilanne vaatii puuttumista.

Suuronnettomuussuunnitelmat ym organisaatiotason turvallisuus- ja valmiussuunnitelmat koskevat yksikköä tilanteen niin vaatiessa. Henkilökunta löytää ne tarvittaessa intrasta tai heille toimitetaan ne viranomaisten toimesta tilanteen niin vaatiessa.

Kuntoutussairaalan henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään häiriö-, turvallisuus- ja valmiussuunnitelmiin osana perehdytystä. Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista ylläpidetään ja kehitetään erilaisilla koulutuksilla, poistumisharjoituksilla ja poikkeustilanteiden läpikäynnillä. Riittävä materialistinen varautuminen huomioidaan yksikkökohtaisin tarpein ja pyritään siihen, että varastot ovat jatkuvassa kierrossa eikä hukkaa tulisi.

Mikäli havaitaan epäkohtia häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumisessa ja valmiuteen liittyvissä asioissa, niihin puututaan pikimmiten ja korjataan poikkeama.

Palvelupällikkö ja ylihoitaja vastaavat yksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Suunnitelma on päivitetty v. 2024. Päivitys tapahtuu kolmen vuoden välein osastonhoitajan ja yksikön turvallisuusvastaavien kanssa. Kiinteistön pelastussuunnitelma päivitetään yhteistyössä vastaanottopalvelujen osastonhoitajan kanssa. Suuronnettomuussuunnitelma on Siun soten Intrassa hva-tasoisena valmius- ja jatkuvuudenhallinnasuunnitelman yleisen osan tasolla. Sähkökatkoihin varautuminen ja varavoiman tarkastaminen säännöllisesti ovat tekniikan vastuulla. Sähkökatkharjoitus Kontiolahen kuntoutussairaala on toteutettu edellisen kerran 24.10.2023.

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
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.

		Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § (linkki) Valmiuslaki (1552/2011) 12 § (linkki) Pelastuslaki (379/2011) 15 § (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinnälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma
--	--	---

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.

Turvallisen toimintaympäristön osallistuu useita sidosryhmiä ja yhteistyökumppaneita. Keskeinen yhteistyökumppani turvallisen ja terveellisen työympäristön selvittämisessä ja kehittämisessä on työterveyshuolto. Lakisääteiset työpaikkaselvitykset tehdään Siun sotessa säännöllisesti. Työterveyshuolto vastaa työympäristöstä aiheutuvien haitta- ja vaaratekijöiden terveydellisen merkityksen arvioinnista. Työterveyshuolto antaa työnantajalle toimenpidesuosituksia ja ohjeita työn terveellisyyden ja turvallisuuden parantamiseksi.

Yksikön tilojen terveellisyyteen vaikuttavat sekä kemialliset ja mikrobiologiset epäpuhtaudet että fyysiset olosuhteet, joihin kuuluvat muun muassa sisäilman lämpötila ja kosteus, melu (ääniolosuhteet), ilmanvaihto (ilman laatu), säteily ja valaistus sekä käyttöveden laatu.

Toimintaympäristöjen turvallisuuden varmistamisessa tehdään tiivistä yhteistyötä eri turvallisuustoimijoiden (mm. pelastuslaitoksen ja poliisin) kanssa. Fyysinen ympäristö saattaa aiheuttaa vaaratapahtumia esimerkiksi tilojen epäkäytännöllisyyden, heikon valaistuksen, ahtauden, riittämättömien opasteiden tai huonon siisteyden takia. Toimintaympäristössä olevat, etenkin yllättävät portaat ja kynnykset voivat aiheuttaa kaatumisia tai kompastumisia, joiden riskiä voidaan pienentää mm. asianmukaisilla varoitusmerkeillä. Asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta vaarantavat tekijät tulee poistaa ympäristöstä tai pienentää niistä

aiheutuva riskiä. Toimintaympäristöissä tulee seurata säännöllisesti lämpötiloja sekä ilmankosteutta ja tehdä tarvittavia toimia, jotta lämpötila ja kosteus ei aiheuta haittaa mm. asiakkaille tai lääkinnällisille laitteille. Toimitilojen ja työympäristön turvallisuudesta huolehtiminen kuuluu kaikille työntekijöille. Jokaisen työntekijän velvollisuus on havainnoida työympäristön turvallisuutta ja ilmoittaa mahdollisten puutteiden ja korjaustoimien tarve. Päivittäinen käyttöveden laadun seuranta (maku, haju, väri, lämpötila) ja poikkeavista havainnoista ilmoittaminen sekä tarvittaessa veden käytön keskeyttäminen kuuluu yksikön vastuulle. Lisäksi sairaalan vuodeosaston ja terveysaseman vuodeosaston vastuuseen kuuluu osallistua käyttöveden riskienhallinnan toteuttamiseen yhdessä kiinteistönomistajan ja/tai -huollon kanssa. Havaituista turvallisuuspoikkeamista tulee ilmoittaa yksikön esihenkilölle sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, mikäli poikkeama vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta tai työturvallisuutta. Esihenkilö vastaa ilmoitusten käsittelystä ja korjaustoimenpiteiden eteenpäin viemisestä. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelun ja toteutukseen tulee osallistaa koko yksikön henkilöstö. Sisäilma on osa terveellistä ja turvallista toimintaympäristöä. Sisäilmaan liittyvien haasteiden osalta yksikön esihenkilöt vastaavat Siun sotessa laaditun sisäilmaprosessin käynnistämisestä sen etenemisestä ja siitä tiedottamisesta yhdessä teknisten palvelujen kanssa. Siun sotessa toimii sisäilmatyöryhmä, jossa moniammatillisesti käydään yhdessä läpi sisäilmakohteiden tilanne ja suunnitelmat. Mikäli havaitaan terveydensuojeluun liittyviä epäkohtia,, ollaan yhteydessä lähiesihenkilöön ja työsuojeluun.

Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) sekä Terveydensuojelulaki 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
Terveydensuojelu	Jokaisen velvollisuus pitää työympäristö turvallisena. Mikäli havaitaan poikkeama, siitä ollaan yhteydessä esihenkilöön	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <u>Terveydensuojelulaki (763/1994)</u> (linkki) <u>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)</u> (linkki)

		Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) <u>Sisäilmaongelman ratkaiseminen - toimintaohje</u> <u>Suosituksien sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje</u> <u>Jäteohje 2023</u> <u>Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri</u>
--	--	---

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.

Potilas tunnistetaan osastolla organisaation tunnistusohjeen mukaisesti. Hoitohenkilökunta varmistaa, että osastolle siirtyvällä potilaalla on tunnistusranneke. Potilaan tunnistaminen sisältyy osaston perehdytysohjelmaan. Kotiutustilanteessa kotiuttava henkilö poistaa potilaalta tunnistusrannekkeen ja se hävitetään tietosuojajätteenä. Jokainen työntekijä on itse vastuullinen varmistamaan jokaisessa hoidon vaiheessa, että kyseessä on oikea potilas/asiakas. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet.

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
Asiakkaan/potilaan tunnistaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010)) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026) (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje

10.2 Häätötilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Osaston hoitohenkilökunta suorittaa vuosittain hätötilapotilaan tunnistaminen taso 3 ja elvytyskoulutuskokonaisuuden. Koulutuksen aikana käydään läpi NEWS-mittarin (National Early Warnin Score) käyttäminen. Pisteytys antaa arvion potilaan riskiluokasta ja sen hetkisestä tilasta. Jokaiselle riskiluokalle on määritelty omat toimintaohjeet ja elintoimintojen seuranta. Hoitohenkilökunta koulutetaan reagoimaan mittauksista saatuun tietoon sekä toimimaan ohjeistuksen mukaisesti. Tarvittaessa soitetaan soitetaan hätänumeroon 112. Jos huomataan, että osaamispuutteita ilmenee, tehostetaan kouluttamista.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveystenhuoltolaki (1326/2010)) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma MET-kriteerit (maakunta) MET-kriteerit (keskussairaala) Hätätilapotilaan seurantaava Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat erilaiset terapeutit, sosiaalityöntekijät, apuvälinepalvelut, laboratoripalvelut, kuvantamispalvelut, erikoissairaanhoidon palvelut, laitoshuollon palvelujen tuottajat sekä erilaiset kuljetus-, palo- ja pelastuspalvelut. Jokainen hoitoon osallistuva taho kirjaa osaltaan asianmukaisesti, huolellisesti ja ajantasaisesti potilastietojärjestelmään, jonka välityksellä tietoa välitetään esimerkiksi kirjauksilla, hoitomääräyksillä ja työviesteillä. Lisäksi käytössä on suullinen raportointi sekä moniammatilliset palaverit. Suullisessa raportoinnissa käytetään hyödyksi ISBAR- menetelmää suullisen tiedonkulun varmistamiseksi. Asiakkaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on asiakkaan

hoidon kannalta välttämätöntä. Lisäksi tietoa välitetään potilaan luvalla omaisille/läheisille suullisesti. Osastolla työskentelee kotiutusyhdyshenkilö, joka varmistaa kotiuttamisen turvallisen prosessin sekä siihen liittyvän monikanavaisen viestinnän. Mikäli yhteistyökumppanilla on erilainen potilastietojärjestelmä, käytetään tiedon välittämiseen tarvittaessa esim. paperitulosteita. Tarkistuslistat ja ohjeet toimivat laadukkaan tiedonsiirron tukena esim. kotiutustilanteissa. Monialaisen yhteistyön käytännöt sekä yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä, ja osaaminen kehittyy jatkuvasti työkokemuksen myötä. Jos yksikössä herää huoli potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta, voidaan tehdä huoli-ilmoitus.

Arkipäivisin palvelualueen tilannepalaverissa tarkastellaan laajemmin mm. henkilöstön ja potilasvirtojen tilannetta. Tilannekeskuksen (TIKE) tavoitteena on parantaa Siun soten eri toimialojen työnteekojöiden yhteistyötä ja sujuvoittaa hyvinvointialueen asukkaiden avun saantia. Tavoitteena on lisäksi parantaa eri toimijöiden välistä tiedonkulkua ja tukea ammttilaisia heidän työssään.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjesteämisestä (612/2021) (linkki) Laki hyvinvointialueesta (611/2021) Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietöjen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietöön (825/2022) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

		Omaoalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus Yhteisasiakasohjaus -työohje ISBAR taskukortti ISBAR vastaanottolomake
--	--	---

10.4 Kivunhoito

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

Potilaiden kivunhoito huomioidaan osana kokonaisvaltaista hoitoa. Yksilöllisesti valittavaa kipumittaria voidaan käyttää apuna kivun ja kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Kivunhoidosta konsultoidaan tarpeen mukaan lääkäriä. Kivunhoitoa ja hoidon vaikutuksia seurataan ja ne kirjataan potilastietojärjestelmään. Henkilöstö suorittaa Kivun lääkehoito -verkkokurssin. Lisäksi henkilökunnalle järjestetään kivun arviointiin ja hoitoon liittyvää sisäistä koulutusta.

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
Kivunhoito		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

		Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. (linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma
--	--	---

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.

Kontiolahden kuntoutussairaalan osastollas on olemassa kaatumisen ehkäisemiseksi useita ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tehokas kaatumisen ehkäisy sisältää kaatumisvaaran arvioinnin, henkilökohtaisen kaatumisvaaran ehkäisyn suunnitelman sekä sen systemaattisen toteuttamisen yleisten kaatumisenehkäisykeinojen lisäksi. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-mittarin avulla. Mittari auttaa tunnistamaan henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Uusille kuntoutujille kaatumisvaaran arvointi tehdään tulovaiheessa, ja mittari päivitetään tarpeen mukaan. PAKI-odottajille mittari päivitetään tilanteen muuttuessa. Myös RAI-arvioinnissa arvioidaan henkilön kaatumisvaaraa. Mahdolliset kaatumiset ja putoamiset kirjataan Haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään (Mediatri). Mahdollisia Läheltä piti -tilanteita ei kirjata Mediatriin, niistä tehdään Vaaratilanneilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Mahdolliset Läheltä piti -tilanteet ja haittapahtumat käsitellään yksikössä ja toimintaa kehitetään vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Jokainen työntekijä suorittaa Katumisen ehkäisyn verkko-opinnot Oppiportissa. Haittatapahtuman ja vaaratilanneilmoituksen kirjaamisesta käytössä on organisaation yleiset ohjeet ja verkkokoulutukset kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi.

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä

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

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

Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi
Kaatumisvaarassa olevan asiakkaan/potilaan tunnistaminen	FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma
Haittatahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Haittatahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Monilla kuntoutussairaalan potilaalla on kohonnut vajaaravitsemuksen riski. Potilaiden ravitsemustilaa tarkkaillaan ja arvioidaan sairaalassaolon aikana. Arvioinnissa hyödynnetään esimerkiksi NRS2002-mittaria ja painon seuranta. Mittarin käytöstä on sovittu yksikkökohtaiset periaatteet, ja sen käyttö kirjataan ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmään. Mahdollinen vajaaravitsemus huomioidaan potilaiden ateriatilauksissa ja potilaita avustetaan ruokailussa, mikäli he eivät siihen itse pysty. Ravitsemuksen tukena käytetään tarvittaessa ravintolisiä sekä ravitsemusterapiaa. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Kontiolahden kuntoutussairaalassa on laadittu vuonna 2023 yksikkökohtaiset ravitsemuhoidon laatukriteerit.

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki ulkoinen)

		Ravitsemushoidon opas Ravitsemushoitosuunnitelma Yksikkökohtaiset ravitsemushoidon laatukriteerit
--	--	---

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Kuntoutussairaalan osastolla tunnistetaan kohonneen painehaavariskin potilaat. Riskin arvioinnissa hyödynnetään Braden- mittaria, joka täytetään jokaisen kuntoutuksen kohdalla ja sitä päivitetään hoitajakson aikana. Mittarin käyttö kirjataan ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmä Mediatriin. Mahdolliset painehaavat kirjataan Haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään. Painehaavariskiä ja mahdollisia painehaavojen esiintymistä seurataan käytännön työssä ja ilmoitusten perusteella. Havaintojen perusteella toimintaa pyritään kehittämään ja riskiä pienentämään. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn on käytössä apuvälineitä kuten painetta keventäviä patjoja, pehmusteita, tyynyjä ja istuinpehmusteita. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä huomioidaan myös potilaan asentohoito. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa.

Kontiolahden kuntoutussairaalassta toteutetaan lisäksi kuukausittainen painehaavaprevalenssi joka kuukauden toinen tiistai.

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
Painehaavojen ehkäisy		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavissa sisäisessä verkossa) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki ulkoinen) Estä paineava -toimintaohje Haittatapahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje BRADEN-riskiluokitusmittari
--	--	---

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Kontiolahden kuntoutussairalassa hoidetaan leikkauspotilaita satunnaisesti sekä leikkausta edeltävässä että leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Niin esivalmistelut kuten jälkiseurantakin toteutetaan erikoissairaanhoidosta saatavien potilaskohtaisten ohjeiden mukaan. Ohjeet kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. Jos potilas tarvitsee erikoissairaanhoidosta saatujen ohjeiden lisäksi esim. kirjallisia ohjeita jatkohoitoa varten, niitä voidaan hänelle tulostaa tiedostopankista. 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
Leikkaushoidon turvallisuus		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)

		Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Yksiköiden omat tarkistuslistat (myös pientoimenpiteiden tarkistuslistat)
--	--	---

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Kontiolahden kuntoutussairaalan osastolla hoidetaan monisairaita ja ikääntyneitä potilaita, mikä voi erilaisten aivotapahtumien lisäksi altistaa akuutin sekavuustilan kehittymiselle. Hoitohenkilöstö havainnoi kuntoutujan käyttäytymisen muutoksia ja konsultoi tarvittaessa lääkäreitä ja kuntoutuja ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Akuutin sekavuustilan tunnistamisessa ja hoidossa käytetään Siun soten ohjetta: Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksissa.

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
		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut
--	--	---

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.

Yksikössä tunnistetaan elintapaohjausta tarvitseva potilas mm. erilaisten testien hyödyntämisen kautta Elintapaohjausta yksikössä toteutetaan motivoimalla potilasta terveellisten elintapojen noudattamiseen, neuvonnalla, esim. valmiiden hyvinvoinnin digipolkujen hyödyntämisen kautta omahoidon tukena sekä jatko-ohjauksella eri toimijoiden palveluihin.

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
Liikunnan vähäisyys	Aktivoidaan potilaita kuntouttavan hoitotyön ja fysioterapian keinoin	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki)

		Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)
Vajaaravitsemus/ylipaino	Seurataan potilaiden ruokailua ja ravitsemustilaa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)
Uniongelmat	Huolehditaan potilaiden päiväaikaisesta aktiivisuudesta ja vuorokausi-rytmistä	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden 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.

Kuntoutussairaalan osaston henkilöstö huomioi ja tiedustelee potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Kuntoutujalle annetaan neuvontaa ja ohjausta nikotiinituotteiden käytön riskeihin liittyen. Lisäksi kuntoutujaa ohjeistetaan

nikotiinikorvaustuotteiden käytön mahdollisuudesta, ja avustetaan tarvittaessa esimerkiksi nikotiinilaastarin käytössä. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella esim. viikkopalavereissa.

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.

Osaston henkilöstö huomioi, tiedustelee ja tunnistaa potilaan mahdollista alkoholin riskikäyttöä. Potilasta kannustetaan ja ohjataan alkoholin käytön vähentämiseen ja hänelle annetaan neuvontaa ja ohjausta alkoholinkäytön riskeihin liittyen. Tarvittaessa konsultoidaan päihdetyöntekijöitä ja potilas ohjataan hoidon piiriin. Päihteiden käytön puheeksiottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita: Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut . Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella viikkopalavereissa.

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

10.11.3 Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Osastolla huomioidaan, tiedustellaan ja tunnistetaan potilaan mahdollista huumausaineiden käyttöä ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäyttöä. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden riskeihin liittyen. Huumausaineiden ja muiden päihteiden käyttöön liittyen potilas ohjataan tarvittaessa päihdepalvelujen hoidon piiriin. Myös huumausaineiden käytön puheeksiottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella viikkopalavereissa

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 sosastolla huomioidaan tai tunnistetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, potilas ohjataan tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksiottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella viikkopalaverissa.

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.

Osaston hoitohenkilökunta havainnoi kuntoutujien mielenterveyttä muun hoidon yhteydessä mielenterveyden haasteiden varhaiseksi tunnistamiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan organisaation sisäisillä ohjeilla ja koulutuksella, tarvittaessa psykiatrisen sairaanhoitajan työpanoksella sekä tarvittaessa käytäntöjen/ohjeiden kertaamisella viikkopalaverissa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)

		Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015(linkki) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki) Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025(linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025(linkki, sisäinen) Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje(linkki, sisäinen) Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki)
--	--	--

10.12 Itsemurhien ehkäisy

Itsemurhat aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä sekä itsemurhan tehneiden läheisten että itsemurhien kanssa muuten tekemisiin joutuvien parissa. Ne ihmiset, joilla on kasautuvia taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen osattomuuden kokemuksia ja voimavarojen ehtymistä tulee tunnistaa varhaisessa vaiheessa sekä arvioitava heidän avun tarve.

Jos hoitotilanteissa tunnistetaan itsemurhavaaraa aiheuttavia riskitekijöitä tai jos potilas tuo esiin itsemurhaan viittavia ajatuksiaan, hänet ohjataan ja autetaan tarvitsemansa avun piiriin. Asiakkaan ohjaamisessa hyödynnetään Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjeita, ja henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeita kertaamalla.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhien ehkäisy		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveystenhuoltolaki (1326/2010) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 Omaavontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpite-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma

10.13 10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisy

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

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

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

Jos osastolla tunnistetaan potilaan kohdanneen väkivaltaa tai potilas tuo sen itse esille, asia otetaan puheeksi ja hänet ohjataan tarvitsemansa avun piiriin. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella viikkopalaverissa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy		Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi(linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.(linkit saatavilla sisäisessä verkossa) MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen kartoittamisen työkaluna Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille- minimittari Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankaus
Mittareiden käytöstä saatavan tiedon hyödyntäminen	Tulosten seuraaminen mm. SEPA-palavereissa	Vuosi 2025
Potilaiden ravitsemushoito	Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hoito	Vuosi 2025
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauksen palvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	Tarvittaessa
Potilaiden kotiuttamisprosessin kehittäminen edelleen	Kotiutusyhdyshenkilön toimenkuvan ja tehtävien tiedottaminen työyhteisössä vuonna 2024 laaditun ohjeen mukaan	Vuosi 2025
FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin käyttö ja kirjaaminen	Alueellisen Kaatumisen ehkäisyn (AKE)-työryhmän asiantuntijaluennoille osallistuminen UKK-instituutin kaatumisen ehkäisyn verkkokurssien suorittaminen AKE- vastuuhenkilön pitämien yksikön sisäisten koulutusten lisääminen Kaatumisen ehkäisyn pilottiin osallistuminen	Vuosi 2025

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).

Esihenkilöt seuraavat omavalvontasuunnitelman toteutumista. Omavalvontasuunnittelun seurantaa toteutetaan kuukausittain hyödyntämällä esimerkiksi Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, Haittatapahtumaraportointitietoa (kuten kaatumiset/putoamiset ja painehaavat), mahdollisten muistutusten, kanteluiden ja potilavahinkojen raportointitietoa sekä potilaspalautteita. Omavalvontasuunnitelma päivitetään aina säännösten muuttuessa ja jos toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi henkilöstön kanssa vuosittain ja päivitetään vähintään kerran vuodessa esihenkilöiden toimesta.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

EU:n yleinen tietosuojasetus (GDPR) 679/2016: <https://eur-lex.europa.eu/eli/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAXVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usq=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwykl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPg-GO8oiBAXW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&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=2ahUKEwivnNm98oiBAXX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usq=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449> (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9I>

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

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa):
<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db6b1%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=2ahUKEwiCjLyq8o_iBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%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%2Fflaki%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=2ahUKEwi3n62Z_JKBxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y (linkki)

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Valviran määräys omaavontasuunnitelman sisällöstä:

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

Viestit – Suomi.fi:

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