

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 24L & Psykiatrian terapia

Laatija(t) Teemu Karvinen, Osastonhoitaja

Tarkastaja Mireille Tarkainen, Ylihoitaja

Hyväksyjä Antti Liuska, Palvelupäällikkö

Pvm. 24. 03. 2025

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	8
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	10
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	11
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	11
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	11
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	12
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	12
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	12
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	13
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	14
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	15
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	16
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	17
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	17
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	19
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	19
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	19
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	20
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	20
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	20
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	22
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu.....	23
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	24
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	26

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	26
6.5.2	Asiakasviestintä	27
	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	29
7	Henkilöstö.....	29
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	29
7.2	Rekrytointi	30
7.3	Perehdytys.....	31
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	32
7.5	Johtamisosaaminen.....	33
7.6	Työhyvinvointi	34
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	36
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	37
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	38
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	38
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	39
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	41
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	41
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	45
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	48
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	51
9.5	Infektioiden torjunta	56
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	56
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	57
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	59
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	60
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	60
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	61
9.7.3	Terveydensuojelu	62
10	Palvelun sisällön omavalvonta	63
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	63

10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	64
10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	65
10.4	Kivunhoito	67
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	68
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	70
10.7	Painehaavojen ehkäisy	71
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	72
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	73
10.10	Elintapaohjaus	74
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	75
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	75
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	75
10.11.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	76
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	77
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	77
10.12	Itsemurhien ehkäisy	78
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	79
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	80
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	80
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	81
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	81
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	81
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	82

1 Johdanto

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

Palveluysikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman laatimisveloitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä](#) (linkki) kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) [sekä asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman](#) (linkki) mallipohjan sisältökokonaisuudet.

2 Palveluysikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Psykiatrian klinikkaryhmä
Palveluysikkö	Osasto 24L & psykiatrian terapia, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Osasto 24L on suljettu psykiatrinen vastaanotto- ja hoito-osasto, jossa hoidetaan pidempään sairastaneita ja uudelleen sairaalahoitoa tarvitsevia potilaita.
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Psykiatrian terapia: Psykiatrian klinikkaryhmän osastoilla olevien potilaiden kuntoutus
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä ja/tai Asiakas- tai potilasmäärä ja/tai	Osastolla 24L on 15 potilaspaikkaa

Käyntimäärä ja/tai Käyntimäärä/asiakas ja/tai hoitojakson pituus	
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Teemu Karvinen, teemu.karvinen@siunsote.fi , 0133305080
Palvelupäällikkö	Antti Liuska, antti.liuska@siunsote.fi , 0133303408
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Psykiatrian klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikkar ryhmän johtamisesta vastaavat palvelupäällikkö ja ylihoitaja yhdessä ylilääkäreiden kanssa. Vastuualueen palveluyksikköjen esihenkilöt suunnittelevat ja johtavat vastuualueen toimintaa esihenkilöiden tukemana

Lääketieteellinen johtovastuu on osaston lääkäriillä ja ylilääkäriillä, sekä hoitotyön johtaminen on osastonhoitajan vastuulla virka-aikana. Virka-ajan ulkopuolella lääketieteellinen johtovastuu on päivystävällä lääkäriillä, hoitotyön johtaminen on kunkin työvuoron työvuorolistaan merkatun vastuuhenkilön vastuulla.

Psykiatrian terapia toimii hallinnollisesti 24L osastonhoitajan alaisuudessa.

Lähiesihenkilöt ovat työnantajan edustajia, joiden tehtävänä on varmistaa, että yksikön perustehtävä toteutuu organisaation strategiassa määritettyjen tavoitteiden ja arvojen mukaisesti. Tehtävään kuuluu velvollisuus käyttää direktio-oikeutta eli oikeutta johtaa ja valvoa työtä.

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

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

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

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

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Lääkäripalvelut	Useita palveluntuottajia
Työnohjaus- ja valmennuspalvelut	Useita palveluntuottajia/// Ei tällä hetkellä
Koulutuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Tutkimuspalvelut	Useita palveluntuottajia
Terapiapalvelut	Useita palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus	Yksi palveluntuottaja
Tulkkauspalvelut	Useita palveluntuottajia

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

Osastolla 24L ja psykiatrian terapiassa käytetään organisaation sopimuksen mukaista hoitohenkilöstön vuokrauspalvelua ja organisaation kilpailuttamia sopimusten mukaisia työnohjaajia.

Esihenkilöt määrittelevät henkilöstön osaamisvaatimukset sekä varmistavat henkilöstön ja työnohjaajien osalta ostopalvelujen laadun. Hoitotyön esihenkilö varmistaa sairaanhoitajien perehdytyksen, osaamisen ja osastolla 24L vaadittavat pätevyudet sekä seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista.

Henkilöstön vuokrauksessa sekä työnohjauspalvelujen käytössä toimitaan sopimusten mukaisten valvonta-, palaute- ja reklamaatiokäytäntöjen mukaan ja niissä noudatetaan organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja.

Osaston 24L henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista. Ilmoitukset tehdään suullisesti, kirjallisesti ja tarvittaessa tehdään Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitus.

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

Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta sekä hankinta- ja sopimuspalvelujen asiantuntijoita hyödynnetään esihenkilöiden työn ja osaamisen tukena. Ostopalveluosaamista varmistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä. Palveluysiköiden lähiesihenkilöiden ostopalveluosaaminen varmistetaan laatimalla ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden laatu ja toimintamallit, ja ostopalvelusopimusosaamista varmistetaan yhteisesti sovituin käytäntein ja ohjelmin. Lisäksi lähiesihenkilöiden ostopalveluosaamista kehitetään koulutuksin sekä hankintojen kaksoishyväksyntäprosessin avulla.

Osastolla 24L seurataan ostopalvelujen laatua palautteen perusteella (kuten asiakaspalaute, henkilöstöpalaute, omaispalaute). Lisäksi ostopalvelun laatua arvioidaan seuraamalla ja audittoimalla kirjaamista, vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia, sekä tekemällä yhteistyötä palveluntuottajan sekä hankinta- ja ostopalveluysikön kanssa.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluysikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Osastolla 24L tuotetaan Mielenterveyslain 1116/1990 mukaista erikoissairaanhoidon vaatimia mielenterveyspalveluita Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen potilaille, joiden terveydentilansa vaatii hoitoa ja kuntoutusta erikoissairaanhoidon yksikössä. Potilasaineisto koostuu ympäri Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestöstä. Toimintamme perustuu laki sosiaali- ja terveydenhuollosta 612/2021, Terveydenhuoltolaki 1326/2010 sekä mielenterveyslain 1116/1990 määrittelemään toimintaan, jota aluehallintavirasto valvoo. Pyrimme toimimaan asiakkaan edun mukaisesti ja kehittämään toimintaamme avarakatseisemmaksi niin toimintakulttuuriamme, ammattitaitoamme kuin palvelujen tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden ohjaamana, lainsäädäntöä unohtamatta

Osasto 24L on 15-paikkainen psykiatrinen suljettu vastaanotto – ja hoito-osasto. Osaston perustehtävä on hoitaa ja kuntouttaa pidempään sairastaneita ja uudelleen sairaalahoidon tarvitsevia potilaita. Osastolla hoidettavien potilaiden ikäjakauma on 18–65-vuotta. Yleisimpiä osastolla hoidettavia psyykkisiä sairauksia ovat psykoosisairaudet, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus sekä ahdistuneisuus, persoonallisuushäiriöt sekä erilaiset traumataustat.

Osastolla annettava hoito perustuu yksikölliseen hoitosuunnitelmaan. Suunnitteluun osallistuvat potilas, omahoitaja ja lääkäri. Tarvittaessa hoitoon osallistuu myös moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat mm. ylilääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä toimintaterapeutti. Omaisten tukea ja osallistumista hoitoon pidetään tärkeänä.

Hoito koostuu lääkehoidosta, potilaan nykytilan kattavasta selvittelystä, keskusteluista omahoitajan kanssa, lääkärin säännöllisistä tapaamisista, perhe- ja verkostotapaamisista, toiminnallisesta kuntoutuksesta sekä osaston yhteisöllisestä toiminnasta. Hoitoaika on yksilöllinen ja jatkohoitosuunnitelmat ja hoitosopimukset tehdään yhdessä omahoitajan ja lääkärin kanssa.

Psykiatrian terapia tarjoaa palveluita osastohoidossa oleville potilaille erilaisten menetelmien kautta;

Liikunnan ohjaaja: Erilainen yksilö/ryhmämuotoinen kuntouttaminen erinäisten talon sisäisten (liikuntasali, kuntosali, jääkiekko (kaukalo) sekä ulkoisten (retket, uimahallikäynnit, keilailu...) toimintojen kautta.

Käsityöohjaajat tarjoavat palveluitaan P-kerroksessa psykiatrian terapian tiloissa, jossa on mahdollista tehdä käsitöitä, piirtää, maalata, askarrella ja ommella. Lisäksi tarjolla on vielä harjoituskeittiötila, missä voi harjoittaa keittiö- ja ruoanlaitto taitoja valvotusti hoitajan valvomana.

Toiminnan tavoitteena on tuottaa laadukasta, asiakaslähtöistä sekä asianmukaista ympärivuorokautista palvelua sitä tarvitseville potilasryhmille.

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 terveystalvelujen toteutuminen.

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

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

Pohjois- Karjalan hyvinvointialueen arvot (asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus, vastuullisuus) ohjaavat osasto 24L sekä psykiatrian terapian käytännön toimintaa ja näkyvät toimintaperiaatteissa seuraavasti:

Asiakaslähtöisyys: Pyrkimys vastata potilaan psykiatrisen hoidon lähtökohtiin sekä tarpeisiin potilaan itsemääräämisoikeutta, toiveita sekä arvoja kunnioittaen.

Avarakatseisuus: Olemme valmiita muuttamaan ja kehittämään toimintaamme näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen; Suuntaamme palvelutuotannon viimeisimmän parhaan tiedon mukaan ja toimimaan joustavasti potilaan tilanteen mukaan. Päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa otamme potilaan näkemykset ja tarpeet huomioon.

Turvallisuus: Osaston 24L ja psykiatrian terapian turvallisuus perustuu henkilöstön riittävyteen, osaamiseen, perehdytykseen, ennakointiin, työhyvinvointiin ja sitoutuneisuuteen. Ammattilaisilla on käytettävänä laaja osajien verkosto, jossa voidaan hyödyntää keskussairaalan eri erikoisalojen osajia ja erityistyöntekijöitä. Henkilökunnalle annetaan koulutusta turvallisuudesta ja väkivaltatilanteista sekä hätätilanteissa toiminnasta. Koulutukset vaaditaan kaikilta työntekijöiltä ja niiden voimassaoloa seurataan esimiesten toimesta.

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

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

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osasto 24L sekä Psykiatrian terapian omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa osastonhoitaja sekä osastonlääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään vastuualuekohtaista omavalvontasuunnitelman mallipohjaa, jonka esitöytäytämiseen ovat osallistuneet palvelupäällikkö ja ylihoitaja. Yksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat osastonlääkärin ja osastonhoitajan lisäksi osaston sekä psykiatrian terapian henkilöstö.

Omavalvontasuunnitelmaa tehdessä keskustellaan henkilöstön kanssa omavalvontasuunnitelman osa-alueista osastotunneilla ja kokouksissa. Keskustelun myötä nousseet ajatukset ja ehdotukset kirjataan ylös ja otetaan huomioon omavalvontasuunnitelmaa päivitettäessä.

Omavalvontasuunnitelman laadittaessa hyödynnetään asiakkailta saatuja kirjallisia, sähköisiä kuin myös sanallista palautetta. Omavalvontasuunnitelman tullessa julkiseksi esillä olevaksi asiakirjaksi, voidaan sitä kautta tuleva palaute myös ottaa huomioon omavalvontasuunnitelmaa päivitettäessä.

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).

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena osasto 24L päiväsalin, sekä psykiatrian terapian käytävän ilmoitustaululla.

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.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu Psykiatrian klinikkaryhmän lähijohdolle. Yksikkötasoisesta riskienhallinnan suunnittelun toteutuksesta sekä toteutuksen seurannasta vastaa osasto 24L ja psykiatrian terapian esihenkilö.

Esihenkilö vastaa Laatuportin riskienhallinnan päivityksestä, mahdollisien vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoitusten käsittelystä sekä henkilöstön perehdytyksessä, jossa informoidaan työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä.

Osasto 24L sekä psykiatrian terapian jokaisella työntekijällä on vastuu epäkohtien tunnistamisessa arjen työssä, niihin reagointi ja tiedon saattaminen johdon käyttöön. Työntekijät ilmoittavat mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista sekä vaikuttavat omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi.

Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon

toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

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

Henkilöstöllä on vastuu ja velvollisuus osallistua yksikkönsä riskien tunnistamiseen, esille tuomiseen ja jatkuvaan työturvallisuuskulttuurin parantamiseen. Tähän on psykiatrian klinikkaryhmässä olemassa yleinen ohjeistus, sekä oman yksikön ohjeistuksen mukaisesti.

Henkilöstö ilmoittaa havaitsemistaan poikkeamista Laatuportin vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituslomakkeen avulla, jotka käsitellään osastotunnilla moniammatillisesti. Poikkeaman korjaamiseksi pohditaan yhteisesti kehittämistoimenpide, jonka tiedottamisesta ja toteutuksesta vastaa yksikön lähiesihenkilö.

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.

Riskienarviointi toteutetaan säännöllisesti yhteistyössä Työsuojelun ja Työterveyshuollon kanssa. Riskienarvioinnissa kartoitetaan työolosuhteita, työympäristöä, henkilöstöä sekä työvälineitä. Muutostilanteissa voidaan toteuttaa riskikartoitukset tarvittaessa, yhteisen moniammatillisen arvioinnin perusteella. Riskien vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmiä arvioidaan samalla kun tilanteita käydään läpi. Mikäli tunnistamismenetelmät eivät ole riittäviä, ne laaditaan.

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

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

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

Turvallisuuskierroja toteutetaan säännöllisesti. Osastolla on turvallisuusvastaava ja turvallisuuskansio. Koko henkilökunta on perehtynyt toimintaohjeisiin ja uudet työntekijät perehdytetään turvallisuusasioihin. Työn riskien arvioinnit tehdään riskienarvioinnin kartoituksena osastonhoitajan toimesta. Yksikössä toteutetaan työpaikkaselvitys, johon osallistuvat osastonhoitaja, henkilöstö, työsuojeluvaltuutettu sekä työterveyshoitaja. Työpaikkaselvitykset tehdään viiden vuoden välein. Työpaikkaselvityksen toimenpiteistä vastaa osastonhoitaja.

Henkilöstöön kohdistuvaa ennakollista riskienarviointimenettelyä toteutetaan jo henkilöstön rekrytointivaiheessa. Rekrytoinnissa varmistetaan rekrytoitavan kelpoisuus, pätevyys ja soveltuvuus työhön. Uudet työntekijät perehdytetään suunnitelman mukaisesti. Perehdytystä seurataan ja arvioidaan keskusteluin ja kaavakkeiden avulla. Henkilöstön osaaminen varmistetaan erilaisten lupakoulutusten ja osaamisen näytöin sekä kehityskeskusteluissa vuosittain varmistetaan työntekijöiden osaamisen ylläpitäminen. Yksikössä on oma osaamisen kehittämisen suunnitelma, jossa on kirjattu henkilökunnalle sekä esihenkilöille pakolliset koulutukset. Kehittämisen suunnitelmaa noudatetaan suunnitelman sisältämän ohjeistuksen mukaisesti. Henkilöstön ennakoiva työterveystarkastusmenettely perustuu työterveyshuollon ohjeistukseen (ESV-tarkastukset), jossa kolmivuorotyötä tekevillä on terveystarkastukset määritellyn taajuuden mukaan ja ikäkausittain.

Yksiköiden palo- ja pelastusturvallisuus perustuu lakisääteiseen poistumisturvallisuusselvitykseen ja pelastussuunnitelmaan.

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).

Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

Vastuuhenkilöiden (toiminnasta vastaava johto, esihenkilöt) vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät

voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Osaston 24L sekä psykiatrian terapian työntekijät ilmoittavat havaitsemansa epäkohdat, vaaratapahtumat tai niiden uhat omalle esihenkilölleen käytössä olevan Laatuportti-järjestelmän kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus tehdä ilmoitukset myös suullisesti tai sähköpostilla. Heitä kuitenkin kannustetaan ja perehdytetään tekemään ilmoitukset Laatuportti-ilmoitusmenettelyn kautta. Havaituista riskeistä, sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoittamisvelvollisuudesta muistutetaan henkilöstö säännöllisesti ja tämä tuodaan esille myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Potilaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siun Soten verkkosivuilta. Heidän on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista yksikön lähiesihenkilölle suullisesti tai kirjallisesti. Lähiesihenkilö pyrkii dokumentoimaan vaihtoehtoisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset Laatuportti -järjestelmään.

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

Tietojärjestelmiin liittyvistä poikkeamusta tehdään ilmoitus Meitalle ja tarvittaessa Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>) (linkki).

Lääkkeiden ja rokottiden haittavaikutusilmoitukset kirjataan Mediatriin ja tehdään lisäksi ilmoitus Fimealle.

Mediatriin ja Laatuporttiin tehdään haattatapahtumakirjaus kaatumisista/putoamisista sekä painehaavaumista.

Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi (linkki)

Ilmoitukset sosiaalihuoltoon tehdään sosiaalihuollon tarpeesta Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut (linkki) ja tarvittaessa tehdään nlastensuojeluilmoituksia Lastensuojeluilmoitus - Miunpalvelut (linkki) kautta.

Viranomaisyhteistyö tapahtuu tarvittaessa 112 numeron kautta soittamalla puhelimitse

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyyn kuuluu niiden kirjaaminen, analysointi ja raportointi. Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn tavoitteena on arvioida ja analysoida tapahtumaan liittyvä riski ja hyödyntää tätä tietoa toiminnan kehittämisessä, jotta samankaltaisen tapahtuman toistuminen voidaan estää.

Osastolla 24L ja psykiatrian terapiassa esille tulleet riskit sekä vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään ensin osastonhoitajan toimesta ja sen jälkeen ilmoitukset käsitellään yhdessä osaston henkilöstön kanssa

osastotunnilla viikoittain, tai tarpeen vaatiessa aiemmin. Käsittely aloitetaan viipymättä ja viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Tarvittaessa käsittelyyn kutsutaan mukaan myös muut olennaiset tahot ja tarvittaessa pyydetään lisäselvityksiä tilanteesta osallisena olleilta tahoilta.

Vaaratapahtumien, havaittujen epäkohtien ja läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn kuuluu niiden puheeksi ottaminen, kirjaaminen, analysointi, tarvittavat toimenpiteet ja raportointi. Kädyt tapaukset kirjataan osastotuntimuistioon pelkistetyksi, jotta informaatio saavuttaa kaikki työntekijät. Vaaratapahtumien ja epäkohtien käsittelyyn kuuluu avoin ja rakentava keskustelu työntekijöiden, potilaan ja tarvittaessa omaisten ja läheisten kanssa.

Lisäksi vakavat tapahtumat käsitellään Siun soten vakavienvaaratapahtumien tutkinta työryhmässä. Tästä työryhmästä voi yksikölle tulla vielä lisäkysymyksiä ja toimintamallin kehittämisehdotuksia, joihin yksikön on vastattava. Tarvittaessa niitä käsitellään moniammatillisesti, hyvässä yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsittelee osastonhoitaja, tarvittaessa pyytää apua ylilääkäriltä tai muiden yksiköiden lähiesihenkilöitä. Kaikki dokumentoidaan osastonhoitajan toimesta Laatuportti-järjestelmään. Potilasturvallisuusyhdyshenkilö koostaa säännöllisesti klinikkaryhmän riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia, joita psykiatrian klinikkaryhmässä osastonhoitajat käsittelevät Laatuportin kuukausittaiset yhteenveto raportit esihenkilökokouksissa. Käsittelyajoista ja ilmoitusten käsittelystä muistutetaan säällöllisesti esihenkilöitä.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Osastolla 24L kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta vastaa osastonhoitaja yhdessä työyhteisön kanssa. Yhdessä keskustellen tehdään muutokset ja opitaan ilmoitetuista vaaratilanteista ja riskeistä sekä kehitetään toimintaa. Vaaratilanneilmoituksiin kirjataan ja kuvataan tehdyt toimenpiteet, kädyt keskustelut ja niiden pohjalta syntyneet toiminnan muutosehdotukset. Kehittämistoimenpiteet otetaan käyttöön heti ja niiden toteutumista ja toimivuutta seurataan 1-2 kuukauden päästä ja tarvittaessa seuranta jatketaan. Osastonhoitaja tekee kirjaukset kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta.

Jos on riskinä, että vaaratapahtumailmoitukset jäisivät käsittelemättä esimerkiksi esihenkilön poissaollessa, ilmoitukset siirretään toiselle esihenkilölle poissaolon ajaksi.

Potilaan tai hänen läheisensä antama palaute vaara- ja poikkeamatilanteesta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja otetaan puheeksi osastotunneilla. Ehdotuksesta käydään keskustelua henkilöstön kesken, kuinka sitä voidaan hyödyntää yksikön toiminnan suunnittelussa.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilöstöä osastotunneilla suullisesti, sekä kirjallisesti koko henkilöstölle suunnatulla sähköpostilla. Lisäksi osastotunneista kirjoitetaan muistiot, jotka ovat luettavissa osaston Teams-kanavalla tiedostoissa.

Osastonhoitaja on vastuussa henkilöstön tiedottamisesta, sekä seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin. Osastolla oleville potilaille tiedotetaan kehittämistoimenpiteistä ja tarvittaessa toiminnan muutoksista tiedotetaan myös Siun Soten internet sivuilla.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Potilaita informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti tarvittaessa tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta Asiakkaan vaaratilanneilmoitus - siunsote.fi Laatuporttiin.

Potilaalle tarjotaan tarpeen mukaan tukea, keskusteluapua tai ohjataan muun avun tai tuen piiriin. Osaston 24L esihenkilö tai osastonlääkäri on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoitukseen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Potilaalle kerrotaan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

Esihenkilö seuraa tiedottamisen toteutumista ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallinta	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin Osaamisen vahvistaminen, viestintä ja koulutus, toimintamallin ja riskienhallinnan prosessin kertaaminen	Linkit saatavilla 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

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Potilaan saavuttua osastolle lääkärin M1-lähetteellä, omaehtoiseen hoitoon lääkärin lähetteellä, taikka tehostetun avohoidon hoitajan ohjaamana, osaston 24L lääkäri arvioi potilaan hoidon tarpeen tulohaastattelussa yhdessä hoitajan kanssa.

Hoidon tarpeen arvioinnissa voidaan käyttää tarvittaessa erilaisia mittareita kuten BDI, MDI, MDQ yms. haastattelun ohella. Osastohoidon aikana arvioidaan edellä mainittujen mittareiden lisäksi muilla tarpeellisilla mittareilla hoidon tarvetta. Hoito perustuu keskusteluihin, joissa myös voidaan arvioida yhdessä potilaan luvalla hänen läheistensä kanssa hoidon tarvetta. Kaikki hoidon aikana käyty keskustelut sekä mittareiden tulokset ja vastaukset kirjataan asiakas- ja potilaskirjausjärjestelmä Mediatriin. Näiden avulla sekä lääkärikäyntien ja myös potilaan ja hänen läheistensä arvioiden kautta arvioidaan säännöllisesti potilaan hoidon etenemistä ja hoidon tarvetta hoidon aikana.

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

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Osastolla 24L potilaiden hoitoon pääsyä määrittää mielenterveyslaki, niiltä osin, kun potilas tulee hoitoon M1-lähetteellä. M1-lähete on voimassa 3 vuorokautta, jonka aikana mielenterveyslain mukaisen tarkkailun aloittaminen tulee aloittaa.

Palveluun ja hoitoon pääsemisen toteutumista seurataan säännöllisesti klinikkaryhmän johtotiimeissä.

Lue lisää: [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.

Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelman laatii potilaan omahoitaja, lääkäri ja potilas yhteistyössä. Lisäksi suunnitelman laatimiseen voi osallistua potilaan läheinen potilaan suostumuksella tarvittaessa. Suunnitelma kirjataan Mediatri potilastietojärjestelmään "Terveys- ja hoitosuunnitelma" välilehdelle. Suunnitelmaa päivitetään vähintään 3 kuukauden välein osastohoidon aikana omanhoitajan toimesta tai avohoidossa tarpeen mukaisesti oman työntekijän toimesta. Suunnitelma on voimassa yhden vuoden, mutta tarvittaessa sitä voidaan päivittää useamminkin.

Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista seuraa potilaan omahoitaja sairaalassa, avohoidossa tms. palvelussa yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

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

Terveystenhuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti osastolla 24L potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastolla 24L hoidetaan potilaita, joilla on erikoissairaanhoidon vaatimia mielenterveyden häiriöitä ja ajoittain osastolla ilmenee tilanteita, jolloin yhteistyö ei potilaan kanssa onnistu. Tällöin osastolla toimitaan lain edellyttämällä tavalla.

Edellä mainittujen tilanteiden osalta laki Terveydenhuollon potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää osaston 24L toimintaa seuraavasti: Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista tai muuta läheistä on kuultava ennen tärkeän päätöksen tekemistä ja selvitettävä, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Osastolla 24L tämä voi tarkoittaa lähisukulaista, edunvalvojaa tai lakimiestä.

Lisäksi joissain tilanteissa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Osastolla 24L pyritään aina toimimaan potilaan kanssa yhteistyössä, erityisesti ei kiireellisissä tapauksissa (Kiireellinen: välittömästi henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava tilanne) pyritään rajoittamiseen oikeuttavien kriteerien täytyessäkin potilaan kanssa ensisijaisesti sopimaan esimerkiksi liikkumiseen liittyvistä käytänteistä, omaisuuteen tai yhteydenpitoon liittyvistä käytänteistä. Potilaan kanssa yhteistyössä tehdyistä sopimuksista kirjataan aina merkintä potilastietoasiakirjoihin.

Lisäksi ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä asiakkaan tai potilaan käytökseen. Esimerkiksi sekavuuden ja levottomuuden tai aggression taustalla voi olla kipu, muu elimellinen syy tai asiakkaan ahdistuneisuus. Osastolla 24L selvittää ja kirjataan edellä mainitut tiedossa olevat potentiaaliset taustasyt ja varomerkit huolellisesti potilasasiakirjoihin, näihin liittyen kirjataan myös ylös potilaan kanssa tehtyjä suunnitelmia riskien minimoimiseksi.

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

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

Itsemääräämisoikeuteen liittyvien sovittujen periaatteiden toteutumista seurataan keräämällä palautetta potilailta kahdesti vuodessa, sekä keräämällä palautetta henkilöstöltä. Poikkeamatilanteista henkilöstö raportoi laatuportin vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta ja potilas voi myös itse raportoida vaara- ja poikkeamailmoituksen tai ilmoittaa tyytymättömyydestään palveluun tai hoitoon. Tyytymättömyysilmoituksen tekemistä potilasta tai hänen lähipiiriään voi auttaa potilasasiamies, jonka yhteystiedot löytyvät osaston ilmoitustaululta. Palautteet ja ilmoitukset käsittelee osastonhoitaja tarvittaessa yhdessä ylihoitajan ja palvelupäällikön kanssa. Potilaalla on pyydettyessä mahdollisuus vastaus liittyen hänen raportomaansa toimintaan.

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.

Toiminnan lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Joissain tilanteissa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittamistoimenpiteillä puututaan henkilön perusoikeuksiin ja siksi rajoittamistoimenpiteen on oltava aina viimeinen keino. Toisin sanoen ennen rajoittamiseen ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä potilaan käytökseen. Henkilöstön tai resurssien puute ei ole hyväksyttävä syy rajoitukselle.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

Epäasialliseen kohteluun puuttuminen on psykiatrian klinikkaryhmän viranhaltijoiden vastuulla sen jälkeen, kun asia on saatettu heidän tietoonsa. Virkavastuullisilla on oikeus ja velvollisuus tutkia ja ratkaista asia eri sidosryhmien kanssa (henkilöstöpalvelut, työterveyshuolto, vakavien vaaratapahtumien työryhmä, turvallisuuspäällikkö, poliisi) tapauksen vakavuudesta riippuen. Mikäli ilmoitus johtaa toimenpiteisiin, noudatetaan niissä Siun Sotessa voimassa olevaa ohjeistusta ”Seuraamukset työ- ja virkavelvollisuuksien laiminlyönneistä” tai potilasmuistutusasioissa voimassa olevaa toimintaohjetta muistutusten, kanteluiden ja

potilasvahinkoasioiden käsittelyssä. Toteutumista seurataan ilmoitusten, kanteluiden ja muistutusten kautta esihenkilöiden ja klinikkaryhmän ylimmän johdon kanssa säännöllisesti.

[Toimintaohje havaittaessa potilaan huonoa tai epäasiallista kohtelua](#) (linkki, saatavissa sisäisessä verkossa)

[Siunsote HEN OHJE seuraamukset työ- ja virkavelvollisuuksien laiminlyönnestä.docx \(sharepoint.com\)](#)
(linkki, saatavissa sisäisessä verkossa)

[Siunsote TIEHAI OHJE Muistutusten kanteluiden ja potilasvahinkojen käsittely.docx \(sharepoint.com\)](#)
(linkki, saatavissa sisäisessä verkossa)

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

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

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

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Palvelun ja hoidon laatua koskevat reklamaatiot ja epäselvyydet pyritään selvittämään välittömästi keskustelemalla yksikössä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuneiden ammattilaisten kesken. Jos asia ei kuitenkaan selviä keskustelemalla ja potilas on tyytymätön saamaansa palveluun voi hän olla yhteydessä

toimintayksikön lähiesihenkilöihin, ylihoitajaan tai palvelupäällikköön tai kääntyä sosiaali- tai potilasasiamiehen puoleen.

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

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

Viranomaispäätökset ja muu viranomaisohjaus ohjaavat yksikön toimintaa. Toimintaa koskevat reklamaatiot otetaan aktiivisesti huomioon yksikön toiminnan kehittämisessä. Mielenterveyslain mukaisista rajoitteista tehdään pääsääntöisesti aina valituskelpoinen päätös lääkärin toimesta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoa 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 neuvoa, miten menetellään, kun asiakas/potilas tai hänen omaisensa on tyytymätön annettuun palveluun tai hoitoon tai henkilökunnalta saamaansa kohteluun. Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoa ja avustaa tarvittaessa muistutuksen tai esimerkiksi potilasvahinkoilmoituksen tai korvaushakemuksen tekemisessä. Sosiaali- ja potilasasiavastaava seuraa asiakkaiden/potilaiden oikeuksien ja aseman kehitystä hyvinvointialueella ja antaa asiasta vuosittain selvityksen hyvinvointialueelle.

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote
Kirjaamo
Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puh. 013 330 8285
Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalipotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

Viestejä voi lähettää tietoturvallisesti [Suomi.fi-viestit -palvelun](#) (linkki) kautta

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilas tai läheinen voivat halutessaan antaa palautetta osaston palvelusta verkkolomakkeella Siun soten www-sivujen kautta. Palautteen voi antaa nimettömänä tai jos potilas haluaa, että otamme häneen yhteyttä, on hänen jätettävä palautetta antaessaan yhteystietonsa. Palautelomake koostuu vapaasta palautteesta sekä THL:n kansallisista asiakaspalautetiedon väittämistä. Laatuportti-järjestelmä lähettää tiedon saapuneesta palautteesta automaattisesti yksikön lähiesihenkilöille sähköpostiin.

Esihenkilöt käsittelevät palautteen järjestelmässä viikon sisällä palautteen antamisesta. Saatua potilaspalautetta käsitellään viikoittain osastotunneilla ja hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä. Palautteen antajalle voidaan vastata myös suoraan Laatuporttijärjestelmän kautta, jos palautteen antaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa. Lisäksi kerätään ajoittain myös paperilomakkeilla palautetta potilailta. Osastolla on oma palautelaatikko avoimia palautteita varten päiväsalissa. Potilaan ja hänen läheisensä on mahdollista antaa myös suullista palautetta saamastaan palvelusta ja hoidosta. Kaikki saatu palaute käsitellään osastotunneilla ja tarvittaessa hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä.

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

Hoito- ja hoivatyön potilaspalauteet kerätään neljännesvuosittain koko Siun Sotessa. Niistä saadut vastaukset käydään läpi niiden valmistuttua henkilöstön kesken osastotunnilla.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

Kokemusasiantuntijoita hyödynnetään toiminnassa mahdollisuuksien mukaisesti potilaskontakteissa sekä toimintojen kehittämisessä.

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

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		• Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021(linkki) • Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä(linkki) • STM:n julkaisu: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019(linkki)
Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen		• Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)
Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeuteen, asialliseen kohteluun ja oikeusturvaan liittyen		• Perustuslaki 731/1999(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) • 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) • Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely (linkki, sisäinen)
Asiakkaan/potilaan ja heidän läheisten osallistamiseen liittyen		• Perustuslaki 731/1999(linkki) • Kuntalaki 410/2015(linkki) • Terveysthuoltolaki 1326/2010(linkki) • Sosiaalihuoltolaki 1301/2014(linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (linkki)

		• Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000(linkki) • Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa (linkki, sisäinen verkko) • Asiakaspalautejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely(linkki, sisäinen verkko))
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Jatkuva rekrytointi	Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
Itsemäärämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	Tartuntatautilaki (1227/2016) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Osastolla 24L työskentelee 1 erikoistuva lääkäri, 11 sairaanhoitajaa, 4 lähihoitajaa, 2 mielenterveyshoitajaa sekä 1 osastonhoitaja. Psykiatrian kuntoutuksessa työskentelee 1 sairaanhoitaja, 1 askarteluohjaaja sekä 2 mielenterveyshoitajaa, jotka toimivat osasto 24L osastonhoitajan alaisuudessa.

Vakituisia vuosilomansijaisia työskentelee 1. Hoitohenkilöstö työskentelee kolmessa työvuorossa: aamuvuoro, iltavuoro ja yövuoro. Lisäksi käytössä on pitkiä 12 tunnin työvuoroja. Aamuvuorossa on 4 hoitajaa (3

aamuvuorossa ja yksi pitkässä (aamu ja ilta vuorot yhdessä) vuorossa), iltavuorossa 4 hoitajaa (3 iltavuorossa ja 1 pitkässä vuorossa) ja yövuorossa 2 hoitajaa.

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

Osastolla sairaanhoitajien työkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidosta vastaamista ja toteuttamista sekä lääkkeiden tilaamista osastolle, lääkärin kanssa työskentelyä, kirjaamista potilastietojärjestelmään ja raportointia sekä vastuuvuoroissa toimimista. Lähihoitajan sekä mielenterveyshoitajan tehtäväkuvaan kuuluu potilastyötä, lääkehoidon toteuttamista, lääkärin kanssa toimimista ja raportointia sekä kirjaamista. Lähihoitaja tai mielenterveyshoitaja voi myös toimia vastuuvuorossa.

Työvuorosuunnittelu toteutetaan sähköisesti Numeron ohjelmiston avulla. Työvuorosuunnittelusta vastaa osastonhoitaja. Työvuorosuunnittelussa huomioidaan henkilöstön riittävyys ja ammattitaidon jakautuminen työvuorottain. Sijaisia käytetään tarvittaessa oman henkilöstön poissaoloissa. Henkilöstönvoimarojen riittävyyttä suhteessa potilaiden palvelutarpeeseen seurataan osastonhoitajan toimesta ja tarvittaessa työvuoroihin hankitaan lisäresurssia sijaisten avulla. Poikkeusolojen varalla henkilöstövoimavarojen riittävyyden turvaamiseksi sovitaan toimenpiteet tapauskohtaisesti.

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

Henkilöstön riittävyys varmistetaan työvuoro- ja lomasuunnittelulla, jonka tekee lähiesihenkilö. Poissaolojen suhteen käytetään ensisijaisesti Siun Soten sisäisiä sijaisia, toissijaisesti Temporen henkilöstövuokraus yritystä. Tämän jälkeen pyritään yksikön sisäisin järjestelyin järjestämään henkilöstön riittävyys riittäväksi.

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

7.2 Rekrytointi

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

Henkilöstön rekrytointi perustuu psykiatrian klinikkaryhmän henkilötyövuosiin ja tehtäviin vuosittaisen talousarvion puitteissa. Työvoiman muutostarpeet esitetään seuraavan vuoden talousarvioesityksessä.

Terveysthuollon ammattien harjoittamisen vaatimukset on säädetty terveysthuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Terveysthuollon ammateissa toimiminen edellyttää koulutuksen ja Valviran laillistuksen tai rekisteröinnin lisäksi riittäviä ammattitaitoja ja- tietoja, sekä sitä, että henkilö kykenee terveystilansa ja toimintakykynsä puolesta toimimaan ammatissaan.

Psykiatrian klinikassa ja osastolla 24L henkilöstön rekrytoinnissa noudatetaan Siun soten kelpoisuusehtoja (ilmoitetaan työpaikkailmoituksessa) ja Siun soten rekrytointiyksikön ohjeistusta. Ammattioikeudet tarkastetaan aina ennen palvelukseen ottamista Valviran rekisteristä. Rokotussuoja varmistetaan valitulta hakijalta Siun soten ohjeen mukaan. Hakijan kielitaito varmistetaan haastattelutilanteessa.

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

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

Soveltuvuus tehtävään arvioidaan työhaastattelussa, jonka pitävät rekrytoitavasta aamttiryhmästä riippuen ylihoitaja, palvelualuepäällikkö, osastonhoitaja, vastaava sosiaalityöntekijä tai psykologi tai osastonlääkäri. Työhaastattelussa varmistetaan myös riittävä kielitaito. Tarvittaessa pyydetään esittämään todistus kielikokeesta. Rokotesuojan varmistamiseksi työtterveyshuollon kautta. Tehtävissä koeaika on 4-6 kuukautta. Esihenkilöt pyrkivät tunnistamaan tehtävässä vaadittavan osaamisen ja varmistetaan työntekijän soveltuvuuden rekrytointitilanteessa. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n kuluessa työsuhteen alkamisesta.

7.3 Perehdytys

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

Osastolla 24L henkilöstön perehdytykselle varataan aikaa 3-6 viikkoa työntekijän valmiudet ja osaaminen huomioiden. Perehtyjän työvuorot on ensimmäisille päville suunniteltu niin, että tällä ajalla perehtyvä työntekijä työskentelee pääasiassa ylimääräisenä työntekijänä työvuorossa ja työskentelee nimetyn perehdyttäjän,

osaavan hoitajan työparina. Varsinaisen perehdytysjakson jälkeen perehtyminen jatkuu työssä oppimisena perehdyttäjän ja muiden työntekijöiden tuella.

Osastonhoitaja vastaavat työntekijän alkuperehdytyksestä organisaation ja yksikön yleisiin ja käytännön asioihin. Osastonhoitaja käy henkilöstön perehdytyksessä läpi organisaation ja psykiatrian klinikkaryhmän arvot sekä tavoitteet, yksikön toimintatavat sekä toimintaympäristöön ja toimenkuvaan liittyviä asioita. Nimetty perehdyttjähoitaja ja muut hoitajat huolehtivat ammatillisesta perehdyttämisestä kliniseen työhön ja sairaanhoitajan työtehtäviin. Perehdytyksen aikana uusi työntekijä tutustuu yksikön omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin ja ohjeisiin. Osastonhoitaja seuraa työntekijän perehdytyksen etenemistä.

Perehdytyksessä hyödynnetään Siun soten perehdytysohjelmaa, sisäistä perehdytysrivustoa ja perehdytyksen tukena käytetään Siun soten yleistä perehdytysmateriaalia, henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa sekä osasto 24L perehdytysuunnitelmaa ja omia ohjeita. Opiskelijoiden harjoittelun ohjauksessa käytetään myös Siun soten perehdytysohjelmaa ja opiskelijoiden henkilökohtaista perehdytysuunnitelmaa sekä osasto 24L perehdytysmateriaalia.

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

Opiskelijan harjoittelujakson arviointiin osallistuu opiskelijan ohjaajana toiminut hoitaja. Sekä työntekijän että opiskelijan perehdytys dokumentoidaan Siun soten yleiseen ja yksikön omaan perehdytysuunnitelmaan. Osastonhoitaja tarkastaa perehdytysohjelman toteutumisen ja palauttaa Siun soten perehdytyslomakkeen koulutusyksikköön arkistoitavaksi. Osastonhoitaja kirjaa Siun Perehdytys-kurssin suoritukseksi sähköiseen järjestelmään (Onni-HR).

Lääkäriperhdytyksestä vastaa psykiatrian ylilääkäri ja yksikössä perehdytystä toteuttavat osaston lääkäri.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastolla 24L henkilöstön osaamista ja kouluttautumista määrittää psykiatrian klinikkaryhmän koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelmassa on avattu, sekä psykiatrian klinikkaryhmässä, että Siun Soten organisaatiossa vaadittavaa osaamista ja sen hankkimiseen liittyvät koulutukset.

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

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

Osastonhoitaja seuraa osaston 24L henkilöstön osaamista ja varmistaa osaamisen riittävyyden. Osaamisen kehittämisen tarvetta ja koulutustarpeita arvioidaan vuosittain toteutuvien kehityskeskustelun yhteydessä ja tarvittaessa tiheämmin. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta ja suunnitelma. Tarvittaessa suunnitelmaa täydennetään tai muokataan. Osastonhoitaja vastaa sairaanhoitajien ja psykiatrian ylilääkäri lääkäreiden kehityskeskustelujen toteutumisesta ja niiden toteutumista seurataan organisaatiotasolla.

Osastonhoitaja seuraa henkilöstön osaamisen kehittämistä myös keskustellen ja sähköisten järjestelmien kautta (ONNI-HR ja Laatuportti/Laitepassit). Työntekijä toimittaa todistuksen koulutusten suorituksista osastonhoitajalle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään (Onni-HR).

7.5 Johtamisosaaminen

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

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

Psykiatrisessa klinikkaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamisvalmennusta. Johtamisosaamistarve voi olla yksilöllinen ja toiminnallisiin muutoksiin liittyvä ja vaatii esihenkilön kanssa keskustelun (esim. kehityskeskustelu). Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu

henkilökohtaisissa keskusteluissa, puolin ja toisin esihenkilön ja työntekijän puolelta tehtyjen osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan, että lähijohtamisessa on aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät.

Osastolla 24L johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä ja koulutuksilla. Siun sotessa järjestetään esihenkilöille suunnattua koulutusta ja lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Esihenkilöt suorittavat psykiatrian klinikassa määritellyt esihenkilöille veloitettut koulutukset. Esihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa työn suunnittelulla ja työnjaolla. Osastonhoitaja ja yksikön vastuulääkäri tekevät tiivistä yhteistyötä osaston 24L toiminnan organisoimiseksi. Lisäksi erilaisten tehtävien organisoinnissa ja hoitamisessa tehdään tiivistä yhteistyötä hoitajien kanssa ja hoitajien vastuualueiden mukaisesti (erityisosaamisalueet, hygieniavastaavat, turvallisuusvastaavat, lääkevastaavat jne). Osastonhoitajalla on työnsä tukena lisäksi osastonhoitajatyöpari toisesta yksiköstä, palvelualueen lähiesihenkilöiden verkosto, organisaation tukipalvelut, ylihoitaja ja palvelupääällikkö. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan esihenkilön toimesta sekä henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Vibe-kyselyn, kehityskeskustelujen ja potilaspalautteiden kautta.

7.6 Työhyvinvointi

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

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

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

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

Henkilöstön hyvinvointia seurataan vuosittaisella Vibe-kyselyllä. Vibe-kyselyn tulokset käydään läpi yhdessä henkilöstön kanssa, ja samalla mietitään yhdessä toimenpiteitä työtyytyväisyyden lisäämiseksi ja kehittämiseksi.

Tehtyjä toimenpiteitä seurataan aktiivisesti ja arvioidaan niiden vaikutuksia esihenkilöiden ja työyhteisön toimesta.

Henkilöstöllä on käytössä työhyvinvoinnin lisäämiseksi Siun Soten sisäiset henkilöstöedut, jotka on suunniteltu tukemaan työntekijöiden hyvinvointia ([Henkilöstöedut vuonna 2024 \(sharepoint.com\)](#) (linkki, sisäinen))

Työturvallisuus ja työsuojelu

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

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

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

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

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

1) Riskien ennakointi

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

2) Turvallisuushavainnoista oppiminen

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

3) Turvalliset työtavat

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

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Psykiatrisessa hoitotyössä on tunnustettu, että työhön liittyy selkeästi kohonnut väkivallan ja sen uhan riski. Osastolla 24L hoidetaan mm. potilaita, joilla on taustalla usein psyykkisten sairauksien lisäksi myös persoonallisuushäiriöitä, jotka voivat vaikuttaa henkilöiden väkivaltakäyttäytymiseen kynnystä alentaen. Osastolla hoidetaan myös akuuttivaiheessa olevia psykoosipotilaita. Psykiatrisessa hoitotyössä törmätään ajoittain tilanteisiin, joissa osastohoidossa oleva potilas on päihtyneenä osastolla. Päihtynyt ja/tai huumeiden vaikutuksen alainen potilas on aina erityinen hoitohaaste. Tällaisten potilaiden tuloa osastoille ei voida aina välttää.

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

Yksikköön on tehty menettelytapaohje väkivallasta ja sen uhasta. Lisäksi yksikössä käytetään menettelytapaohjeen mukaisia ennakkoinnin ja riskin arvioinnin mittareita. Uhka- ja läheltäpiti-tilanteista tehdään ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään.

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

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

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

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Osastolle 24L tullut positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute käsitellään yksikön osastotunneilla. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai Laatuporttijärjestelmän kautta.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään myös nuorisopsykiatrian poliklinikalla

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstö		Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994(linkki) Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki) Työturvallisuuslaki 738/2002(linkki) Työterveyshuoltolaki 1383/2001(linkki) - Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) (linkki) Työvuorosuunnittelun pelisäännöt Vuosisilomaohje Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje Virantäyttöprosessi -ohje Siun soten perehdytysohjelma Täydennyskoulutusohje Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma Kehityskeskusteluohjeet Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com) Henkilöturvaohje

		• <u>Työhyvinvoinnin tuki</u> • <u>Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma</u> • <u>Työsuojelun toimintaohjelma</u>
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	• Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) • Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä • annetun lain muuttamisesta (104/2008) • Osaamisen kehittämisen suunnitelma

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

Osastolla 24L on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon käyntitekstit kirjataan. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset. Hajautuksessa olevat lääketieteen opiskelijat seuraavat lääkäreiden työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse.

Hoitotyöntekijät ja erityistyöntekijät kirjoittavat käyntitekstit ammatin mukaiselle lehdelle. Lääkärit sanelevat käyntitekstit, jotka sihteerit kirjoittaa PSY-lehdelle lääkärin määrittämän kiireellisyyden mukaan. Osastolla 24L käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käsittelemään myös paperisia potilasasiakirjoja, mutta tuoreet potilasasiakirjat, kuten lähetteet, skannataan ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

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

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

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

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

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Osastolla 24L noudatetaan tietosuojan ja tietoturvaan liittyvä lainsäädäntöä. Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi (linkki).

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

Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation ohjeita ja koulutuksia. Työntekijät ja opiskelijat ohjataan muun muassa perehtymään Organisaation Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan ja tietoturvaan ja tietosuojan liittyviä ohjeistuksia kerrataan osastokokouksissa. Osaston 24L työntekijät suorittavat organisaation edellyttämät Tietosuojan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset koulutukset 5 vuoden välein. Osastonhoitaja seuraa koulutusten toteutumista.

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

Mikäli osastolla 24L havaitaan tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus, toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Tietosuojarikkeen tai vaarantumisen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta välittömästi omalle esihenkilölleen. Esihenkilö tekee tietosuojaloukkausilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Esihenkilön vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen suorittaa tarvittavat toimenpiteet ja ohjeistaa henkilöstöä ja pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa.

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

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä / Ei

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

Tietosuojavastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella henkilötietojen käsittelyä sekä tietosuojasäännösten ja -ohjeiden noudattamista. Tietosuojavastaava neuvoo ja ohjaa henkilöstöä ja asiakkaita tietosuojan 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 tietosuojasetuksessa (2016/679, 38–39 art.)

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

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

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

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

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Osaston 24L toimitilat sijaitsevat keskussairaalan L-talon 2. kerroksessa. Osaston 24L toimitilat on suunniteltu 15 psykiatrisen potilaan hoitoa ajatellen. Hoitosuhteet ovat osaston luonteen vuoksia usein pitkiä ja tilat ovat pääsääntöisesti yhden potilashuoneita. Osastolla 24L on 13 potilashuonetta, näistä 11 on yhden hengen huoneita ja kaksi on kahden hengen huoneita. Osassa huoneissa on mahdollista suorittaa kameravalvontaa. Osastolla on lisäksi yksi turvahuone, missä pystytään toteuttamaan mielenterveyslain mukaisia pakkotoimia. Jokaisessa huoneessa on wc- ja suihkutilat. Kahden hengen huoneissa ei ole erikseen sermiä tms. tarvittaessa vaatteiden vaihto onnistuu yksityisesti wc-tiloissa. Potilaat sijoitetaan kahden hengen huoneisiin potilaan tarpeen mukaisesti perustuen potilaan psyykkiseen/somaattiseen tilanteeseen. Kahden hengen huoneisiin sijoittelussa otetaan huomioon myös potilaan oma mielipide asiasta.

Hoitajien käytettävissä on kaksi kansliaa, jotka ovat toisiinsa kytköksissä ja joiden ovet avautuvat kahdelle eri käytävälle. Potilaiden käytössä on ruokasalin yhteydessä sijaitseva potilaskeittiö. Potilaskeittiö on varustettu jääkaapilla, mikroaaltouunilla, kahvin- ja vedenkeittimellä ja vesipisteellä. Saunatilat ovat yhteiskäytössä osaston 23L kanssa ja saunavuorot on jaettu sovitusti molemmille osastoille. Potilaiden käytössä on myös kodinhoitohuone henkilökohtaista pyykinhuoltoa varten, jota toteutetaan valvotusti. Lisäksi osastolla on kaksi päiväsalia, ruokasali, parveke ja tupakointiparveke.

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

Psykiatrian terapian toimitilat sijaitsevat keskussairaalan L-talon K-/P-kerroksessa. K-kerroksessa sijaitsee kuntosali, wc tilat potilaille sekä liikunnanohjaajan toimisto. P-kerroksessa sijaitsee liikuntasali, varastot, suihkutilat, wc tilat potilaille, kuvataideterapian työtilat, askarteluohjaajan työtilat, työntekijöiden toimistotilat sekä taukhuone. Lisäksi harjoittelukeittiö löytyy P-kerroksesta.

Osaston 24L sekä psykiatrian terapian tiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään vähintään 3 vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu yksikön turvallisuusohjeisiin, saa perehdytystä tilojen turvallisuuteen liittyen ja osallistuu vuosittain toteutettaviin turvallisuuskävelyihin. Potilashuoneissa on riittävä ja paikkakohtaisesti säädettävä valaistus. Äänieristys on huomioitu tilasuunnittelussa mahdollisimman hyvin. Osastolla 24L henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa osastolla liikkumisessa. Esteettömyys on huomioitu ja apuvälineiden kanssa liikkuminen on sujuvaa, kynnyksiä ei ole ja oviaukot ovat riittävän väljiä.

Osasto 24L on suljettu osasto ja sen mukaisesti osastolle kulku ja siellä poistuminen tapahtuu henkilökunnan kulunvalvonnalla. Lääkehuoneeseen kulku on henkilökunnan kulunvalvonnalla. Lääkehuoltotiloihin käynti tapahtuu henkilökunnan kansliasta. Pääsy lääkehuoltotiloihin on vain henkilökunnalla joka on suorittanut lääkeluvat. Lääkehuoltotiloissa tapahtuu lääkkeiden jakaminen ja lääkityksiin liittyvät toimenpiteet. Potilaille lääkkeet annetaan henkilökunnan kansliassa ja mahdolliset muut lääkehoidot (injektiot, ketamiinihoito yms.) annetaan potilaan omassa potilashuoneessa.

Tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä joskus voidaan tarvita turvasoluhoitoa. Turvasolu sijaitsee osaston ulkopuolella L-talon 3. kerroksessa ja on myös muiden osastojen käytössä. Turvasolussa on yhteiset tilat sekä eristyskoneet ja wc- ja suihkutilat. Turvasolua käytetään vain mielenterveyslain ohjaamissa puitteissa potilaan hoidossa psykiatrin arvon perusteella.

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

Tilojen hätäpoistumistiet on merkitty opasteilla ja merkkivaloilla. Kulkuväylät ja hätäpoistumisreitit pidetään vapaana. Osaston tiloissa on riittävä valaistus suunniteltu jo tilojen rakennusvaiheessa. Valaistus on suunniteltu käyttötarpeen mukaan vaihdettavaksi esimerkiksi yöaikaan valaistusta voidaan vähentää ja potilashuoneissa on yövalaistuksen mahdollisuus. Osastolla 24L sekä psykiatrian terapian tiloissa on turvavalistus sähkökatkotilanteita varten.

Osastolla 24L on tarvittaessa mahdollista käyttää hoitajakutsua, mutta se ei ole automaattisesti asennettuna kaikkiin huoneisiin. Osaston 24L sekä psykiatrian terapian henkilöstö käyttävät ASCOM hälytinsäätelmää, jonka avulla voidaan kutsua lisähenkilökuntaa paikalle tilanteen niin vaatiessa. Osastolla 24L sekä psykiatrian terapian tiloissa on käytössä kulunvalvonta ja lukitusjärjestelmä, jonka avulla työntekijöiden, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden hallittu liikkuminen toteutetaan. Hallittu liikkuminen muodostuu kulunvalvonta -ja lukitusjärjestelmän kulkuoikeuksista sekä mekaanisista lukitusjärjestelmistä. Kulunvalvonnasta ja lukitusjärjestelmästä vastaa turvallisuuspalvelut. Esihenkilöt hallinnoivat henkilökunnan kulkuoikeuksia. Osaston 24L sekä psykiatrian terapian ulko-ovet ovat aina lukittu ja kulku tapahtuu kulkutunnisteella.

Osastolla 24L hyödynnetään kameravalvontaa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä. [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki) ja [Turvallisuusjärjestelmät \(sharepoint.com\)](#) (linkki, sisäinen verkko).

Lisäksi osasto 24L:llä on potilashuoneita, joissa on potilaan turvallisuuden varmistamiseksi mahdollisuus käyttää kameravalvontaa. Kamerat eivät ole tallentavia, eikä niistä muodostu henkilörekisteriä. Kameroiden valvontakuva on näkyvillä vain hoitajille. Kameran käytöstä sovitaan aina erikseen potilaan kanssa ja sitä käytetään lääkärin määräyksellä ja sitä käytetään vain potilaan hoidon ja turvallisuuden kannalta välttämättömissä tilanteissa. Osaston lääkehuoneessa on tallentava kameravalvonta turvallisuussyistä.

Psykiatrian terapian tiloissa ei ole kameravalvontaa.

Henkilökunta opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön, turvahälyttimien ja muiden hälytysjärjestelmien käyttöön. Ohjeita ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu osastonhoitajalle.

Osaston 24L sekä psykiatrian terapian tiloissa on automaattinen paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmä sekä murtosuojausjärjestelmä. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat.

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

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

Automaattinen paloilmoitinjärjestelmä on tekninen järjestelmä, jonka tehtävänä on havaita tulipalo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti eteenpäin hätäkeskukseen ja paikalla olevalle henkilökunnalle. Lisäksi ilmoitus välitetään tekniselle henkilökunnalle ja keskussairaalassa vahtimestareille. Sammutusjärjestelmän tehtävänä on pyrkiä sammuttamaan havaittu tulipalo. Sammutusjärjestelmänä on vesisprinklerijärjestelmä, joka toimii osastolla automaattisesti.

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • 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.

Etäkäynti: Etäkäynnillä tarkoitetaan puhelin- ja videovälitteistä käyntiä, joka korvaa asiakkaan vastaanottokäynnin ammattilaisen luona tai ammattilaisen käynnin asiakkaan luona. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja etäkäyntiyhteydet ovat suojattuja. Etäkäynnille tarvitaan potilaan antama lupa. Osastolla 24 L käytetään etävastaanottoja esim. potilaiden jatkohoitoa järjestettäessä tai sovittaessa sekä hoidon koordinoimisessa. Etävastaanotto toteutetaan Teams-välitteisesti tai puhelimitse ja ne sovitaan hyvissä ajoin etukäteen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Potilaan henkilöllisyys voidaan myös varmistaa näyttämällä kameraan henkilökorttia, passia tai ajokorttia tai asiakas tulee olla muuten tunnistettavissa (pitkä asiakassuhde). Mikäli asiakkaan tunnistamista ei voida tehdä videoyhteydellä tai Suomi.fi tunnistuksen avulla, tunnistautuminen tehdään kysymällä asiakkaan henkilöllisyyttä.

suullisesti, ensisijaisesti asiakkaalta itseltään, vasta toissijaisesti hänen saattajaltaan. Tunnistautumisen yhteydessä kysytyt henkilötiedot varmistetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmästä.

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

[Ohje: Videovälitteinen etäkäynti Teamsin välityksellä](#) (linkki, sisäinen verkko)

[Sähköinen asiointi – Kuvitettu ohje asiakkaalle suojatun sähköpostin lähettämiseen](#) (linkki, sisäinen verkko)

[Etäryhmäkäynti Teamsin välityksellä -asiakasohje](#) (linkki verkko)

Tarvittaessa potilaista ohjataan tekemään vaara- ja poikkeamatilanneilmoitus, mikäli etäpalveluissa ei toimita ohjeistuksen mukaisesti tai tietoturva on vaarantunut. Osastolla 24L on laadittu oma digisuunnitelma ja osastolla toimii digimentori. Digimentori on suorittanut digimentorille suunnatun verkkokurssin, jonka jälkeen voi toimia yksikkönsä digimentorina. Digimentori tukee yksikön henkilöstöä sähköisten palveluiden, - järjestelmien ja digitaalisten välineiden käytössä. Digimentori huolehtii omien digitaitojen ylläpitämisestä ja kehittämisestä.

Yksikön henkilöstö toimii yksikkökohtaisen digisuunnitelman mukaisesti käyttäessään sähköisiä palveluita ja - järjestelmiä sekä digitaalisia välineitä. Henkilöstö huolehtii oman digiosaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Henkilöstö pitää omat tunnuksensa sekä salasansa ajan tasalla. Henkilöstö tunnistaa Siun soten ja kansalliset sähköiset palvelut sekä hyödyntää omassa työssään niitä sähköisiä palveluita, jotka tukevat oman yksikön toimintaa. Lisäksi henkilöstö ohjaa potilaita sähköisten palveluiden pariin ja toimii heidän digitukihenkilönänsä.

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistaminen	Potilaan henkilöllisyyden varmistaminen	Siun Soten ohjeistuksen noudattaminen: Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle (linkki, sisäinen)
Henkilöstö tai potilas ei osaa käyttää etävastaanottoon käytettäviä laitteita	Osaston digimentoritoiminta	
Yhteyksien toimivuus	Varmistetaan yhteyksien toimivuus hyvissä ajoin, tarpeen vaatiessa kokeillaan varalaitteita	

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.

Psykiatrian klinikassa on keskitetty hoitohuoneelle eri tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavat hoitovälineet ja laitteet (esimerkiksi ekg-laite). Hätätilatointaan liittyvät lääkkeet on koottu elvytyslaukkuun, joka sijaitsee osastolla 26L. Jokaiselta aikuispsykiatrian osastolta löytyy päivittäisessä käytössä potilaan tutkimisessa tarvittavia välineitä (esim. verensokerimittarit, verenpainemittarit). Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja, rollaattoreita, jotka löytyvät klinikan yhteisestä apuvälikavastosta.

Hätätilanteiden hoitoon tarvittavat välineet on koottu siirrettävään elvytyslaukkuun, jolloin käytössä on yhteiskäyttölaitteita esimerkiksi verenkierron ja hengityksen tukemiseen. Psykiatrian klinikassa riskilaitteena on defibrillaattori, jonka osaamista ylläpidetään vuosittaisella koulutuksella. Siun soten lääkintälaittehuolto ylläpitää laiterakisteriä (Tclaitte) mihin yksikön hoitokoneet ja skannerit on rekisteröity. Yksikön esihenkilöt huolehtivat siitä, että käytössä olevien laitteiden toiminta on säännöllisesti tarkastettu laitekohtaisin aikavälein

(hoitokoneiden vuosihuollot), laitteen ohjeistus on päivitetty, perehdytys laitteiden käyttöön on toteutunut ja ylläpitokoulutukset on järjestetty.

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

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden käyttökoulutusta antavat mm. laitetoimittajat ja laitevastaavat omassa yksikössään. Yksikössä käytössä olevista laitteista löytyy suomenkieliset käyttöohjeet. Henkilöstön käytettävissä on ajantasaiset kemikaaliluettelo ja käyttöturvallisuustiedotteet sähköisessä muodossa. Laitteiden kirjalliset suomenkieliset käyttöohjeet säilytetään siinä yksikössä missä laite on käytössä. Henkilöstö seuraa laitteiden ja tarvikkeiden toimintaa jatkuvasti työn lomassa. Mikäli häiriöitä havaitaan laitteen toiminnassa, kutsutaan huolto paikalle tai poistetaan viallinen laite käytöstä.

Laitteiden kunto ja laitteiden puhdistus toteutetaan yksikössä tehtävästä vastaavan sairaanhoitajan toimesta. Laitteet ohjataan tarvittaessa huoltoon laitteiden toimittajalle. Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet tulee ilmoittaa Laatuporttiin mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa.

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

Henkilöstöä on ohjeistettu toimintaan terveydenhuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä lopettamalla vaaralliseksi tai vialliseksi havaittavien laitteiden käyttö heti. Laitteiden vioista ja vaaratilanteista laitteiden kanssa tulee viipymättä ilmoittaa esimiehelle sekä tehdä Laatuporttiin ilmoitus. Toimintaohjeet on koottu osaston turvallisuuskansioon, jota käytetään henkilöstä perehdyttämään osaston toimintaan.

Onko palveluyksikössä laitevastaava /-yhdyshenkilö: Kyllä

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

Ammattimaisen käyttäjän vastuhenkilö: 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	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa • Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje • Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje • Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje • Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) -tietojärjestelmäohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • 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.

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

Osaston 24L Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu yksikön lääkehoitoprosessi kokonaisuudessaan, vastuut ja velvollisuudet, vaara- ja poikkeamatilanteissa toimiminen ja esimerkiksi henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoidonsuunnitelma on nähtävillä osaston lääkejakohuoneessa sekä osaston Teams tiedostoista suunnitelma on henkilöstön luettavissa.

Osaston lääkehoitosuunnitelman laatii osastonhoitaja, osaston lääkevastaavat, osastofarmaseutti sekä lääkäri ja laatiminen on kaikkien lääkehoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteistyötä. Osaston lääkehoitosuunnitelman hyväksyy ylihoitaja sekä palvelupäällikkö. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään kerran vuodessa lääkevastaavien, lääkärin, osastonhoitajan sekä osastofarmaseutin toimesta. Lääkehoitosuunnitelman päivittämistä seuraa osastonhoitaja sekä osastofarmaseutti.

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

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

Lääkehoitoon osastolla 24L osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat. Opiskelijat osallistuvat potilaiden lääkehoitoon yhdessä nimetyn ohjaajansa ohjauksessa. Mikäli opiskelija ei olisi jostain syystä suorittanut lääkehoidon opintoja, ei hän voi osallistua lääkehoitoon.

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

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

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

Lääkityksen hyödyistä ja mahdollisista haittavaikutuksista kertoo lääkityksen aloittava lääkäri potilaalle. Potilaan oma vuorokohtainen hoitaja antaa tarvittaessa potilaalle lääkehoidon ohjausta.

Tietoa lääkkeestä, haitoista/hyödyistä annetaan sekä suullisesti, että kirjallisesti. Ohjaamiseen osallistuvat kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät lääkehoidon parissa. Tarvittaessa potilaalle tulostetaan Terveystietokannasta potilasopas kyseisestä lääkkeestä.

Kaikki vakituiseen työsuhteeseen tulevat ja sijaiset perehdytetään lääkehoitoon. Perehdytyksen pohjana käytetään yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja lääkehoitosuunnitelman liitteenä olevaa koko Siun sotessa käytössä olevaa ”perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake yksikön lääkehoitoon ja -huoltoon” -lomaketta. Perehdytyksestä huolehtivat yksikön lääkevastaavat. Osastonhoitaja ilmoittaa osaston lääkevastaaville, milloin uusi hoitaja on aloittamassa yksikössä. Lääkevastaavat sopivat perehdytettävän kanssa, milloin perehdytys pidetään ja perehdytettävä merkitsee tämän työvuorolistaan.

Lääkevastaava ja perehdytettävä käyvät lomakkeen mukaiset, sekä yksikön käytännön lääkehoitoon liittyvät asiat läpi sopien yhdessä perehdytyksen jaksottamisesta siten, että oppimisen kannalta perehtymiseen voidaan käyttää riittävästi aikaa. Perehdytys tapahtuu rauhallisessa paikassa (lääkehuone, monitoimihuone yms).

Perehdytyksessä käydään läpi mm. osaston erityispiirteet, käytännöt arjessa, kuka vastaa mistäkin ja miten toimitaan yleisimmissä poikkeustilanteissa. Tämän jälkeen esitellään osaston lääkehuone ja sen käytänteet. Perehdytettävä ja perehdyttävä yhdessä täyttävät perehtymisen seuranta lomaketta.

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

Lääkehoitoon perehtyminen ja lääkelupaprosessi alkavat heti työsuhteen alkaessa ja tarvittavat luvat tulee suorittaa viimeistään 2kk kuluessa. Osastonhoitajat suorittavat oman työyksikkönsä vaatimusten mukaiset Siun

soten Lääkeverkko -opinnot. Siun sote järjestää henkilöstölle lääkehoidon yleisiä tenttitilaisuuksia, ilmoittautuminen tapahtuu ONNI-koulutuskalenterin kautta. Tenttejä voi tehdä myös osastolla, josta sovitaan esihenkilön kanssa. Tentin valvojana voi toimia osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö, esim. osastofarmaseutti. Näyttöjen vastaanottajan tulee olla laillistettu ammattihenkilö, joka suorittaa lääkehoitoa osastolla ja hänellä on lääkeluvat voimassa. Kun työntekijä on suorittanut näytöt, hän huolehtii, että lääkelupa-asiakirja on osastonhoitajan allekirjoitettavana, samoin mikäli asiakirjaan tarvitaan osaston lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus. Lääkelupa-asiakirjat allekirjoitetaan Siun soten ohjeiden mukaisesti ja merkitään Onni HR -ohjelmaan.

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

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

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

Esihenkilöt valvovat lääkehoidon turvallista toteutusta yksiköidensä osalta ja perehdyttävät uudet työntekijät lääkehoidon toteutukseen ohjeistuksen mukaisesti. Ylilääkäri allekirjoittaa lääkeluvat niiltä osin, kuin se on lääkelupa-asiakirjoissa määritelty. Osastohoitaja organisoii henkilöstönsä lääkelupiin tarvittavat koulutukset ja näytöt, ja vastaa että henkilöt suorittavat vaaditut koulutuskokonaisuudet.

Osastonhoitajan lisäksi lääkehoitosuunnitelman tekemiseen ja ylläpitämiseen osallistuu yksikön lääkehoidon vastaavat. Lääkehoidon vastaava osallistuu työntekijöiden / opiskelijoiden perehdytykseen ja ohjaukseen lääkitysturvallisuuteen liittyen omalta osaltaan. Yksikön päivitetty lääkehoitosuunnitelma käydään läpi työntekijän perehdytyksessä. Vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja työyksikössä vaaditut lääkeluvat omaava ammattilainen voi toteuttaa lääkehoitoa. Hoitotyön opiskelijat eivät toteuta lääkehoitoa itsenäisesti.

Lue lisää: [Lääkehoitosuunnitelmat \(linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, sisäinen linkki\)](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Potilailta ja omaisilta saadut palautteet myös lääkityksen osalta tulee aina käsitellä omaa toimintaa kriittisesti arvioiden, jotta pystyttäisiin toimimaan mahdollisimman turvallisesti ja lisäämään asiakaslähtöisyyttä hoidossa.

Lääkehoidossa tapahtuvasta poikkeamasta kertoo potilaalle joko yksikön lääkäri tai hoitaja.

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

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: 20. 03. 2025

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Osastonlääkäri Aleksi Taiponen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Teemu Karvinen

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

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

Samalta näyttävät ja kuullostavat lääkkeet (näköisnimiset lääkkeet, LASA-lääkkeet)	Pyritään pitämään erillään toisistaan	Perehdytysvaiheessa käytävä läpi työntekijän / opiskelijan kanssa Lääkehoidon opas (2022) luku 3.3
--	---------------------------------------	---

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

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

Infektioiden torjuntaan liittyvissä kysymyksissä voidaan olla yhteydessä infektioiden torjuntayksikköön:

Konsultoiva hoitaja p. 013 331 300 (arkisin 9-13)

Sähköpostilla: hygieniahoitaja@siunsote.fi

Infektioiden torjuntatoimien omavalvontaa suoritetaan Laatuportissa olevan lomakkeen avulla, lisäksi siellä käydään myös käsihuuhdesaatavuuden arviointi läpi. Tarkempaa seuranta infektioista tehdään prevalenssi seurannalla kaksi kertaa vuodessa. Prevalenssitutkimus on sairaalainfektioiden seurantamenetelmä, joka kuvaa tutkimushetkellä sairaalainfektioita sairastavien potilaiden osuutta.

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

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

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

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

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

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

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

Lue lisää: [Infektioiden torjuntatoimien omavalvonnan vastuutehtävät yksiköille \(linkki, sisäisesti saatavilla\)](#),

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

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

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

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

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

Päivittäisestä toiminnasta poikkeavissa kysymyksissä hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön osaamista.

Hygieniatasoa seurataan päivittäin aktiivisesti silmämääräisesti, ja tarvittaessa ollaan yhteydessä eri toimijoihin epäkohtien korjaamiseksi.

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		• Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Tartuntatautilaki (1227/2016) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) (linkki, sisäinen verkko)

		Jäteohje 2023(linkki, sisäinen verkko)
--	--	--

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Psykiatrian klinikassa hyödynnetään potilastyössä työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja. Henkilöstön käyttöön tarkoitetut asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista (intra) tai potilastietojärjestelmästä (psykiatrian työkalupakki). Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan vahvasti, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio. Yksiköillä on käytössä myös Teams-ryhmiä. Yksikkökohtaiset ohjeet löytyvät yksikön Teams ryhmän tiedostokansiosta. Jokainen työntekijä ja opiskelija perehdytetään asiakirjojen asianmukaiseen käyttämiseen. Psykiatrian klinikassa laaditaan työ- ja potilasohjeita, sekä palvelu- ja hoitoketjuja, myös muiden ammattilaisten ja potilaiden käyttöön. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Ohjeita laativat ja päivittävät osastonhoitaja, sairaanhoitajat ja lääkärit, joilla on intran sisällöntuottajaoikeus. Ohjeet tarkastavat ja/tai hyväksyvät lääketieteen-, tai hoitotyön esihenkilö. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on myös ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta. Potilaspalautteen perusteella toimintaa pyritään aina kehittämään, tämä pyritään ottamaan huomioon ohjeita laatiessa mahdollisuuksien mukaan.
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Työohjeiden ajantasaisuus	Ajantasainen työohjeiden päivitys	
Tulostetut työohjeet	Toimintamalli (työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista)	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

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

Osasto 24L toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa, kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Organisaation sisäisesti osastolla työskennellään tiiviisti yhteistyössä myös sosiaalihuollon kanssa. Yksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan yksikkö ja klinikkaryhmä kohtaisesti.

Osaston 24L työntekijät suorittavat organisaation pakolliset asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Psykiatrian klinikkaryhmällä on myös oma koulutussuunnitelma, jonka mukaiset lisäkoulutukset osaston työntekijät suorittavat. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa. Näitä ovat esimerkiksi Aluehallintovirasto (AVI) ja Fimea.

Yhteistyön toteutumista seurataan palautteiden avulla. Mikäli toimintaa ja käytänteitä tarvitsee muuttaa, kontaktoidutaan keskeisiin toimijoihin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa		Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)(linkki) Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 § (linkki)
Osaston tilojen turvallisuus	Turvallisuuskävelyt ja risikienarviointi	

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Osastolle 24L sekä Psykiatrian Terapia on laadittu turvallisuussuunnitelma ja sitä päivitetään vuosittain. Turvallisuussuunnitelma löytyy yksiköiden turvallisuuskansiosta sekä tiedostokansiosta. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuussuunnitelmaan heti työsuhteen tai työharjoittelun alussa yksiköiden esihenkilöiden ja turvallisuusvastaavien toimesta. Yleiseen turvallisuuteen liittyviä asioita kerrataan yksiköissä säännöllisesti.

Os.24L osastonhoitaja vastaa turvallisuussuunnitelmien päivittämisestä ja laatimisesta. Turvallisuussuunnitelmaselvitykset on päivitetty 2025.

Yksiköiden riskienarviointi tehdään vuosittain Laatuportissa.

Yksiköissä on turvahälyttimiä hoitajien kansliassa, jokainen työvuorossa oleva hoitaja niitä aktiivisesti käyttää. Turvahälyttimet testataan säännöllisesti erillisen ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius		Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko

		• Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma
--	--	---

9.7.3 Terveydensuojelu

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

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

Osasto 24L sekä psykiatrian terapian tilojen terveellisyteen vaikuttavat asiat tunnistetaan Laatuportti-järjestelmään kirjattavassa riskienarvioinnissa vuosittaisissa tai toiminnan muuttuessa. Yksikön osastonhoitaja vastaa, että yksikön riskienarviointi tehdään/päivitetään vuosittain. Jos henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta tulee ilmi tilojen terveellisyteen liittyviä havaintoja, niihin reagoidaan ja selvitetään asia.

Päivittäinen käyttöveden laadun seuranta (maku, haju, väri, lämpötila) ja poikkeavista havainnoista ilmoittaminen kuuluu yksikön vastuulle. Lisäksi sairaalan vuodeosaston ja terveysaseman vuodeosaston vastuuseen kuuluu osallistua käyttöveden riskienhallinnan toteuttamiseen yhdessä kiinteistönomistajan ja/tai -huollon kanssa.

Mikäli tiloihin liittyviä riskejä havaitaan, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Tilojen terveellisyteen liittyviin riskeihin puututaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Lue lisää: [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
Toimitilojen terveellisyys	Riskienhallinta Laatuportissa	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje Jäteohje 2023 Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Jokainen työntekijä on vastuullinen varmistamaan jokaisessa palvelun vaiheessa, että kyseessä on oikea henkilö. Luotettavassa tunnistamisessa henkilötiedot varmistetaan aina kahdella tavalla. Vastaanoton alussa psykiatrian klinikassa potilas tunnistetaan kysymällä potilaan koko nimi ja henkilöturvautunnus.

Potilaan ottaessa yhteyttä puhelimitse kysytään hänen henkilötunnuksensa ja päivitetään samalla yhteystiedot. Potilaan saattaja auttaa tunnistamisessa tarvittaessa. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistamatta jääminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus potilaan tunnistamiseksi	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje

10.2 Hätätapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Vastaanotto- ja vuodeosastotyön luonteeseen kuuluu potilaan voimien jatkuva arvioiminen, jolloin voimien heikkeneminen huomioidaan nopeasti. Apuna on MET-kriteerit. Hätätilanteessa käytetään yksikön hälytintä lisäavun paikalle saamiseksi. Yksikössä kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat suorittavat Hätätapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutuksen. Suoritettava taso määräytyy työpisteen tehtävien, osaamisvaatimusten ja käytettävissä olevien tutkimus- ja hoitovälineistöjen mukaisesti. Psykiatrian klinikassa aikuisten vuodeosastot kuuluvat taso 3:een ja lasten ja nuorten vuodeosastot, poliklinikat sekä erityistytöntekijät kuuluvat taso 4:ään. Koulutukseen kuuluu verkkokurssi Hätätapotilaan tunnistaminen ja elvytys 2023 (verkkarit.fi) (linkki). Kurssin sisältöön kuuluu ”Peruselintoimintojen systemaattinen arviointi ABCDE-periaatteella” sekä ”Elvytys”- kurssit. Lisäksi simulaatioharjoitus kuuluu osana koulutuskokonaisuutta. Hätätapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutuskokonaisuus sisältää hätätapotilaan tunnistamiseen ja elvytykseen liittyviä tietoja ja taitoja. Kurssin sisältö perustuu Käypä hoito -suositukseen.
--

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

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

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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Osasto 24L keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon yksiköt, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratoriopalvelut, kuvantamisen palvelut, erikoissairaanhoidon vuodeosastot ja toimenpideyksiköt, sosiaalityöntekijät, ravitsemusterapeutit sekä fysioterapeutit.

Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti ja ajantasaisesti. Yksikössä on käytössä tarkastuslista, jossa käydään läpi hoitokokonaisuus saapumisvaiheesta uloskirjoitusvaiheeseen, jokaiselle toimijalle on omat vastualueet määritelty. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmässä hoito-ohjeilla ja määräyksillä, eri asiantuntijoiden kirjauksilla, konsultaatioilla, työviesteillä ja sanomajakelulla sekä tämän lisäksi suullisella raportoinnilla.

Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy osastolta 24L muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta

vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen. Työntekijöiden monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä.

Mikäli yksikössä herää huoli potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta, tehdään Huoli-ilmoitus.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys		• Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) • Laki hyvinvointialueesta (611/2021) (linkki) • Terveystenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Sosiaali- ja terveysministeriön asetus käyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)

		• Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus • Yhteisasiakasohjaus -työohje • ISBAR taskukortti(linkki, sisäinen verkko) ISBAR vastaanottolomake
--	--	--

10.4 Kivunhoito

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

Potilaan kipukokemusta arvioidaan keskustelun ja non-verbaalisen viestinnän avulla osastohoidon aikana. Hyvä keskusteluyhteys potilaan kanssa sekä rauhallinen ja turvallinen hoitotilanne lieventävät kivun tuntemusta. Hyvän vuorovaikutustilanteen tunnusomaisena piirteenä potilaalla on tunne, että kipua ei tarvitse lähtökohtaisesti kestää, vaan kipua lievennetään potilaan niin halutessa. Potilas saa tarvittaessa suullisesti tai kirjallisesti kivunhoito-ohjeita ja tarvittaessa kipulääkitystä osaston lääkärin määräyksestä. Tarvittaessa voidaan konsultoida kivunhoidossa kipupoliklinikkaa tai fysioterapeuttia.

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

Potilaan kokema kipu voi olla myös psyykkiseen tilaan (esimerkiksi masennus) liittyvää tunteiden ilmentämistä fyysisenä oireena, johon ei varsinaisesti voida vaikuttaa kipulääkityksellä. Lääkäri vastaa potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Hoitajat suorittavat heiltä vaaditut opintokokonaisuudet Verkkarit.fi sivuilla ja antavat tarvittavat näytöt lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi. Lääkehoitoresepti kirjataan potilastietojärjestelmään.

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

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

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

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

Tehokas kaatumisten ja 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.

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

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

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

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		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi
Kaatumisvaarassa olevan potilaan tunnistaminen	FRAT- kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje Yksikön koulutussuunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Osastolla 24L hoidetaan myös syömishäiriöpotilaita, joilla vajaaravitsemustiloja on jo kehittynyt. Lisäksi muilla potilailla voi olla jo sairaalahoitoon tullessa kehittynyt vajaaravitsemustiloja heidän psyykkisen tai taloudellisen tilanteensa vuoksi. Osastolla on laadittu työohje syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Ohje on henkilöstön saatavilla ja se myös potilaiden luettavissa osastolla.

Osastohoidon alussa selvitetään potilaan ravitsemustilanne sekä tehdään somaattisia ja laboratoriotutkimuksia potilaan tilanteen selvittämiseksi. Ravitsemustilanteen selvittämiseksi käytetään NRS2002- mittaria sekä lisäapuna EDE-Q kyselyä. Näiden arviointien pohjalta laaditaan potilaalle ateriasuunnitelma, jota noudatetaan hoitosopimuksen mukaisesti. Suunnitelmia toteuttaa potilaan lisäksi potilaan omahoitaja sekä vuorokohtaiset hoitajat. Suunnitelma kirjataan mediatriin kaikkien hoitoon osallistuvien nähtäville. Syömishäiriötä sairastavan potilaan hoito-ohjetta noudattaa koko henkilöstö, jotta hoito on yhdenmukaista ja laadukasta potilaiden kohdalla.

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

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä / Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaanavitsemuksen ehkäisy ja hoito		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Ravitsemushoidon opas(linkki,sisäinen verkko)
Osastokohtainen toiminta	Henkilöstön koulutus ja perhedytys	

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä / Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavojen ehkäisy		• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje BRADEN-riskiluokitusmittari
Painehaavaumien kohonnut riski	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkaushoidon turvallisuus		• 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 aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmentua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi tulisi tunnistaa potilaat, jotka ovat erityisessä riskissä sairastumaan akuuttiin sekavuustilaan. Myös akuutin sekavuustilan kehittyminen tulee tunnistaa varhain. Jokaisella palveluyksiköllä tulee olla oma toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja hoitoon.

Yksikössä hoidetaan potilaita, joilla on mahdollisuus akuuttiin sekavuustilaan. Altistavia tekijöitä ovat mm. päihteiden ja lääkkeiden käyttö, korkea ikä ja heikko yleiskunto. Äkillisen sekavuustilan laukeamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kipu, stressi, univaje, liialliset tai liian vähäiset ulkoiset ärsykkeet sekä vieras ympäristö.

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

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

Lue lisää: [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
Akuutin sekavuustilan ehkäisy	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	
Akuutin sekavuustilan tunnistaminen	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	
Akuutin sekavuustilan aiheuttama vahinko potilaalle	Laatuportin vaaratilanneilmoituksen täyttö	

10.10 Elintapaohjaus

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

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

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

Lue lisää: [Elintapaohjauksen polku \(linkki\)](#), [Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen elintapaohjauksen toimintasuunnitelma](#) (linkki, sisäinen)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Elintapaohjauksen näkyväksi tekeminen	Lisätään ohjausta potilastyössä	
Yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden kanssa	Lisätään yhteistyötä klinikkaryhmän sisäisten toimijoiden kanssa	

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.

Osasto 24L henkilöstö huomioi ja tiedustele potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta riskeihin liittyen. Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön mahdollisuudesta. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksiottaminen ja siihen tarjottu varhainen tuki ja lyhytneuvonta on vaikuttava ja kustannustehokas toimintatapa alkoholiperäisten ehkäisyssä silloin, kun sitä tehdään systemaattisesti. Pohjois-

Karjalan hyvinvointialueen palveluihin luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje kattaa myös alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja arviointiin liittyvät toiminnot.

Yksikössä kartoitetaan jokaisen potilaan kohdalla alkoholin riskikäyttöä. Potilaille tai asiakkaille tehdään alkoholin riskikäyttöä arvioiva kysely (Audit C ja tarvittaessa Audit), joka kirjataan potilastietojärjestelmään. Henkilön riippuvuus huomioidaan hoidossa. Yksikössä on valmius suunnitella, toteuttaa ja arvioida alkoholin riskikäytön ja riippuvuuden haittoja.

Lue lisää: 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.

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

Osastolla 24L osalla potilaista on myös ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumausaineiden väärinkäytön kanssa. Psykiatrian klinikkaryhmässä kyseiset potilaat pyritään hoitamaan siihen osa-alueeseen erikoistuneessa yksikössä 25L, mikäli se vaan on mahdollista. Osastolla 24L kartoitetaan potilaiden päihteidenkäyttötottumuksia heidän saapuessaan osastolle ja hoidon aikana eri menetelmin (kyselyt, huumausaineseulat, alkometri, lääkkeiden käytön selvittäminen tms.). Tavoitteena on jo heti hoidon alusta lähtien luoda luottamuksellinen suhde hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Mikäli potilaan hallussa on huumausaineita tai alkoholia ottaa hoitohenkilökunta nämä haltuun ja hävitetään Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti.

Osastolla 24L hoidetaan päihderiippuvuuksia psykiatrisen hoidon ohella, erillistä hoitoon ohjausta ei siis tarvita vaan potilaan kokonaisvointi huomioiden voi hoito alkaa välittömästi. Akuutit sekavuustilat hoidetaan Siun Soten tekemän palveluketjun mukaisesti.

Osastolla 24L arvioidaan ja hoidetaan riippuvuussairauksia psykiatrisen hoidon yhteydessä. Osastolla on mahdollista toteuttaa myös vieroitushoitoa. Osaston henkilökuntaa koulutetaan huomioimaan riippuvuussairaudet hoitosuhteessa. Päihteiden käyttöä arvioidaan osastolla koko hoitojakson ajan. Osastolla päihteiden käyttö ei ole sallittua, mutta päihteettömyys ei ole kriteeri psykiatrisen hoidon saamiselle. Mikäli riippuvuussairaana potilaan psyykkinen vointi sallii uloskirjaamisen osastolta, pyrkii osaston hoitohenkilökunta yhdessä potilaan ja sosiaalityöntekijän kanssa löytämään potilaalle sopivan jatkohoitopaikan, mikä voi olla myös päihdekuntoutusyksikkö.

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

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki)

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Mikäli psykiatrian klinikkaryhmässä huomioidaan tai tunnistetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, voidaan potilas ohjata tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: 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.

Aikuispsykiatrian osasto 24L on akuutti-psykiatrian yksikkö, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon tasoista psykiatrista hoitoa, yksiköissä ei tehdä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, muuta kuin osaston kirjoilla oleville potilaille. Psykiatrisesti sairastuneen potilaan omaiset ja läheiset huomioidaan osana ennaltaehkäisevää hoitoa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	Henkilöstön perehdytys ja koulutus	• 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.

Henkilökuntaa on koulutettu potilaan itsemurhariskin arviointiin. Hoidontarpeenarviointia tehdessä ja vastaanotoilla havainnoidaan itsemurhavaarassa olevia henkilöitä ja itsemurhan riskitekijöitä. Hoidontarpeen arviointi tehdään aikuispsykiatrian tehostetun avohoidon oman triage-luokittelun mukaisesti. Triagen mukaisesti psykiatrinen hoito aloitetaan välittömästi, mikäli potilas on itsemurhavaarassa tai on tuore itsemurhayritys. Itsetuhoisista ajatuksista kysymiseen ja niihin puuttumiseen käytetään näyttöön perustuvia toimintatapoja, esimerkiksi turvasuunnitelmaa. Henkilökunta kysyy potilaalta aktiivisesti ja suoraan itsemurha-ajatuksista ja pyrkii vähentämään potilaan itsemurhariskiä hoidollisin keinoin potilaan hallintakeinoja lisäämällä, toivoa ja voimavarojen tunnistamista lisäävällä keskustelulla ja yhteisillä suunnitelmilla, joihin potilas pyritään sitouttamaan. Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla, sisäisesti esimerkiksi Verkkarit-verkko-opinnoilla tai ulkoisilla täydennyskoulutuksilla

Lue lisää: 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	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma(linkki, sisäinen)

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä, osastolla havainnoidaan sekä otetaan puheeksi matalalla kynnyksellä, onko asiakas/potilas mahdollisesti kokenut väkivaltaa. Tieto väkivallasta potilaan tai perheen elämässä voi tulla ilmi potilaan, läheisen tai verkoston kautta.

Kun väkivalta on otettu puheeksi ja tunnistettu, tarvittaessa tehdään lastensuojelu- ja/tai rikosilmoitus. Tilanteen mukaan vastaanotoilla voidaan myös työstää väkivaltateemaa. Tarvittaessa asiakas/potilas ja/tai läheiset ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin sovittujen palvelupolkujen mukaisesti.

Parisuhdeväkivaltaa kokeneille tarjotaan mahdollisuutta MARAK työskentelyyn. MARAK on vakavan parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin ja uhrin auttamisen moniammatillinen menetelmä. MARAK kokoaa alueella toimivat uhrin auttamiseksi työskentelevät viranomaiset ja järjestöt yhteen ja koordinoi uhrille annettavaa tukea.

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy	Henkilöstön perehdytys ja koulutus Väkivallan puheeksiotto	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen kartoittamisen työkaluna Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille-minimittari Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje
Potilaan kohtaama väkivalta	Väkivallan puheeksiotto	Tarvittaessa rikos- ja/tai lastensuojeluilmoituksen tekeminen

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
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Toimintaohje (sisältää vastuunjaon ja informoinnin sisällön)	Vuosi 2025

Itsemäärämisoikeuden rajoittamiseen liittyvä osaaminen	Koulutus, huomioidaan yksikön koulutussuunnittelussa	Vuosi 2025
Monikulttuurisuus huomioidaan potilasohjeissa	Vieraskielisen materiaalin lisääminen	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).

Osasto 24L osastonhoitaja sekä osastonlääkäri seuraa omavalvontasuunnittelun toteutumista niin osastolla 24L, kuin Psykiatrian terapiassa. Omavalvontasuunnittelun seuranta toteutetaan kuukausittain hyödyntämällä esimerkiksi Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, , Haittatapahtumaraportointitietoa (kuten hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat), mahdollisten muistutusten, kanteluiden ja potilaspalautteiden 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)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTEsAIHaKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-Ofwykl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHwKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCI&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db9eb1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveysthuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcgFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcgFucNZ&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_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_(linkki))

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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