

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Diabetesosaamiskeskus

Laatija(t)	Utriainen Nina, Osastonhoitaja
	Hasunen Satu, Apulaisosastonhoitaja
	Rautiainen Päivi, Ylilääkäri
Tarkastaja	Karvinen Heli, ylihoitaja
Hyväksyjä	Harju Anu, palvelupäällikkö
Pvm.	18.2.2025 (päivitetty)

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	8
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	9
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	10
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	10
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	11
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	11
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	11
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	12
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	13
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	18
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	18
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	18
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	19
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	20
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	21

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	22
6.5.2	Asiakasviestintä	22
7	Henkilöstö	23
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	23
7.2	Rekrytointi	24
7.3	Perehdytys	24
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	25
7.5	Johtamisosaaminen.....	26
7.6	Työhyvinvointi	26
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	27
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	28
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	28
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	29
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	30
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	32
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	32
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	34
9.3	Terveystenhuollon laitteet ja tarvikkeet	35
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	37
9.5	Infektioiden torjunta	39
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	39
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	40
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	40
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	41
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	41
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	42
9.7.3	Terveydensuojelu	43
10	Palvelun sisällön omavalvonta	44
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	44
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	45

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	45
10.4	Kivunhoito	46
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	47
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	48
10.7	Painehaavojen ehkäisy	49
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	50
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	50
10.10	Elintapaohjaus	51
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	52
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	53
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	53
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	54
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	54
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	55
10.12	Itsemurhien ehkäisy	56
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	56
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	58
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	58
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	58
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	58
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	59
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	60

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	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluysikkö	Diabetesosaamiskeskus Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Avohoito / potilasvastaanottotoiminta
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Diabetesta sairastavat potilaat tietyin kriteerein Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella
Asiakas- tai potilasmäärä ja Käyntimäärä	Asiakasmäärä: 4100 (terveysasemien diabetesosaamiskeskus) + 800 (keskussairaalan diabetesosaamiskeskus)

	Vastaanottokäyntien ja kontaktien tarve on määritelty yksilöllisesti, keskimäärin 1-3 käyntiä vuodessa. Vastaanottojen noin määrät: Terveysasemien hoitajat vastaanottokäynnit 4400 kpl, reaaliaikainen etäasiointi 6700 kpl Terveysasemien lääkäri vastaanottokäynnit 700 kpl, reaaliaikainen etäasiointi 200 kpl Keskussairaalan hoitajat vastaanottokäynnit 300 kpl, reaaliaikainen etäasiointi 60 kpl Keskussairaalan lääkärit vastaanottokäynnit 700 kpl, reaaliaikainen etäasiointi 100 kpl
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Utriainen Nina, nina.utriainen@siunsote.fi, puh. 013 330 4001 Hasunen Satu, satu.hasunen@siunsote.fi, puh.013 330 4156 Päivinen Tiina, tiina.paivinen@siunsote.fi, puh. 013 330 4631 Harju Anu, anu.harju@siunsote.fi, puh. 013 330 3064
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi, 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi, 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

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

Diabetesosaamiskeskuksen toimintaa johtavat yhdessä ylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto ylihoitajalle jakaantuen edelleen lähiesihenkilöille. Yksikössä toteutetaan sekä lähi- että etäjohtamista. Päivittäinen yksikön toiminnan johtaminen painottuu osastonhoitajalle ja apulaisosastonhoitajalle.

Diabetesosaamiskeskuksen omavalvonnan johtaminen ja vastuut ovat yhteneväiset toimintayksikön muuhun johtamisjärjestelmään ja vastuusuhteisiin. Yksikön vastuuhenkilöt johtavat ja valvovat yksikön palvelutoimintaa omavalvontasuunnitelman mukaisesti huomioiden henkilöstön johtamisen, asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä riskien hallinnan monialaisessa yhteistyössä.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Henkilöstövuokraus	1 palveluntuottaja
Jalkojenhoitopalvelut	Palveluseteli
Silmänpohjakuvaus lausuntopalvelut	1 palveluntuottaja
Lääkäripalveluostoja	1 palveluntuottaja
Työnohjaus	Useita palveluntuottajia

Diabetesosaamiskeskuksessa käytettävien osto- ja palvelusetelipalveluiden laadusta ja turvallisuudesta vastaa Diabetesosaamiskeskuksen ylilääkäri.

Silmänpohjakuvausten lausuntojen osto- ja palvelusetelipalveluista vastaavat operatiivinen (Silmäkeskus) ja konservatiivinen palvelualue (Diabetesosaamiskeskus) yhdessä vastaanottopalveluiden kanssa.

Diabeetikoiden ennaltaehkäisevä jalkojenhoito järjestetään palvelusetelijärjestelmän kautta. Palvelusetelitimille kuuluvat palvelusetelituotannon valmistelu- ja koordinoititehtävät mukaan lukien palvelusetelituottajien hakemusten käsittely- ja päätösprosessit. Kokonaisprosessin toimivuudesta, laadusta ja turvallisuudesta vastaa Ihokeskuksen ylilääkäri.

Diabetesosaamiskeskuksessa osto- ja palvelusetelipalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ennakoivalla, johon kuuluvat muun muassa sopimukselliset laatuvaatimukset. Osto- ja palvelusetelipalveluiden laatua seurataan säännöllisesti potilaiden ja henkilöstön palautteiden, palveluntuottajien hoitopalautteiden sekä kertomuskirjausten kautta. Diabetesosaamiskeskuksen sopimukseen kirjataan osto- ja palvelusetelipalveluiden laatuvaatimukset. Mahdollisissa reklamaatioprosesseissa noudatetaan organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Palautetta saadaan sekä henkilöstöltä että jatkuvan asiakaspalautteen kautta. Hankinta- ja sopimuspalveluiden sekä palveluseteliin asiantuntijoiden osaamista hyödynnetään diabetesosaamiskeskuksen ostopalveluiden laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamisessa.

Osaamisen varmistamiseksi osto- ja palvelusetelipalveluihin liittyy alkuperähditys ja jatkuva tuki. Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta hyödynnetään osittain Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöiden osto- ja palvelusetelipalveluosaamisen varmistamisessa.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Diabetesosaamiskeskus on Pohjois-Karjalan alueellinen osaamiskeskus, johon keskitetään ammattitaitoista diabeteksen hoitoa. Diabetesosaamiskeskus toimii sekä keskussairaалassa (A-talon 6. kerros) että hajautetusti Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveysasemilla. Keskussairaalan diabetesosaamiskeskukseen palveluihin tarvitaan lähete lääkäriltä. Terveysasemien diabetesosaamiskeskukseen ei tarvita erillistä lähetettä.

Diabetesosaamiskeskuksen perustehtävänä on järjestää terveydenhuoltolain 24 § mukaiset terveydenhuollon vastaanottopalvelut Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen diabetesta sairastaville potilaille alueellisen hoidon porrastuksen mukaisesti. Palveluja tuotetaan sekä läsnä- että etäpalveluna.

Diabetesosaamiskeskukseen keskitetään aikuisten tyyppin 1 diabetesta sairastavien sekä vaikeahoitoista tyyppin 2 diabetesta sairastavien hoito. Vaikeahoitoiseksi tyyppin 2 diabetekseksi määritellään pääsääntöisesti

monipistosinsuliinihoitoa vaativa diabetes, tai muutoin erityisessä riskissä olevat diabetesta sairastavat potilaat.

Keskussairaalan diabetesosaamiskeskuksessa hoidetaan ne potilaat, joilla on vasta todettu tyypin 1 diabetes, tai käytössä insuliinipumppuhoito. Diabeetikoiden raskauden ajan sekä dialyysihoidossa olevien potilaiden seuranta kuuluu myös keskussairaalan diabetespoliklinikalle. Keskussairaalassa kokoontuu moniammatillinen diabetesjalkatyöryhmä, jossa hoidetaan diabeetikon jalkaongelmia.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

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

Diabetesosaamiskeskuksen toiminnan lähtökohtana ovat keskeiset terveysthuollon toimintaa ja potilaan hoitoa ohjaavat lait ja asetukset. Diabetesosaamiskeskuksessa hoidetaan aikuisia, vähintään 18-vuotiaita diabetesta sairastavia potilaita. Potilaaksi otto toteutuu tasavertaisesti ennalta määriteltujen kriteerien mukaisesti. Työ diabetesosaamiskeskuksessa on moniammatillista eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Diabetesosaamiskeskuksen palveluiden tarkoitus on edistää diabeetikoiden terveyttä, hyvinvointia ja työkykyä sekä vähentää potilaan elämänlaatua heikentäviä lisäsairauksia. Diabetesosaamiskeskus tuottaa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle tasalaatuisia ja riittävää hoitoa, hoitoa mistä ei ole potilaalle kohtuutonta haittaa.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot näkyvät palveluyksikön toiminnassa seuraavin tavoin:

Asiakaslähtöisyys: Toimintamme pohjautuu potilaan lähtökohtiin ja tarpeisiin. Toimintaamme ohjaa ennaltaehkäisevä työote.

Avarakatseisuus: Toimimme pitkäjänteisesti, tulevaisuuteen katsoen. Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista, eli huomioimme potilaiden tarpeet esimerkiksi toimintamalleja ja ohjeistuksia laatiessa. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti.

Turvallisuus: Huolehdimme Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta. Diabetesosaamiskeskuksessa työskennellään moniammatillisessa yhteistyössä ja potilaiden hoidossa tukena on laaja osaajien verkosto diabeteslääkäreitä, diabeteshoitajia, jalkaterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja.

Yhdenvertaisuus: Diabetesosaamiskeskuksessa pyritään järjestämään tasavertaista hoitoa potilaan asuinpaikasta riippumatta. Toimimme yhdenvertaisesti kohdellen potilaita tasapuolisesti sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta ja toimintakyvystä riippumatta. Huomioimme hoidon suunnittelussa potilaan digitaaliset taidot.

Vastuullisuus: Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektioimme omaa toimintaamme. Pysymme ajan tasalla valtakunnallisista diabeteksen hoidon suuntaviivoista. Koulutamme myös muita terveydenhuollon ammattilaisia Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella.

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)

Diabetesosaamiskeskuksen omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat toimintayksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Diabetesosaamiskeskuksen omavalvontasuunnitelmien laadintaan osallistuu koko diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö. Esihenkilöiden esivalmistelema omavalvontasuunnitelma käydään läpi Diabetesosaamiskeskuksen yhteisissä viikkopalavereissa keskustellen ja suunnitelmaa täydentäen.

Diabetesosaamiskeskuksen potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta ja palautteet huomioidaan omavalvontasuunnittelussa. Diabetesosaamiskeskuksen omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaen yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi yhdistys- tai potilasjärjestötapaamisissa, nämä huomioidaan omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä.

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 - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki).

Diabetesosaamiskeskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena keskussairaalan ja jokaisen terveysaseman diabetesosaamiskeskuksen ilmoitustaululla tai infoseinällä.

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 Diabetesosaamiskeskuksen lähiesihenkilöille. Riskienhallinnan vastuuhenkilöiden vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä riskienhallinnan prosessista, ilmoitusvelvollisuudesta, vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä sekä huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on mahdollisuus toteuttaa omavalvontaa.

Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä osastopalavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä.

Diabeteskeskuksen jokaisella työntekijällä on vastuu tunkea ja havainnoida mahdollisia riski-, vaara- ja poikkeamatilanteita sekä vaikuttaa omalla toiminnallaan riski-, vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Mikäli työntekijä huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden, hänen tulee ilmoittaa tästä viipymättä ja salassapitosäännösten estämättä. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

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.

Diabetesosaamiskeskuksen ennakollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrot, vuosittain (tai tarvittaessa tiheämmin) toteutettava riskikartoitus sekä muutostilanteiden riskikartoitukset, jotka toteutetaan esimerkiksi uusiin tai saneerattuihin työtiloihin tai toiminnan muutoksiin liittyen. Tavoitteena on kehittää riskienarviointia edistämällä ennakollisia riskienarviointimenetelmiä. Jatkossa ennakollista riskienarviointia pyritään kehittämään säännöllistämällä turvallisuus- ja hygieniakiertojen toteutuminen. Potilas- ja asiakasturvallisuutta pyritään edistämään muun muassa ottamalla käyttöön erilaisia suojausmenetelmiä (esimerkiksi tarkistuslistat, kaksoistarkistus, potilas- ja asiakasturvallisuutta lisäävät tekniset ratkaisut). Terveysasemilla työskentelevä Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö ottaa toiminnassaan huomioon myös terveysasemakohtaiset ohjeistukset ja riskienarvioinnin menetelmät. Diabetesosaamiskeskuksessa on aloitettu laatuohjelman (SHQS) käyttöönotto.

Henkilöstöön kohdentuvina ennakollisina riskienarviointimenetelminä Diabetesosaamiskeskuksessa toteutetaan työn riskien arviointia, huolellisia rekrytointiprosesseja (kelpoisuuden, pätevyyden ja soveltuvuuden varmistaminen) sekä systemaattista osaamisen arviointia, varmistamista ja ylläpitoa (esimerkiksi lääkelupaprosessi ja organisaation tarjoamat säännölliset koulutukset).

Ennakoivat riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmät ovat tällä hetkellä riittävät ja asianmukaiset.

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).

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta)-ilmoitusmenettelyllä, suullisella, sähköisellä (esim. sähköposti) tai kirjallisella ilmoitusmenettelyllä viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Lisäksi jos Diabetesosaamiskeskuksen henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomakkeella. Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöllä on vastuu tehdä tarvittaessa ja potilaan tilanteen niin vaatiessa myös huoli-ilmoituksia tai lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoituksia.

Potilaat ilmoittavat riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä.

Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kehoitetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee tarvittaessa ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.) Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöiden vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan esihenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittamisen toteutumista seurataan varmistamalla, että kaikista tietoon tulleista riskeistä on tehty myös kirjallinen ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisellä yksikön sisäisellä ja organisaatitasoisella koulutuksella sekä viikkokokouksissa kertaamalla.

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.

Diabetesosaamiskeskuksesta kerätään tietoa vaara- ja poikkeamatilanteista sekä laatupoikkeamista Laatuportin PaTu-ilmoitusten ja Mediatrin hättätapahtumakirjausten avulla. Lisäksi Vakavien vaaratapahtumien tutkimuksen ja GTT-tutkimuksen (Global Trigger Tool) tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä, vaikka ne eivät kohdentuisi juuri Diabetesosaamiskeskukseen yksikköön. GTT-tutkiminta on tällä hetkellä tauolla, kunnes uusi asiakas- ja potilastietojärjestelmä on käytössä.

Diabetesosaamiskeskuksesta riskit ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään joko yhteisissä viikkopalaverissa, tai yksilökeskusteluissa. Mahdollisuus vaara- ja poikkeamatilanteiden moniammatilliseen käsittelyyn on viikoittain. Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Riskienhallinnassa tunnistettujen riskien suuruutta, todennäköisyyttä ja vaikutusta Diabetesosaamiskeskukseen normaaliin toimintaan arvioidaan aina ilmoitusten käsittelyn yhteydessä, apuna käytetään riskienarvioinnin matriisia.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoituksen käsittely voi kestää vaaratapahtuman luonteen mukaan myös yli 30 vuorokautta. Ilmoitusten käsittelyn määräaikaisten mukaista toteutumista seurataan sisäisesti Diabetesosaamiskeskukseen esihenkilöiden yhteisissä palaverissa. Käsittelyn seurannassa on apuna Laatuportin seuranta järjestelmä. Mikäli havaitaan, ettei riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely toteudu Diabetesosaamiskeskuksesta suunnitellusti, tehostetaan käsittelyprosessia.

Työtapahtumasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta).

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat yksikön lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan osastopalaverimuistioon.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Diabetesosaamiskeskuksesta riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat toimintayksikön lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja).

Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti määritelty vastuuhenkilö yksikön lähiesihenkilöiden keskuudesta. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Yksikössä seurataan,

toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää.

Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden seurannasta ja toteutumisesta yhdessä yksikön henkilöstön ja muiden esihenkilöiden kanssa. Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuullen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös kehittämistoimenpiteiden seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään tai yksikön kokousmuistioihin.

Potilaan sekä hänen läheisensä antama palaute käsitellään Diabetesosaamiskeskuksessa yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka arkaluontoisuuden vuoksi vaatii yksilöllisen käsittelyn. Potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa asiasisällön mukaan joko työyksikön lähiesihenkilön tai henkilöstön toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Diabetesosaamiskeskuksen lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Korjaavat toimenpiteet käsitellään Diabetesosaamiskeskuksen moniammatillisissa tiimipalaverissa. Sovitut asiat kirjataan tiimipalaverin muistioon. Korjaavista toimenpiteistä tiedottamisen toteutumisen seurannan päävastuu kuuluu Diabetesosaamiskeskuksen osastonhoitajalle. Mikäli havaitaan, ettei sovituista muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toteudu Diabetesosaamiskeskuksessa suunnitellusti, tehostetaan käsittelyprosessia.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Potilasta tuetaan ja informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti. Potilaalle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua, tiedottamista tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista. Potilaalle tiedottamisen toteutumisen seurannan päävastuu kuuluu Diabetesosaamiskeskuksen osastonhoitajalle. Mikäli havaitaan, ettei potilaan tai hänen läheisensä tiedottaminen toteudu Diabetesosaamiskeskuksessa suunnitellusti, tehostetaan käsittelyprosessia.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön vaihtuvuus	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin	
Harvoin tapahtuva toiminta/riski > toimintamalli unohtuu	Säännöllinen osaamisen vahvistaminen	

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Potilaan hoidon tarpeen arviointi alkaa terveysasemien Diabetesosaamiskeskuksesta puhelinkontaktilla tai konsultaatiolla ja keskussairaalan Diabetesosaamiskeskuksesta läheteellä. Hoidontarpeen arvio tehdään terveysasemilla saman päivän aikana, kun potilas ottaa yhteyttä Diabetesosaamiskeskukseen.

Keskussairaalaissa hoidontarpeen arviointi aloitetaan viimeistään kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta. Jos on uhka, ettei tavoitteeseen päästä, esihenkilöt käyvät keskustelua ja käynnistävät tarvittavat toimenpiteet löytääkseen syyn ja ratkaisun, mikä estää tavoitteeseen pääsyn. Lähetteet pyritään käsittelemään päivittäin. Potilas voi ohjautua keskussairaalan Diabetesosaamiskeskukseen myös päivystyksen tai vuodeosaston kautta.

Diabetesosaamiskeskuksesta hoidon tarpeen arvioi potilaan hoidosta vastuussa oleva terveydenhuollon ammattilainen. Hoidon tarpeen arvioinnin tukena käytetään esimerkiksi potilaalle tehtyä vointihaastattelua, tutkimustuloksia ja potilastietojärjestelmään kirjattuja terveystietoja. Potilas tai hänen asiaansa hoitava läheinen on keskeisessä roolissa hoidontarpeen arviointiprosessissa ja häntä kuullaan aina, mikäli siihen on mahdollisuus.

Palvelun- ja hoidontarpeen arvon toteutumista seurataan kuukausittain erikoissairaanhoidossa raporttijailla. Mikäli havaitaan, ettei potilaan palvelun- ja hoidontarpeen arvio toteudu suunnitellusti, tehostetaan prosessia.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Palveluun/hoitoon pääsyn toteutumista seurataan keskussairaalan diabetesosaamiskeskuksessa sähköisen raportointijärjestelmän kautta hoitoon pääsy- ja hoitotakuutiedoilla. Osastonhoitaja käy raportointitiedot läpi kuukausittain ja tilanne käydään läpi henkilöstön kanssa. Jos on uhka, ettei tavoitteeseen päästä, esihenkilöt käyvät keskustelua ja käynnistävät tarvittavat toimenpiteet löytääkseen syyn, mikä estää tavoitteeseen pääsyn sekä ratkaisun ongelmaan.

Maakunnan diabetesosaamiskeskuksessa ei hoitotakuujonoa kerryttäviä asiakkaita käytännössä ole, koska kysymyksessä ei ole potilaan sairauteen liittyvä ensikäynti. Palveluun/hoitoon pääsyn toteutumista seurataan esimerkiksi tarkastelemalla puhelinvälisen vastausprosenttia, työviestien käsittelyaikaa ja asiakaspalautteita.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Potilaalle laaditaan yksilöllinen diabeteksen hoitosuunnitelma, jossa määritetään hoidon tavoite, toteutus ja seuranta. Potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat ja tavoitteet kirjataan potilaskertomukseen. Potilaan hoitosuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa jokaisen kontaktin yhteydessä. Lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän YLE- tai SIS-lehdelle ja hoitajan tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän HOI-PTH tai HOI-ESH-lehdelle. Hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuvien ammattilaisten kanssa.

Potilasta kuullaan aina hänen terveytensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita seurataan ja tavoitteisiin pyritään aktiivisesti. Pehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä varmistetaan, että henkilökunta toimii kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti.

Hoitosuunnitelmien toteutumista seurataan potilaskontaktien yhteydessä. Mikäli havaitaan, ettei potilaan hoitosuunnitelmat toteudu suunnitellusti, käydään joko yksilö- tai yhteiskeskusteluja prosessin tehostamiseksi.

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.

Itsemääräämisoikeus korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ja oikeusperiaatteissa. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat toimintamme lähtökohta: potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan tiedonsaannin ja osallisuuden oikeudesta viestitään potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon motivoivan haastattelun keinoin. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan Laatuportin vaara- ja poikkeamailmoitusten, jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta.

Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytysprosessin yhteydessä. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin. Sovittuja periaatteita kerrataan säännöllisissä viikkopalavereissa ja koulutuksissa.

Mikäli havaitaan, ettei potilaan itsemääräämisen tai osallisuuden oikeus toteudu suunnitellusti, käydään joko yksilö- tai yhteiskeskusteluja prosessin tehostamiseksi.

[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.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulee täyttää aina tietyt rajoitusedellytykset. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia voi rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Rajoittamiseen liittyvät toimenpiteet mitoitetaan oikein ja valitaan aina asiakasta kohtaan lievin rajoittamisvaihtoehto. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön. Diabetesosaamiskeskuksesta ei toteuteta tahdonvastaista hoitoa, joten myöskään tähän liittyvää päätöksentekomenettelyä ei toteuteta. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset käydään läpi Diabetesosaamiskeskuksesta perehdytysprosessin yhteydessä. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset on löydettävissä kirjallisena ja organisaatiossa tarjotaan myös koulutusta aiheeseen liittyen.

Mikäli potilaan sairaus aiheuttaa riskiä esimerkiksi ajokykyyn tai turvalliseen liikennekäyttäytymiseen, terveydenhuollon ammattilaisilla on ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle potilaan mielipiteestä riippumatta. Jotkut lääkehoidon muodot, esimerkiksi insuliinihoito yhdistettynä ajo-oikeuteen, tai seurantamenetelmät, esimerkiksi glukosisensorointi, velvoittavat kontrollikäyntien toteutumiseen säännöllisesti. Potilaille kerrotaan velvoitteista ja vaatimuksista ennakoivasti.

Uhkaavasti käyttäytyvä potilas voidaan tarvittaessa poistaa vastaanotolta lääkintävahtimestareiden, vartijoiden tai poliisin turvin, mikäli keskustelu ei ole tilanteen hallintakeinona riittävä. Vartijoiden tehtävänä on turvata henkilökuntaa, mikä voi edellyttää potilaan kiinni pitämistä, mutta he eivät osallistu rajoitustoimenpiteisiin muutoin. Diabetesosaamiskeskuksesta ei ole käytössä rajoittamisvälineitä. Fyysiset rajoittamistoimenpiteet ovat tarpeellisia vain, jos potilasturvallisuus (potilas on vaaraksi itselle tai muille) vaarantuu tilanteessa.

Mahdollinen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja rajoittamiseen johtaneet syyt kirjataan potilastietojärjestelmään ja Laatuportti-järjestelmään haittatapahtumailmoituksena. Asiakkaan vointia seurataan rajoittamistoimien, kuten kiinnipitämisen, aikana jatkuvasti tarkkailemalla ja tarvittaessa tilanteeseen puuttumalla.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan organisaation tarjoamalla koulutuksilla, esim. puhejudo- ja haastavat asiakas ja potilastilanne- ja väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallinta (avekki)koulutuksilla, sekä säännöllisellä kertaamisella osastokokouksissa.

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.

Potilasta kohdellaan hänen yksityisyyttään ja ihmisarvoaan kunnioittaen. Mikäli potilaan epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten ja tarvittaessa myös ylemmän johdon tai potilasasiamiehen kanssa.

Esihenkilöt seuraavat myös asiakaspalautteita ja suunnittelevat tarvittaessa toimenpiteitä palautteiden pohjalta. Potilaiden asiallista kohtelua ja kohtaamista edistetään säännöllisten keskustelujen kautta.

Palvelua järjestetään vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Lisäksi kirjallista materiaalia, esimerkiksi palveluyksikön keskeisiä potilasohjeita, on saatavilla yleisimmillä vierailla kielillä (englanti, venäjä). Aistivamma huomioidaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla ja omaseurantaan liittyvillä erikoislaitteilla (puhuva verensokerimittari). Puhelinpalvelun rinnalla kuulovammaisilla potilaalla on mahdollisuus ottaa yhteyttä palveluyksikköön myös tekstiviestillä. Terveysasemilla yhteydenotto tekstiviestillä toteutuu vastaanottojen palvelunumeron kautta ja keskussairaalassa yhteydenotto tekstiviestillä sovitaan hoitavan yksikön kanssa.

Henkilöstön osaaminen potilaiden asialliseen kohtaamiseen ja kohteluun liittyen varmistetaan organisaation sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä.

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.

Diabetesosaamiskeskuksen toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään organisaation sisäisen Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely-ohjeen mukaisesti. Tapahtumat voidaan käsitellä yksilöllisesti tai moniammatillisesti. Henkilöityvät asiakaspalautteet tai reklamaatiot otetaan yleisellä tasolla keskusteluun moniammatillisissa osastopalavereissa. Käsittely voi johtaa korjaaviin toimenpiteisiin, joiden toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat toimintayksikön lähiesihenkilöt. Muistutuksia, kanteluja, potilasvahinkoja ja muita reklamaatioita seurataan keski- ja ylemmässä johdossa.

Potilasta ohjataan tarvittaessa muistutus, kantelu, potilasvahinko tai vaarailmoituksen tekoon organisaation internet-sivustolla. Henkilöstö neuvoo potilaita tarvittaessa.

Viranomaispäätökset ja -ohjaus linjaavat Diabetesosaamiskeskuksen toimintaa aina kun päätöksiä ja ohjausta on käytettävissä. Palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuutta varmistetaan omavalvonnalla ja organisaation yhteisillä ohjeistuksilla.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote

Kirjaamo

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot, mikäli hän ei niitä itse pysty löytämään. Potilaalle kerrotaan tarvittaessa mahdollisuudesta ottaa yhteyttä.

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.

Potilailta saadaan asiakaspalautetta suullisesti, sähköisesti Laatuporttijärjestelmän kautta, sähköpostitse tai kirjallisesti. Asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti kaikista vastaanottokäynneistä ja ennalta sovituista puhelinkontakteista. Potilas saa palautekyselyn kontaktin jälkeen tekstiviestillä. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista.

Asiakaspalautteita ja vastausprosenttia seurataan raportointijärjestelmän kautta vähintään kuukausittain. Asiakaspalautteen arvoidaan olevan riittävää, kun palautteiden määrä ei merkittävästi vähene kuukausien välillä. Mikäli asiakaspalautteiden määrä muuttuu laskusuuntaiseksi, aktivoimme potilaita palautteen antoon monikanavaisesti.

Palautteet huomioidaan toimintayksikkömme kehittämisessä ja niitä käsitellään kuukausittain tai tarvittaessa tiheämmin moniammatillisissa kokouksissa, joissa päätetään konkreettisista kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta. Mikäli kysymyksessä on asiakaspalaute, mihin odotetaan vastausta, Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilö vastaa potilaalle ja dokumentoi vastauksen Laatuportti-järjestelmään.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Diabetesosaamiskeskuksessa toteutetaan potilasviestintää sähköisesti Siun soten internet-sivuston ja sosiaalisen median kanavien kautta, kirjallisesti potilaskirjeiden ja lehti-ilmoitusten kautta sekä suullisesti esimerkiksi vastaanottokäyntien yhteydessä. Viestintää korostetaan esimerkiksi muutostilanteissa.

Asiakasviestinnän riittävyyttä arvioidaan esimerkiksi saadun asiakaspalautteen tai mahdollisen häiriökysynnän perusteella.

Diabetesosaamiskeskuksessa on nimetty kokemusasiantuntija, mutta kokemusasiantuntijatoiminnan systemaattinen hyödyntäminen ei ole viime vuosina toteutunut. Kokonaisvaltainen suunnitelma kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntämisestä on organisaatiossa työn alla. Asiakasosallisuuden toteutumista edistetään yhteistyössä paikallisten Diabetesyhdistysten kanssa.

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
Viestintä ei välttämättä tavoita kaikkia potilaita	Viestimme monikanavaisesti ja säännöllisesti	

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.

Diabetesosaamiskeskuksessa työskentelee 17 sairaanhoitajaa, 14 lääkärinä, yksi psykologi, yksi osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa. **Toimipohjat (htv) on täytetty 100 %. Henkilöstön** määrä on yhteensä noin 34 työntekijää, joista osa työskentelee myös muilla erikoisaloilla tai terveysasemien vastaanottojen työtehtävissä. Diabetesosaamiskeskuksessa ei käytetä vuokratyövoimaa tai toiselta palveluntuotteelta alihankittua työvoimaa. Diabetesosaamiskeskuksessa voi työskennellä toiminnan luonteen vuoksi vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Opiskelijat voivat suorittaa Diabetesosaamiskeskuksessa harjoittelujaksoja, kuitenkin aina laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksessa ja valvonnassa.

Ammattitaitosen ja pätevän henkilöstön riittävyys varmistetaan toimivilla rekrytointi- ja perehdytyskäytännöillä sekä koulutussuunnittelulla. Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan säännöllisesti keräämällä tietoa potilasmääristä, potilaskontakteista, henkilöstön työajan riittävyydestä (ylityöt ja liukumasaldo) ja poissaoloista.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö työskentelee arkipäivisin. Lähiesihenkilöt suunnittelevat henkilöstön polikliinisen toiminnan sijoittelun, työvuorot ja vuosilomat sähköiseen järjestelmään.

Diabetesosaamiskeskuksen sijaisjärjestelyissä voidaan hyödyntää organisaation sisäistä ja ulkoista sijaisjärjestelmää ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden erikoisalojen kanssa siirtäen työntekijöitä yksiköiden välillä potilaiden palveluntarve huomioiden.

Poikkeusolojen varalta henkilöstövoimavarojen riittävyyden turvaamiseksi on varajärjestelmä. Toimenpiteet suunnitellaan tarvittaessa tapauskohtaisesti, esimerkiksi toimintaa voidaan supistaa, rajoittaa tai siirtää toiseen yksikköön. Äkillisten poissaolojen tilanteessa tehdään tarvittaessa yhteistyötä muiden erikoisalojen työntekijöiden kanssa, tai tarvittaessa perutaan suunniteltua vastaanottotoimintaa.

[Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä](#), linkki

7.2 Rekrytointi

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

Diabetesosaamiskeskuksen toiminta on erityisosaamista vaativaa toimintaa, joten ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytoinneissa. Henkilöstön pätevyys, luotettavuus, soveltuvuus, riittävä osaaminen, mahdollinen oleskelu/työlupa ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin. Rekrytointia tehdään sekä suoralla rekrytoinnilla että yhteistyössä rekrytointiyksikön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaavat hoitotyön esihenkilöt ja lääkärirekrytoinnista vastaa ylilääkäri.

Rekrytoitavaan henkilöön kohdistuu osaamisvaatimuksia, jotka pohjautuvat Diabetesosaamiskeskuksen erityispiirteisiin ja lainsäädäntöön. Työntekijöiltä edellytetään ja tarkistetaan Tartuntatautilain mukainen rokotussuoja. Vakituksissa tehtävissä noudatetaan kuuden kuukauden koeaikaa. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan yhden kuukauden 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.

Henkilöstön alkuvaiheen perehdytykselle varataan työntekijän lähtötilanne huomioiden 1-2 viikon ajanjakso, jolloin varsinaisia työtehtäviä ja potilasvastaanottoja suunnitellaan normaalia vähemmän. Esihenkilö perehdyttää palveluyksikön käytännön asioihin, ja kollegat perehdyttävät varsinaiseen kliiniseen työhön. Diabetesosaamiskeskuksessa perehtymisen tukena toteutetaan myös mentorointia.

Perehdytyksen tukena käytetään organisaation yhteistä SiunPerehdytys-materiaalia sekä yksikön omaa perehdytysuunnitelmaa. Perehtymisen edistymistä ja toteutumista seurataan yksilökeskustelujen kautta ja hyödyntämällä muun henkilöstön palautetta. SiunPerehdytys kirjataan suoritetuksi sähköiseen järjestelmään (Onni-HR) perehdytyksen ja arviointikeskustelun jälkeen. Henkilökohtainen perehdytysuunnitelma ja

arviointilomake lähetetään organisaation Osaamisen kehittämisen palveluihin arkistoitavaksi. Opiskelijoiden perehdytyksen tukena käytetään organisaation koulutusyksikön ja oppilaitosten perehdytysmateriaalia.

Omavalvontaan liittyvä perehdytys toteutuu yleisen perehdytyksen lomassa niin uusien tai työhön palaavien työntekijöiden kuin opiskelijoidenkin osalta. Diabetesosaamiskeskukseen omavalvontasuunnitelmaan perehtyminen on jatkossa osa kokonaisvaltaista perehtymistä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Diabetesosaamiskeskukseen henkilöstöltä edellytetään laaja-alaista diabeteksen hoidon osaamista. Esihenkilöt toteuttavat jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta. Henkilöstön osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa. Vastuualueelle on laadittu myös osaamisen kehittämisen suunnitelma, johon pohjautuen Diabetesosaamiskeskukseen laaditaan yksikkökohtainen koulutussuunnitelma.

Henkilöstön osaamisen kehittämistä, riskienhallinnan ja omavalvonnan osaamista sekä vuorovaikutusosaamista kerrataan viikoittaisissa palaverissa, yhteistyökumppaneiden tarjoamissa tietoisuuksissa/webinaareissa, alueellisissa koulutuspäivissä, Siun soten tarjoamissa muissa koulutuskokonaisuuksissa, verkko-opintoissa sekä Siun soten ulkopuolisissa täydennyskoulutuksissa. Koulutuksissa saavutettua tieto-taitoa jaetaan myös kollegoille yhteisissä osastokokouksissa. Lääkehoidon, laadunhallinnan, infektioiden torjunnan sekä laite- ja potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset ovat toimintayksikössä pakollisia ja ne toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Lisäksi järjestetään yksikön sisäistä laatutyön koulutusta.

Yksilökehityskeskustelut toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen ja täydennyskoulutusten toteutumisen seuranta. Henkilöstön osaamista ja työskentelyä seurataan ja havaittuihin epäkohtiin puututaan tarvittaessa yksilö- tai yhteiskeskustelulla sekä tarvittaessa koulutuksella ja perehdytyksellä.

Täydennyskoulutustarpeisiin pystytään reagoimaan nopeasti, koska alueellinen diabeteskoulutuspäivä järjestetään organisaatiossamme kaksi kertaa vuodessa. Mikäli herää epäily, ettei osaamisen varmistaminen/täydennyskoulutusvelvoitteen täytyminen toteudu sovittujen periaatteiden mukaisesti, prosessia tehostetaan.

7.5 Johtamisosaaminen

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

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

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

Diabetesosaamiskeskuksessa johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Organisaatiossa järjestetään johtajien koulutusta, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaolla. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keski johdon palaverissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta (mm. Mitä sille kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalaute).

Mikäli havaitaan uhka, ettei lähiesihenkilötyöhön ole riittävästi aikaa, käydään läpi työnjaollisia sekä tehtävien järjestelyyn liittyviä asioita.

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.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta, jota toteutetaan vähintään kerran vuodessa, työkykylähtöinen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Myös

työturvallisuusvelvoitteista huolehtiminen on osa työhyvinvointia, sisältäen mm. vuosittaisen työn riskien arvioinnin, turvallisuushavainnoista oppimisen, turvalliset työtavat ja työterveyshuoltoyhteistyön. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä osastokokouksissa, kehittämissäpäivissä, koulutuksissa ja Teams-ryhmäkeskusteluissa.

Kriisitilanteet ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon tai työnohjaukseen.

Henkilöstön työhyvinvointia ja yksikön turvallisuuskulttuurin tilaa seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä sinulle kuuluu -kysely), Henkilöstön turvallisuuskuva-kyselyn, kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Mikäli herää epäily, että henkilöstön työhyvinvoinnin heikkeneminen uhkaa potilasturvallisuutta, tilanteeseen puututaan työntekijä- tai työyhteisökohtaisella kartoituksella ja tilanteen vaatimalla toimintasuunnitelmalla.

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.

Diabetesosaamiskeskuksessa haastavat potilastilanteet ja potilaiden tyytymättömyys voivat liittyä esimerkiksi palveluun, yhteydensaantiin, henkilöstön akuutteihin poissaoloihin, muutoksiin, mahdollisiin etuihin (esim. jalkojenhoidon palveluseteli) tai potilaan ja henkilöstön välisiin näkemyseroihin esimerkiksi hoitolinjausten suhteen. Myös muiden yksiköiden toiminnan haasteet voivat näkyä potilaan turhautumisena organisaation, ja sitä myöten myös Diabetesosaamiskeskuksen palveluun. Haastavat potilastilanteet voivat olla haastavia myös psyykkisesti esimerkiksi potilaan elämäntilanteen tai vaikeiden sairauksien vuoksi. Potilaiden tukeminen kriisitilanteissa voi myös vaikuttaa laajasti niin työntekijän, kuin potilaan tai hänen läheisensä tilanteeseen.

Haastaviin potilastilanteisiin pyritään vaikuttamaan ennakolta ensisijaisesti hoitamalla potilasta yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja hoitolinjauksista (esim. lääkehoito) sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Toimintaan liittyvistä muutoksista pyritään tiedottamaan oikea-aikaisesti ja riittävän kattavasti. Potilaille pyritään järjestämään tarpeen ja tarkoituksen mukainen yksilöllinen tuki ja seuranta. Henkilöstön osaamista haastavien potilastilanteiden varalle vahvistetaan koulutusten ja yhteisen keskustelun avulla.

Henkilöstöä tuetaan niin sosiaalisesti, psyykkisesti kuin fyysisesti haastavissa potilastilanteissa. Haastavan tilanteen jälkeen järjestetään tarvittaessa mahdollisuus ns. purkukeskusteluun yhdessä lähiesihenkilön kanssa. Henkilöstölle on tarjolla organisaation järjestämiä haastaviin potilastilanteisiin liittyviä koulutuksia ja lisäksi Diabetesosaamiskeskudessa järjestetään myös omaa yksikkökohtaista koulutusta puheeksiottoon ja henkiseen

tukemiseen. Haastavista potilastilanteista keskustellaan ja näissä onnistumista seurataan säännöllisesti osastokokouksissa. Henkilöstöä tuetaan haastavissa tilanteista selviytymisessä vertaistuen keinoin. Mikäli herää epäily, ettei haastavien asiakas- ja potilastilanteiden ennakollinen varautuminen tai niiden hoito toteudu yksikössä suunnitellusti puututaan tilanteeseen sen vaatimalla toimintasuunnitelmalla.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi viikkopalaverissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuportti-järjestelmään on mahdollisuus kirjata erinomaisen toiminnan huomioita.

Onnistumisia ja positiivista palautetta voidaan hyödyntää ottamalla toimintamalleja laajempaan käyttöön koko yksikköön tai jopa organisaatioon. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään Diabetesosaamiskeskuksessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaavan henkilöstön saatavuus	Uusien osaajien kouluttaminen ennakoivasti. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen.	
Resurssin riittävyys mm. äkillisten poissaolojen aikana	Hoitajien sijaistuskäytännöt. Lääkärit antavat tarvittaessa apua alueelta toiselle.	

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

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

Potilasasiakirjamerkinnät laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään diabetesmallikirjausta hyödyntäen. Diabetesosaamiskeskuksessa on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmän lisäksi potilastietoja sisältäviä seuraavia tietojärjestelmiä: LibreView, Effector, Glooko. Tietojärjestelmien tietosuoja on varmistettu hankintavaiheessa tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) kautta. Henkilöstö on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen, tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Potilastietoja -niin sähköisiä kuin paperisia- käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. 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. Kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan asiakaspalautteilla ja työntekijöiden keskinäisellä vertaisarvioinnilla. Potilaalla on tiedonsaantioikeus omiin tietoihinsa sekä omien tietojensa käsittelystä ja käsittelyn perusteista. Potilaalla on niin halutessaan oikeus myös tarkistaa omat tietonsa potilastietorekistereistä ja saada tieto häntä itseään koskevista viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista. Asiakkaita ohjataan kontaktien yhteydessä hyödyntämään myös OmaKanta-palvelua omien tietojen ja hoitosuunnitelmien tarkastelemiseksi. Henkilöstö on perehdytetty potilaan tiedonsaanti- ja tarkistusoikeuteen liittyviin lakiin ja asetuksiin.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi esihenkilön ja perehdyttävän kollegan antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Työntekijät allekirjoittavat hyvinvointialueen salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen työsopimuksen laatimisen yhteydessä. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että tarvittavat sitoumukset on dokumentoitu, ja että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Mikäli potilastietojen kirjaamisessa havaitaan virheitä tai puutteita, on kirjaajan velvollisuus korjata tiedot viipymättä. Esihenkilö huolehtii, että vaaditut korjaukset tulevat tehtyä asianmukaisesti. Henkilöllä on oikeus esittää asiakas- tai potilasrekisteriin kirjatun tiedon korjaamisvaatimus, mikäli hän katsoo, että häntä koskeva rekisteriin kirjattu tieto on virheellinen, tarpeeton, puutteellinen tai vanhentunut. Jokaisella Diabetesosaamiskeskuksen työntekijällä on velvollisuus ohjeistaa potilaita henkilötiedon korjaamisen/oikaisupyynnön tekemiseksi. Henkilötiedon korjaaminen -pyyntölomake on tallennettu Siun soten internet-sivulle sekä intraan. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen, hyvinvointialueen tiedonohjaussuunnitelmaan ja arkistointiin liittyviä ohjeita. Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksilla. Opiskelijaa ohjaava sairaanhoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia. Diabetesosaamiskeskuksen toimintaan tutustuvat lääkäriopiskelijat seuraavat työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse. Erikoistuvat lääkärit laativat kirjaukset itsenäisesti ja heillä on mahdollisuus kokeneen lääkärin tukeen. Diabetesosaamiskeskuksessa ei pääsääntöisesti ole lääkäriopiskelijoiden harjoittelua.

Potilastietojen kirjauksia on tarkoitus seurata tulevaisuudessa auditointien kautta. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi esihenkilön antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Työntekijä tai opiskelija vastaanottaa ja perehtyy Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen

opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Organisaatiossa on laadittu tietosuojaselosteet, jotka ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi/henkilotietojen-kasittely) (linkki).

Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilö valvoo Diabetesosaamiskeskuksen henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta Diabetesosaamiskeskuksen työntekijöiltä viiden vuoden välein. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Diabetesosaamiskeskuksen toiminnassa muodostuu henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja, jotka hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä.

Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus tai muu tietosuojaan liittyvä poikkeama (esim. järjestelmähäiriö, tietojen kalastelu tai kyberturvallisuushäiriö) havaitaan, yksikössä toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojaan liittyvän henkilötietojen tietoturvaloukkauksen tai muu tietosuojaan liittyvän poikkeaman havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta viipymättä esihenkilölle, esihenkilö tekee tietosuojaloukkauksilmoituksen ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan tarvittaessa yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaan liittyvät poikkeamat selvitetään ja ratkaistaan tilanteen vaatimalla tavalla yhteistyössä tietosuoja-asiantuntijoiden kanssa.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

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

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

[Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi/henkilotietojen-kasittely) (linkki)

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja:

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Diabetesosaamiskeskuksen toimitilat sijaitsevat Keskussairaassa A-talon 6. ja 9. kerroksissa sekä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveysasemien tiloissa. Potilasvastaanotot toteutetaan tarkoitustaan vastaavissa tiloissa ja vastaanottohuoneissa. Diabetesosaamiskeskuksen käyttöön varatut tilat on suunniteltu polikliniseen toimintaan ja tiloja käyttävät vain niihin oikeutetut henkilöt.

Diabetesosaamiskeskuksen toiminta on hajautunut moneen eri toimipisteeseen ja tämä voi aiheuttaa haasteita potilaiden ohjautumisessa oikeaan toimipisteeseen. Ohjautumista pyritään parantamaan ajanvarauskirjeillä, tarkalla kirjallisella, sähköisellä tai suullisella informaatiolla ja toimintapisteiden opasteilla. Toimintapisteissä on monenlaista toimintaa ja yleisissä tiloissa liikkuu myös muiden toimintayksiköiden asiakkaita tai potilaita.

Potilasvastaanottokäyttöön tarkoitetuissa tiloissa on turvattu esteettömyys riittävän suurilla tiloilla.

Yksityisyyden suojasta huolehditaan mm. äänieristyksen toimivuuden varmistamisella.

Potilasvastaanottotiloissa varmistetaan toimintaa vaadittava riittävä valaistus ja välineet. Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään kolmen vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Eri toimitiloihin on laadittu yleinen pelastussuunnitelma. Hätäpoistumistiet on merkitty asianmukaisesti jokaisessa toimintapisteessä. Poistumissuunnitelmia ja muita turvallisuuteen liittyviä huomioitavia asioita kerrataan säännöllisesti osastokokouksissa, turvallisuuskiertoilla ja perehdytyksessä. Diabetesosaamiskeskuksen lääkesäilytystilat on järjestetty siten, että potilaiden ja asiattomien pääsy tiloihin on estetty lääkehuoneen kulunvalvonnalla. Toimitiloihin ja väleineisiin liittyviä riskejä arvoidaan ja hallitaan vuosittaisella riskenarviointi-menettelyllä.

Välineiden huolto ja käyttökoulutus toteutuu organisaation ohjeiden ja toimintamallien mukaisesti.

Kiinteistöjen pitkäjänteistä ylläpitoa koskevista toimintamalleista vastaavat keskussairaala kiinteistön osalta hyvinvointialueen tekniset palvelut sekä terveysasemien osalta kuntaorganisaatiot omien toimintakäytäntöjensä mukaisesti. Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja tiedonkulkua koskevat toimintamallit ovat toimipistekohtaisia. Toimintaympäristöön ja toimitiloihin liittyviä vaara- ja poikkeamatilanteita seurataan Laatuportti-järjestelmän ilmoitusmenettelyn kautta. Mikäli havaitaan, että toimintaympäristö tai toimitilat eivät vastaa tarkoitustaan tai muodostavat turvallisuusriskin, ryhdytään välittömästi toimenpiteisiin turvallisuuden varmistamiseksi yhteistyössä kiinteistön ylläpidosta vastaavien toimielimien kanssa.

Diabetesosaamiskeskuksen kaikkien toimintapisteiden tilat ovat avoinna potilaille toiminta-aikana. Organisaatiossa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä: [Tietosuoja seloste: Tallentava kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki). Mikäli toimintapisteissä on käytössä kulunvalvontakameroita tai tallentavaa kameravalvontaa, niistä on ilmoitettu erikseen.

Toimintayksikön tiloissa on automaattiset paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmät sekä murtosuojausjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmien testaamiseen liittyvien käytäntöjen informoinnin päävastuu kuuluu Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöille.

Diabetesosaamiskeskuksen keskussairaalan toimipisteissä on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä Wc-vastaanottohuone- ja odotustiloissa. Keskussairaalan vastaanottohuoneissa on käytössä myös Avack-hätä kutsujärjestelmä. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön sekä muihin palveluissa hyödynnettäviin teknologisiin ratkaisuihin ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Lisäksi hätäkutsujärjestelmät testataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu Diabetesosaamiskeskuksen lähiesihenkilöille. Diabetesosaamiskeskuksen terveysasemien toimipisteiden kulunvalvontaan, murto- ja palosuojaukseen sekä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmiin liittyvä päävastuu kuuluu terveysasemien vastaanottopalveluiden lähiesihenkilöille. Palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, turvallisuus ja asianmukaisuus varmistetaan hankinta- ja kilpailutusmenettelyllä. Teknologian vikatilanteisiin ja huoltoviiveisiin varautuminen on osa toimintayksikön kokonaisvaltaista varautumista. Toimintayksikössä ei ole käytössä teknologisia ratkaisuja, jotka rajoittaisivat potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista.

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
Diabetesosaamiskeskuksen toiminta on hajautettu keskussairaalaan ja	Yhteistyö ja säännölliset kokoukset terveysasemien vastaanottopalveluiden	

hyvinvointialueen terveysasemilla useaan eri toimipisteeseen – henkilöstön liikkuvuus	esihenkilöiden kanssa. Vastuiden aukikirjaus. Henkilöstö tutustuu sen kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti ja osallistuu myös kiinteistöjen turvallisuuskävelyihin.	

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.

Diabeteosaamiskeskuksesta toteutetaan puhelin- tai videovälitteisiä etävastaanottoja sekä glukosisensoroinnin ja insuliinipumppuhoidon etäseurantaa. Potilaalla on mahdollisuus ottaa yhteyttä Diabetesosaamiskeskukseen puhelimitse tai digitaalisten palvelujen kautta sekä toteuttaa digitaalisten palvelujen kautta erilaisia sähköisiä valmennusohjelmia. Potilaan tietoturva varmistetaan potilaan tunnistamisen ja vahvan tunnistautumisen kautta. Etä- ja digiasioinnissa pätevät samat tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja säännöt, kuin muissakin Diabetesosaamiskeskuksen asioinneissa. Etä- ja digipalveluiden riskien arviointi toteutetaan Diabetesosaamiskeskuksesta vuosittaisen riskienarvioinnin yhteydessä. Riskien arvioinnit tehdään jokaisen digitaalisen palvelun kohdalla ennen käyttöönottoa.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö arvioi ja varmistaa potilaan valmiuksia (mm. digiosaaminen ja tunnistautumisen mahdollisuus) etä- ja digiasiointiin. Mikäli potilaalla ei ole valmiutta etä- ja/tai digiasiointiin, hänelle valitaan tilanteeseen soveltuva hoito- ja seurantamuoto, sekä tarjotaan mahdollisuutta fyysisiin vastaanottokäynteihin. Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö ohjeistaa potilaita etä- ja digipalveluiden käyttöön. Ohjauksessa hyödynnetään kirjallista ohjausmateriaalia. Ammattihenkilöstön etä- ja digipalveluosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla koulutuksella yksikön tarpeiden mukaisesti. Digipalveluosaamisen perusteet määritellään osaamisen kehittämisen suunnitelmassa.

Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöt seuraavat etä- ja digipalvelujen turvallisuutta ja asianmukaisuuden toteutumista. Mikäli havaitaan uhka, ettei etä- ja digipalvelujen käytön turvallisuuden varmistaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, pyritään korjaamaan puutteet ja poikkeamat sekä kehittämään prosessia yhteistyössä digitaalisten palvelujen asiantuntijoiden kanssa.

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

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.

Diabetesosaamiskeskuksen päivittäisessä käytössä on potilaan tutkimiseen liittyviä välineitä (esim. verensokerimittarit) ja tarvikkeita sekä verenkierron seurantavälineitä (esim. verenpainemittari). Diabetesta sairastavien potilaiden silmänpohjamuutosten tutkimiseen on käytössä siirrettävä silmänpohjien kuvaukseen tarkoitettu kamera. Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja. Hätätilanteiden hoitoon tarvittavat välineet on koottu siirrettävään kääryyn, jolloin käytössä on yhteiskäyttölaitteita esimerkiksi verenkierron ja hengityksen tukemiseen. Lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskienarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmassa.

Diabetesosaamiskeskuksen lääkintälaitteet viedään lääkintälaiterekisteriin ja sen ylläpidosta vastaa lääkintälaittehuolto. Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöiden tehtävä on varmistaa yhdessä henkilöstön kanssa, että lääkintälaitetiedot ovat ajan tasalla lääkintälaiterekisterissä. Potilaille luovutetut laitteet kirjataan myös potilastietojärjestelmään. Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöön ja puhdistukseen mm. digitaalisten laitepassien ja ohjauksen keinoin. Kotiin annettavien terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden osalta asiakkaiden ja läheisten osaaminen varmistetaan vastaanottokäyntien yhteydessä annettavassa ohjaustilanteessa.

Diabetesosaamiskeskuksessa tarkastetaan säännöllisesti käytössä olevien laitteiden toimintakunto, esimerkiksi verensokerimittareiden kontrollointi tehdään aina ennen verensokerin mittausta. Insuliinipumppujen toimintakunnon seuranta kuuluu ensisijaisesti laitetta käyttävälle potilaalle, seuranta tehdään kuitenkin myös

haastatellen potilaskontaktien yhteydessä. Lääkinnällisten laitteiden seuranta kirjataan vaadituilta osin seurantalomakkeisiin.

Lääkintälaitteisiin liittyvien lain edellytysten toteutuminen huomioidaan ja varmistetaan hankintakilpailutuksen tai sopimusmenettelyn yhteydessä. Laitteet säädetään ja huolletaan tarvittaessa valmistajan antaman ohjeistuksen mukaisesti. Laitteiden huollosta vastaa joko lääkintälaittehuolto tai laitteen toimittaja/valmistajaorganisaatio. Käyttöympäristön soveltuvuus ja turvallisuus varmistetaan lääkintälaitteita hankittaessa.

Henkilökunnan laiteosaaminen varmistetaan ja dokumentoidaan Laatuportin laitepassien suorittamisen kautta. Osaamista seurataan Laatuportti-järjestelmän kautta. Laitteiden käytön tukena on sekä laitteen valmistajan että organisaation omia ohjeita sekä tarvittaessa tarkistuslistoja. Korkean käyttöriskin laitteet vaativat henkilöstöltä erityistä perehtyneisyyttä ja osaamista. Korkean käyttöriskin laitteet ovat laitteita, joiden käyttöön liittyy merkittäviä riskejä, jos niitä ei käytetä oikein. Tällaisia laitteita ovat esimerkiksi insuliinipumput ja jatkuvan glukoosimonitoroinnin laitteet.

Terveysthuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvät vaara- ja poikkeamailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään, laitteen valmistajalle ja tilanteen niin vaatiessa myös Fimealle. Vaara- ja poikkeamatilanteiden toimenpiteet on ohjeistettu laitteiden käyttöön liittyvässä perehdytyksessä. Lääkinnällisiin laitteisiin liittyvää riskien hallintaa toteutetaan vuosittain Laatuportti-järjestelmän riskienarvioinnin kautta. Kriittiset/korkean käyttöriskin laitteet arvioidaan myös riskienarvioinnin yhteydessä.

Vaaratilanneilmoitukset käsitellään ja toimintaa arvioidaan ja tarvittaessa kehitetään vaaratilanteen uusiutumisen välttämiseksi. Diabetesosaamiskeskuksen lähiesihenkilöt huolehtivat ilmoitusten ja kehittämistoimenpiteiden seurannasta.

Potilaita on ohjeistettu ottamaan yhteyttä omaan hoitavaan yksikköön ja tilanteen niin vaatiessa myös laitteen valmistajaan terveysthuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä. Virka-ajan ulkopuolella kiireellisissä/henkeä uhkaavissa asioissa potilaita ohjataan ottamaan tarvittaessa yhteyttä päivystykseen. Korkean käyttöriskin laitteisiin liittyvien poikkeamatilanteiden varalle potilaalle annetaan varajärjestelmän käyttöön liittyvät ohjeistukset. Potilaat voivat tehdä vaara- ja poikkeamatilanteesta ilmoituksen Laatuportti-järjestelmään. Asiakkaalle luovutettavien laitteiden ja tarvikkeiden mukana annetaan myös suulliset ja kirjalliset potilasohjeet.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

Onko palveluyksikössä nimetty lääikinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: 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

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.

Diabetesosaamiskeskuksesta lääkehoidon toteuttaminen painottuu ensisijaisesti lääkehoidon ohjaamiseen ja neuvontaan. Lääkehoitoa toteutetaan yksikössä muutoin hyvin pienimuotoisesti.

Diabetesosaamiskeskuksen lääkehoitosuunnitelman laativat yksikön esihenkilöt yhteistyössä henkilöstön kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain, tai tarvittaessa toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, osastonhoitaja, ja apulaisosastonhoitaja ja sen hyväksyy työyksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaava ylilääkäri.

Lääkehoitosuunnitelma käydään läpi osastokokouksessa vuosittain tai aina kun muutosten yhteydessä. Muutoksista ja tarkennuksista tiedotetaan sähköpostitse tai suullisesti. Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöt vastaavat siitä, että henkilöstö on perehtynyt lääkehoitosuunnitelmaan. Sairaala-apteekin asiantuntemusta hyödynnetään tarvittaessa lääkehoitoon liittyvässä perehdytyksessä. Lääkehoidon toteutumista seurataan yhteistyössä organisaation sairaala-apteekin kanssa.

Lääkehoitosuunnitelman läpikäynti on osa uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytystä. Opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa ohjaavan ammattilaisen valvonnassa. Lääkehoitoa saa toteuttaa vain lääkehoitoon perehtynyt ja vaadittavat lääkeluvat suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Turvallisen lääkehoidon

toteuttamisen varmistamiseksi henkilöstö suorittaa lääkelupaan liittyvät verkko-opinnot ja tarvittavat näytöt säännöllisesti. Näyttöjen vastaanottajalta edellytetään näyttöjen vastaanottamiseen valmentavat verkko-opinnot.

Yksikössä ei ole toteutettu lääkehoidon ja -huollon omavalvontaa Laatuportti-järjestelmään.

Lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista informoidaan potilasta sekä tarvittaessa potilaan hoidosta vastaavaa lääkärää. Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Henkilöstöä ohjeistetaan laatimaan lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksen ja vie asian jatkokäsittelyyn edelleen osastokokoukseen. Vaara- tai poikkeamatilanteen käsittelyssä pyritään löytämään juurisyitä ja kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi lääkehoidon ohjauskäytänteiden muutos tai tarkennus.

Potilaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen ohjataan kotiolosuhteisiin tarvittavat toimintaohjeet lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden varalle (esimerkiksi vaarallisen alhaiseen verensokeritasoon liittyvä ohjaus insuliinihoidon yhteydessä).

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: 18.2.2025

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Rautiainen Päivi, paivi.rautiainen@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Utriainen Nina, nina.utriainen@siunsote.fi

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Diabetesosaamiskeskuksessa noudatetaan organisaation infektioiden torjuntaohjeita ja hyödynnetään infektioiden torjuntayksikön asiantuntijoiden osaamista. Yksikön toiminnassa hoitoon liittyvät infektiot ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. Hoitoon liittyvät infektiot voivat olla esimerkiksi pistoksiin liittyviä paikallisia infektioita. Diabetes sairautena ja erityisesti tähän liittyvä huono hoitotasapaino voi altistaa potilaita infektioille (esimerkiksi haavainfektiot), ja potilaan ihotilanteen sekä mahdollisten haavojen seuraaminen ja mahdollinen jatkohoitoon ohjaaminen kuuluu diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työtehtäviin. Infektoituneiden haavaumien seurannan yhteydessä huolehditaan tarpeenmukaisesta ja hyvästä hygieniasta organisaation ohjeiden mukaisesti.

Käsihygieniaan kiinnitetään huomiota asianmukaisesti. Käsihuuhdetta on tarjolla sekä henkilöstölle että potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu saavutettavuus. Henkilöstölle on käytettävissä suojakäsineitä ja niiden käytössä noudatetaan organisaation ohjeistuksia. Henkilöstön perusrokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja perusrokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa. Potilastyössä olevat työntekijät saavat vuosittaiset kausi-influenssarokotteet. Henkilöstön influenssarokotussuoja on toteutunut diabetesosaamiskeskuksessa erinomaisesti.

Keskussairaalan Diabetesosaamiskeskuksessa on hygieniavastaava, joka osallistuu säännöllisesti hygieniahoitajien palaveriin ja tuo osastokokouksissa ajankohtaiset ja tiedotettavat asiat muun henkilöstön tietoon. Terveysasemien toimipisteillä työskentelevä diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö saa ohjeita ja tietoa lisäksi terveysasemien hygieniavastaavilta. Henkilöstön infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaosaaminen ja infektioidentorjuntakäytännöt varmistetaan perehdytyksellä ja tarvittavilla organisaation sisäisillä koulutuksilla. Henkilöstö voi ottaa yhteyttä infektioiden torjuntaa koskevissa kysymyksissä tarvittaessa yksikön nimettyyn hygieniavastuuhenkilöön tai infektioidentorjuntayksikköön.

Infektioihin liittyvää seurantaa tehdään yhteistyössä infektioidentorjuntayksikön kanssa ja heiltä saatujen raporttien perusteella toimintaa kehitetään. Toimintaa muutetaan tarvittaessa mahdollisten havaittujen puutteiden perusteella ja henkilöstö perehdytetään muuttuneisiin toimintamalleihin ja ohjeistuksiin huolellisesti. Käsihuuhdesaavuuden arviointi sisältyy terveysasemien osalta terveysasemien seurantaan. Erikoissairaanhoidon osalta käsihuuhdesaavuuden arviointia seurataan Laatuportti-järjestelmässä. Yksikössä on toteutettu infektioiden torjuntatoimien omavalvonta Laatuportti-järjestelmässä. Mikäli havaitaan uhka, ettei hoitoon liittyvien infektioiden torjunta toteudu yksikössä suunnitellusti, henkilöstölle järjestetään lisäperehdytystä ja tarvittaessa myös sisäistä koulutusta.

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.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö käyttää potilastyössä työnantajan määrittelemiä suojavaatteita. Vaatehuollosta huolehtii Sakupe Oy. Siivous ja jätehuolto toteutuu Polkka Oy:n toimesta. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä. Terveysasemien yksiköissä toteutetaan terveysasemakohtaisia siivoussuunnitelmia. Paperin ja pahvin keräyksessä ja lajittelussa sekä tietosuojajätteen hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeita.

Diabetesosaamiskeskuksessa muodostuva vaarallinen jäte on pisto- ja viiltojätettä ja sen kerääminen ja hävittäminen toteutuu organisaation ohjeiden mukaisesti.

Hygienian toteutumista seurataan jatkuvalla tarkkailulla esihenkilöiden ja henkilöstön yhteistyönä. Mikäli havaitaan riski, ettei riittävä hygienia toteudu yksikössä suunnitellusti, henkilöstölle järjestetään tarvittaessa lisäperehdytystä ja koulutusta. Tarvittaessa tehostetaan myös yhteistyötä Polkka Oy:n ja Sakupe Oy:n kanssa.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Diabetesosaamiskeskuksessa hyödynnetään potilastyössä työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja. Asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista (intra) tai Siun soten internet-sivustolta, ja niiden käyttöperiaatteita käydään läpi perehdytyksen yhteydessä (niin henkilöstö kuin opiskelijat) ja säännöllisesti

myös esimerkiksi viikkopalaverissa ja koulutuspäivissä. Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan vahvasti, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio.

Diabetesosaamiskeskuksessa 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 diabetesosaamiskeskuksen sairaanhoitajat ja lääkärit, joilla on intran sisällöntuottajaoikeus. Ohjeet tarkastaa ja/tai hyväksyy lääketieteen tai hoitotyön esihenkilö. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika, jolloin järjestelmä hälyyttää päivityksen tarpeessa olevista ohjeista. 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.

Diabetesosaamiskeskuksen potilaita osallistetaan heitä koskevien suunnitelmien laatimisessa. Ohjeita pyritään laatimaan potilaiden näkökulmasta ymmärrettäviksi. Ohjeita korjataan tarvittaessa ymmärrettävämpään muotoon saadun palautteen perusteella. Potilailla on mahdollisuus antaa yleisen palautekanavan kautta palautetta. Saadut palautteet käsitellään moniammatillisesti säännöllisesti. Mikäli havaitaan, ettei ohjeiden ja suunnitelmien hallinnointi toteudu yksikössä suunnitellusti, henkilöstölle järjestetään aikaa, lisäperehdytystä ja tarvittaessa koulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Diabetesosaamiskeskus toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa (turvallisuusyksikkö, pelastuslaitos, apteekki, valvontapalvelut).

Diabetesosaamiskeskuksessa noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Jokainen diabetesosaamiskeskuksen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät koulutuskokonaisuudet.

Yhteistyön toteutumista seurataan esihenkilöiden toimesta ja järjestetään yhteistyötapaamisia tarvittaessa, jos havaitaan uhka ettei yhteistyö eri turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa ole riittävää.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Diabetesosaamiskeskukseen on laadittu palo- ja poistumisturvallisuusohjeistus, mikä on osittain yhteinen keskussairaalan sisätautien poliklinikan kanssa. Lisäksi keskussairaalaan on laadittu kaikkia rakennuksessa toimivia yksiköitä koskeva pelastussuunnitelma. Terveysasemilla on käytettävissä terveystasemakohtaiset pelastussuunnitelmat ja poistumisturvallisuus selvitykset. Yksiköissä on varauduttu normaaliolojen häiriöihin, esimerkiksi sähkö- ja vesikatkoksiin organisaation ohjeiden mukaisesti esimerkiksi kriittisten laitteiden toiminta turvaamalla. Poikkeusolojen häiriö-, turvallisuus- ja valmiussuunnittelua toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Varautumissuunnittelua ja ohjeistuksia käydään läpi säännöllisesti ja tarvittaessa.

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään valmiussuunnitelmiin. Diabetesosaamiskeskuksen lähiesihenkilöt vastaavat valmiuden hallinnasta sekä henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytyksestä organisaation valmiussuunnitelmiin yhteistyössä turvallisuusvastaavan kanssa. Yksikössä ei ole omaa valmius- ja jatkuvuudenhallinnan suunnitelmaa, vaan noudatetaan toimialakohtaisia valmiussuunnitelmia. Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista ylläpidetään ja kehitetään organisaation järjestämällä säännöllisillä koulutuksilla, esimerkiksi sähkökatkohanjoituksilla ja joka viides vuosi suoritettavilla paloturvallisuuskoulutuksilla.

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
Diabetesosaamiskeskuksen toiminnan hajautuminen eri toimipisteisiin aiheuttaa riskin toimintatapojen hallinnan osalta.	Säännöllinen kertaus toimintaohjeisiin ja suunnitelmiin osastokokouksissa.	

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.

Diabetesosaamiskeskuksen tilojen terveellisyteen vaikuttavat asiat tunnistetaan vuosittaisissa laatuportti-järjestelmään tehtävässä työn riskienarvioinnissa. Tilojen terveellisyteen liittyviä havaintoja tulee esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. 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.

Diabetesosaamiskeskuksessa käyttöveden laadun seuranta perustuu kaikkien yksikössä työskentelevien henkilöiden toteuttamaan aistinvaraiseen havainnointiin. Mikäli epäkohtia tai poikkeamia havaitaan, niistä ilmoitetaan kiinteistön omistajalle sekä tarvittaessa terveysvalvontaan.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Diabetesosaamiskeskuksesta potilas tunnistetaan organisaation tunnistusohjeen mukaisesti yhteydenottotavasta riippuen. Tunnistautumisessa käytetään esimerkiksi henkilö- tai ajokorttia sekä passia. Potilas voidaan tunnistaa myös hoitosuhteen perusteella. Etäyhteyksissä potilas tunnistetaan suullisen tunnistusohjeen mukaisesti. Tiettyjen ryhmien tunnistamistamiseen käytetään erityistä huomiota (esim. alaikäiset, muistisairaat, vieraskieliset), tunnistamiseen tarvittavia tietoja voidaan pyytää tarvittaessa omaiselta, läheiseltä tai saattajalta.

Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet. Osaamisen vahvistamisen tukena on käytettävissä organisaation tarjoamia verkkokoulutuksia (Potilaan tunnistaminen – Potilasturvaportti). Potilaan tunnistamisen toteutumiseen ei ole polikliinisessä toiminnassa systemaattista seurantamenetelmää.

Mikäli havaitaan, ettei potilaiden tunnistaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, tehostetaan tarvittaessa henkilöstön perehdytystä ja sisäistä koulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Häätötilapotilaan/-asiakkaan tunnistaminen

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

Diabetesosaamiskeskuksessa ei ole päivystyksellistä toimintaa, joten hätötilapotilaiden kohtaaminen on harvinaista. Hätötilapotilaan kohtaaminen on kuitenkin mahdollista, sillä hätötila voi ilmetä kenelle tahansa ja missä tilanteessa tahansa. Akuutteihin hätötilanteisiin varautumiseksi henkilöstö veloitetaan osallistumaan vuosittain hätötilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutuskokonaisuuteen (taso 4). Päivystämään veloitettut lääkärit suorittavat tason 2. Elvytys huoneentaulut on näkyvillä jokaisella toimipisteellä ja hätötilan kohdatessa apua on aina saatavilla.

Hätötilapotilaan tunnistamisen toteutumiseen ei ole polikliinisessä toiminnassa systemaattista seurantamenetelmää. Mikäli havaitaan, ettei hätötilapotilaiden tunnistaminen toteudu yksikössä organisaation ohjeiden mukaisesti, tehostetaan tarvittaessa henkilöstön perehdytystä ja sisäistä koulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Diabetesosaamiskeskuksen keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi ravitsemusterapia, jalkaterapia, terveysasemien vastaanotot, sosiaalityö ja hoitotarvikeyksikkö. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti. Tietoa voidaan välittää oman hyvinvointialueen/potilastietojärjestelmän sisällä työviesteillä ja sanomajakelulla. Hyvinvointialueen/potilastietojärjestelmän ulkopuolella viestinvälitys toteutetaan lähetekäytännöllä tai muulla organisaation virallisilla viestintävälineillä. Potilastietojärjestelmän kantojen välinen siirtymisen viive huomioidaan toiminnassa ja tiedon välitystä tehostetaan tarvittaessa (esim. kiireellisissä potilasasioissa)

organisaation virallisilla viestintävälineillä. Henkilöstön osaamista turvalliseen suulliseen tiedonvälitykseen vahvistetaan organisaation tarjoamilla verkkokoulutuksilla (ISBAR-menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun – Potilasturvaportti).

Potilaan asiassa on mahdollisuus järjestää tarvittaessa moniammatillinen tapaaminen eri toimijoiden kesken. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho huolehtii, että potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot välittyvät muille toimijoille. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy Diabetesosaamiskeskuksesta muulle taholle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen.

Mikäli työntekijälle herää huoli potilaan hyvinvoinnista tai mahdollisesta sosiaalihuollon palvelun tarpeesta, laaditaan huoli-ilmoitus miunpalvelut.fi -portaalin kautta.

Monialaisen yhteistyön ja tiedonvälityksen toteutumisen seurantaan ei ole polikliinisessä toiminnassa systemaattista seurantamenetelmää. Mikäli havaitaan haasteita yhteistyössä tai tiedonvälityksessä, tehostetaan yksiköiden välisiä yhteistyön toimintamalleja.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

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

Diabetesosaamiskeskuksen toiminnan luonteen vuoksi palveluyksikössä ei toteuteta varsinaista kivunhoitoa. Potilaan tilanne huomioidaan kuitenkin kontakteissa kokonaisuutena ja myös mahdollinen kiputilanne huomioidaan ja kartoitetaan sekä siihen annetaan tarvittaessa ohjausta, koska sillä voi olla vaikutusta potilaan omahoidon toteutumiseen ja hoitotasapainoon. Vastaanottokäyntien ja puhelinkontaktien yhteydessä kivun arvioimisen tukena käytetään numeerista kivun arviointia (NRS) tai sanallista kipuaasteikkoa (VRS). Kivun arvioinnin tuloksen mukaisesti potilaalle ohjataan kivun kotihoito-ohjeita, tai jatkohoidon suhteen konsultoidaan lääkäriä. Kipumittareiden käyttö dokumentoidaan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisillä organisaation järjestämällä kivun lääkehoidon verkko-opinnoilla (Kivun lääkehoidon perusteet). Mikäli kivunhoitoon liittyvää osaamisen vajetta ilmenee esimerkiksi kehityskeskustelujen yhteydessä, tähän vastataan toimintayksikköön kohdennetulla koulutuksella.

Potilaiden kivunhoidon toteutumisen seurantaan ei ole Diabetesosaamiskeskuksesta systemaattista seurantamenetelmää. Mikäli havaitaan poikkeamia tai puutteita kivunhoitoon liittyvässä ohjauksessa tai käytännöissä, tehostetaan sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Diabetesosaamiskeskuksen vastaanottotoiminnassa ehkäistään kaatumisia ja putoamisia vastaanottohuoneiden järjestelyllä, esteettömällä ympäristöllä, apuvälineiden käytön mahdollisuudella sekä asianmukaisilla huonekaluilla ja työvälineillä (esimerkiksi tukeva seisomavaaka ja tutkimuspöytä).

Systemaattista potilaan kaatumisriskin arviointia ei Diabetesosaamiskeskuksen toiminnan luonteen vuoksi toteuteta, mutta mikäli potilaan terveydentila antaa ammattilaiselle viitteitä siitä, että potilas olisi kaatumisvaarassa, voidaan potilaan kaatumisvaaraa arvioida tarkemmin FRAT-mittarilla. Kaatumisriskin systemaattinen arviointi aloitetaan yli 68-vuotiailta Diabetesosaamiskeskuksen potilailta vastaanottokäyntien yhteydessä kolmen kysymyksen toimintamallilla keväällä 2025. Potilaan kaatumisriski kirjataan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen. Mikäli potilaalla todetaan kohonnut kaatumisriski, hänen jatkohoito suunnitellaan toimintamallin mukaisesti siten, että kaatumisen riskiä voidaan vähentää. Potilas voidaan ohjata kaatumisriskin vuoksi esimerkiksi apuvälineyksikköön, fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolle. Riskimittarin käyttöä ei seurata systemaattisesti.

Mikäli potilas kaatuu tai putoaa vastaanottokäynnin yhteydessä, tämä kirjataan haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään ja tapahtumasta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Kaatumisten ja putoamisten määrää seurataan organisaatiotasolla. Diabetesosaamiskeskuksen esihenkilöt kiinnittävät myös

huomiota tullessiin ilmoituksiin ja tekevät tarvittaessa toimintamallin tarkentamista, jos kaatumisilmoitusten määrä lisääntyy.

Henkilöstön osaaminen kaatumisriskin arviointiin varmistetaan perehdytyksellä ja asioiden säännöllisellä kertaamisella osastokokouksissa. Työntekijöillä on käytettävissään organisaation tarjoamat verkkokoulutukset (esim. Kaatumisten ehkäisy – Oppiportti ja Kaatumisen ehkäisy – UKK-instituutti) ja oheismateriaalit kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumisenehkäisyn arviointi arjen toiminnassa ei ole systemaattista	Toimintaohjeiden ja koulutusmahdollisuuksien kertaaminen.	

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.

Diabetesosaamiskeskuksessa kartoitetaan ja arvioidaan potilaan ravitsemustilannetta sekä annetaan tarvittaessa ravitsemusneuvontaa vastaanottokäyntien yhteydessä. Ruokavalion ja ravitsemustilanteen kartoittamisen apuvälineinä käytetään esimerkiksi ruokapäiväkirjaa ja haastattelua. Vajaaravitsemusta pyritään ennaltaehkäisemään ravitsemussuositusten mukaisella neuvonnalla ja ohjauksella. Mikäli vajaaravitsemuksesta herää epäilystä, potilaan asiassa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia, joka edelleen arvioi vajaaravitsemustilaa tarkemmin erilaisten mittareiden avulla. Ravitsemuksen arviointi ja mahdolliset konsultaatiot kirjataan potilastietojärjestelmän kertomuslehdelle. Diabetesosaamiskeskuksessa ei ole käytössä vajaaravitsemuksen mittaria. Vajaaravitsemuksen ehkäisyä ja hoidon toteutusta ei seurata tai arvioida systemaattisesti.

Potilaan ravitsemustilan arvioinnin ja ohjauksen osaaminen varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla (esim. alueelliset koulutukset ja verkkokoulutus: Vajaaravitsemus – Oppiportti), perehdytyksellä ja mentoroinnilla. Mikäli havaitaan, ettei vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Diabetesosaamiskeskuksen toiminta on vastaanottotoimintaa, joten painehaavariskin arviointi ei kuulu diabetesosaamiskeskuksen keskeisiin työtehtäviin. Mikäli painehaavaumiin liittyviä muutoksia ilmenee esimerkiksi jalkojen ihon tutkimuksen yhteydessä, potilas ohjataan jatkohoitoon omalle terveysasemalle. Painehaavasta tehdään vaaratilanneilmoitus Laatuportti -järjestelmään. Vaaratilanneilmoitukseen kuvataan toimenpiteet, joiden avulla toimintaa kehitetään tapahtuman seurauksena. Diabetesosaamiskeskuksessa ei ole käytössä painehaavamittaria. Painehaavojen ehkäisyä ja hoidon toteutusta ei seurata tai arvioida systemaattisesti.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Diabetesosaamiskeskuksessa ei toteuteta leikkaushoitoa. Leikkaushoidon turvallisuutta varmistetaan kuitenkin yksilöllisen tarpeen mukaan leikkausta edeltävästi tai leikkauksen jälkeen diabetesta sairastavan potilaan hoitotasapainoa parantavalla hoidon ohjauksella tai lääkehoidon tehostuksella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Diabetesosaamiskeskuksen potilaissa voi olla akuutin sekavuustilan riskiryhmään kuuluvia potilaita. Altistavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi lääkkeiden käyttö, korkea ikä, heikko yleiskunto ja päihteiden käyttö. Laukaisevia tekijöitä taas voivat olla esimerkiksi kipu, stressi ja univaje. Diabetesosaamiskeskuksen toiminnassa keskeistä on tunnistaa riskissä olevat potilaat ja ehkäistä sekavuustilan kehittymistä huolellisella potilaan esitietojen, kokonaistilanteen ja lääkehoidon arviolla sekä ohjata potilas tarvittaessa jatkohoitoon.

Organisaatiossa on julkaistu hoito- ja palveluketju akuutin sekavuustilan ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon: [Akuutti sekavuustila \(delirium\) - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen akuutin sekavuustilan ja altistavien tekijöiden tunnistamiseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä.

Diabetesosaamiskeskuksesta ei ole käytössä seulontamittareita akuutin sekavuustilan varhaiseen tunnistamiseen.

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 tunnistaminen iäkkäiden, monisairaiden ja monilääkittyjen potilaiden kohdalla	Hoito- ja palveluketjuun perehtyminen	

10.10 Elintapaohjaus

Terveystenhuoltolaki (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.

Elintapaohjaus on keskeinen osa Diabetesosaamiskeskuksen työtä. Potilaiden elintapoja kartoitetaan sekä seurataan laajasti ja kattavasti kaikilla Diabetesosaamiskeskuksen vastaanottokäynneillä ja elintapaohjausta annetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Elintapaohjauksen tukena käytetään Elintapaohjauksen hoito- ja palveluketjua sekä sisäisiä toimintaohjeita. Potilaita voidaan ohjata digitaalisten palvelujen kautta toteutettaville hyvinvoinnin digipoluille. Tyypin 2 diabetesta sairastaville potilaille on käytettävissä myös

elintapaohjausta tukeva digipolku. Potilaita voidaan tarvittaessa ohjata myös esimerkiksi ravitsemusterapeutin vastaanotolle, fysioterapeuttien toteuttamaan liikuntaneuvontaan tai kuntien liikuntapalveluihin.

Potilaalle annettava elintapaohjaus kirjataan rakenteisesti elintapaohjauksen- ja DM-käynti-kirjaamisohjeiden mukaisesti. Asianmukaisten otsikoiden käyttö turvaa laadukkaan raportointitiedon niin organisaation omissa raportointijärjestelmissä kuin valtakunnallisestikin. Rakenteisella kirjaamisella ja oikeilla toimenpidekoodien käytöllä on vaikutusta myös hyvinvointialueen rahoitukseen: hyvinvointialueiden valtionrahoituksen perusteissa huomioidaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin eli HYTE-kerroin. HYTE-kertoimen tarkasteltavina indikaattoreina ovat Diabetesosaamiskeskuksen osalta mm. elintapaneuvonnan toteutuminen tyyppin 2 diabetesriskissä oleville Käypä hoito -suosituksen mukaisesti, alkoholin riskikäytön tunnistaminen sekä toteutettu mini-interventio.

Elintapaohjauksen toteutumista seurataan organisaation omien raportointijärjestelmien kautta toimenpidekoodien ja odotettujen tulosten perusteella (esim. BMI, tupakointistatus).

Henkilöstön osaaminen varmistetaan sisäisellä koulutuksella (esim. alueelliset koulutuspäivät, täydennyskoulutukset, webinaarit), hoito- ja palveluketjuihin tutustumisella ja yleisellä perehdytyksellä. Mikäli havaitaan, ettei elintapaohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoidon ohjaus kuuluvat Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on tunnistaa potilaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus, kehottaa häntä lopettamaan tupakointi sekä auttaa ja kannustaa häntä vieroituksessa. Potilaan tupakoinnista ja nikotiinituotteiden käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä, ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Tupakoivan potilaan kanssa käydään tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa. Nikotiiniriippuvuuden mittarina käytetään Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä (HSI) ja vieroitusohjauksessa hyödynnetään motivoivaa keskustelua ja lyhytneuvonnan menetelmiä. Tupakointia lopettavalle potilaalle ohjataan nikotiinikorvaustuotteiden käyttö. Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoidonohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Organisaation raportointijärjestelmän kautta voidaan seurata päihteisiin, tupakkaan ja muuhun riskikäyttäytymiseen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen toteutumista kirjattujen toimenpidekoodien käytön perusteella.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen nikotiiniriippuvuuden arviointiin ja hoidon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella koulutuksella. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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.

Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on tunnistaa ja kartoittaa kaikkien seurannassa olevien potilaiden alkoholin käyttöä. Potilaan alkoholin käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä, ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Alkoholin riskikäyttöä kartoitetaan Audit-C-kyselyllä ja riskipisteiden ylittyttyä tarvittaessa Audit-kyselyllä. Vieroitusohjauksessa hyödynnetään motivoivaa keskustelua ja lyhytneuvonnan menetelmiä. Potilaalle annetaan tarvittaessa tietoa ja yhteydenotto-ohjeita myös jatkohoitoon. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mahdollinen mini-interventio kirjataan rakenteisesti

organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Organisaation raportointijärjestelmän kautta voidaan seurata alkoholin riskikäytön tunnistamisen ja mini-intervention toteutumista kirjattujen toimenpidekoodien käytön perusteella.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella kohdennetulla koulutuksella. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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.

Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on erityisesti tunnistaa seurannassa olevien potilaiden huumaavien aineiden ja muiden päihteiden käyttöä. Potilaan huumausaineiden ja muiden päihteiden käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Mikäli potilas tuo ilmi huumaavien aineiden käyttöä, hänet ohjataan jatkohoitoon. Potilaan luvalla voidaan ottaa yhteys mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoriin. Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden käytön tunnistaminen ja mahdollinen hoitoon ohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Organisaation raportointijärjestelmän kautta voidaan seurata päihteiden riskikäytön tunnistamisen toteutumista kirjattujen toimenpidekoodien käytön perusteella.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettävien aineiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä ja tarveperusteisella kohdennetulla koulutuksella. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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.

Rahapelaamisen tunnistaminen tai siihen vaikuttaminen ei ole Diabetesosaamiskeskuksen keskeistä toimintaa. Mikäli potilas tuo peliongelman ilmi vuosikäynnin tai muun kontaktin yhteydessä, tieto kirjataan potilastietojärjestelmään ja potilas ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon. Haitallisen rahapelaamisen tunnistaminen ja mahdollinen hoitoon ohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Ohjauksen toteutumista ei seurata systemaattisesti.

Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju peliongelman tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan: [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaaminen peliongelmiin tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen varmistetaan hoito- ja palveluketjuun perehtymisellä.

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.

Mielenterveyden haasteiden varhainen tunnistaminen, arviointi ja perustason tuki kuuluvat Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstön työtehtäviin. Diabetes on pitkäaikaissairaus joka voi jo itsessään kuormittaa mieltä ja voi vaarantaa mielen hyvinvointia aiheuttaen stressiä, unettomuutta, uupumusta, ahdistusta ja masennusta. Mielenterveyden haasteet voivat myös vaikuttaa diabeteksen omahoidon toteutumiseen. Potilaan mielenterveyden tukemisessa voidaan hyödyntää erilaisia nettivalmennuksia (esim. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmat). Jokaisessa Siun soten alueen kunnassa on mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoava yksikkö, minne potilas ohjataan jatkohoitoon, mikäli perustason keskusteluapu ei ole riittävä. Potilaalle annettava ohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Ohjauksen toteutumista ei seurata systemaattisesti.

Henkilöstön osaamista mielenterveyden haasteiden tunnistamiseen sekä perustason tukemiseen ja keskusteluun vahvistetaan tarveperusteisella koulutuksella. Henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi on käytettävissä myös verkko-opintoja. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Itsemurhien ehkäisy

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

Diabetesosaamiskeskuksen henkilöstö havainnoi potilaan mielialaa vastaanottokäyntien ja puhelinkontaktien yhteydessä. Mikäli potilas tuo vastaanottokäynnin tai puhelinkontaktin yhteydessä esille itsetuhoisia ajatuksia, ohjataan hänet jatkohoitoon. Itsemurhavaarassa olevan henkilön tunnistamisen ja arvioinnin tukena voidaan käyttää Beck Depression Inventory -masennuskyselyä (BDI). Henkilöstöllä on konsultointimahdollisuus psykiatrian tehostetun avohoidon yksikköön. Kirjaukset keskustelusta ja kyselyn tuloksista kirjataan potilastietojärjestelmään. Jokaisessa Siun soten alueen kunnassa on mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoava yksikkö, minne itsemurhavaarassa oleva potilas ohjataan jatkohoitoon. Akuutit psyykkiset oireet (itsetuhoisuus, psykoottisuus) vaativat päivystyksellistä hoidontarpeen arviota. Näissä tilanteissa potilas ohjataan Siun soten päivystyksellisiin palveluihin. Potilaalle annettava ohjaus sekä mahdolliseen jatkohoitoon ohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Diabetesosaamiskeskuksessa ohjauksen toteutusta ei seurata systemaattisesti.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan organisaation sisäisillä koulutuksilla. Henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi on käytettävissä myös verkko-opintoja (esim. Itsemurhien ehkäisy – verkkokoulu). Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta.

Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kaikkien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja arjen turvallisuutta edistävää

työtä. Hyvinvointialue ja kunnat vastaavat omalla toimialallaan lähisuhdeväkivallan suunnitelmallisesta ehkäisemisestä.

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

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

Potilaan kohtaaman väkivallan tunnistamisen keinona Diabetesosaamiskeskuksessa on ensisijaisesti keskustelu ja havainnointi. Mikäli potilaan hoitokäyntien aikana tulee esiin että potilas olisi kohdannut väkivaltaa, toimitaan potilaan toivomalla tavalla. Jos potilas haluaa asiaan puututtavan, voidaan pyytää moniammatillinen riskinarvioinnin kokous (MARAK) Sosiaali- ja kriisipäivystyksen kautta. Toimintamallin tarkoituksena on ehkäistä väkivallan uusiutumista ja saattaa uhri eri tahoilta tarvitsemansa avun piiriin yhdellä ilmoituksella. Iäkkäiden potilaiden kohdalla tehdään tarvittaessa huoli-ilmoitus sosiaalipalveluihin. Potilaalle annettava ohjaus kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Diabetesosaamiskeskuksessa ohjauksen toteumista ei seurata. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan yksikössä henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisellä koulutuksella. Lisäksi henkilöstön osaamisen varmistamiseksi on tarjolla verkkokoulutusta (esim. Puutu väkivaltaan verkkokoulutus – THL) ja organisaation alueelliset koulutus- ja seminaaripäivät.

Potilaiden kohtaaman väkivallan tunnistaminen ja mahdolliset jatkotoimenpiteet kirjataan rakenteisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Ohjauksen toteumista ei seurata systemaattisesti. Mikäli havaitaan, ettei ohjaus toteudu yksikössä suunnitelmallisesti, tehostetaan henkilöstön sisäistä koulutusta ja perehdytystä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajakaulu
Turvallisuussuunnitelmien jalkauttaminen henkilöstölle	Suunnitellaan vuosikelloon turvallisuus toimintaohjeiden läpikäynti.	Jatketaan turvallisuussuunnitelmien ja ohjeistusten läpikäyntiä ja varmistetaan, että terveysasemien toimintamallit on työntekijöillä tiedossa
Digitaalisten laitepassien käyttöönotto	Laitepassit	Jatketaan laitepassien suorituksia

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).

Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esimerkiksi vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, lääkkeet ja rokotteet), muistutukset, kantelut ja potilavahingot – raportointitietoa, asiakas/potilaspalautetietoa.

Diabetesosaamiskeskukseen lähiesihenkilöt vastaavat omaavontasuunnitelman toteutumisen seurannasta. Omaavontasuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa ja aina muutosten yhteydessä. Diabetesosaamiskeskukseen esihenkilöt varmistavat, että henkilöstöllä on tiedossa omaavontasuunnitelmaan tehdyt muutokset ja päivitykset. Nämä käydään läpi moniammatillisissa tiimipalaverissa. Henkilöstöltä vaaditaan lukukuittaukset omaavontasuunnitelman perehtymisestä.

13.2 Omaavontasuunnitelman hyväksyminen

Omaavontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omaavontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAXW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

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

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

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa):
<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db6b1%2D66f99a41df45> (linkki)

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

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

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

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8o_iBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449 (linkki)

Terveysthuoltolaki (1326/2010):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqk_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveysthuojelulaki (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%2Fflaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

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

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Valviran määräys omaavontasuunnitelman sisällöstä:

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

Viestit – Suomi.fi:

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