

# Omavalvontasuunnitelma

**Palveluyksikkö**  
Fysiatrian osaamiskeskus  
**Versio**  
1.0  
**Hyväksytty**  
28.3.2025



## Sisällysluettelo

VERSIOHISTORIA .....	2
1. JOHDANTO.....	4
2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN .....	5
3. PALVELUTUOTTAJAA JA PALVELUYKSIKÖÄ SEKÄ TOIMINTAA  KOSKEVAT TIEDOT .....	6
3.1. Palveluntuottajan perustiedot .....	6
3.2. Palveluyksikkö ja palvelupiste .....	6
3.3. Palveluyksikön toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	7
4. ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS .....	8
4.1. Palveluiden laadulliset edellytykset .....	8
4.2. Vastuu palvelujen laadusta .....	8
4.3. Vastuu palvelujen laadusta .....	11
4.4. Muistutukset ja kantelut.....	14
4.5. Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja .....	14
4.6. Lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon toteutuminen .....	15
4.7. Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi.....	16
4.8. Toimitilat ja toimintaympäristö .....	17
4.9. Lääkinnälliset laitteet ja välineet.....	20
4.10. Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö.....	22
4.11. Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen .....	24
5. HENKILÖSTÖ .....	25
5.1. Henkilöstön määrä, rakenne ja ammattien harjoittamisen edellytykset ja valvonta .....	25
5.2. Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta.....	26
6. OMAVALVONNAN RISKIEN TUNNISTAMINEN JA HALLINTA .....	28
6.1. Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen.....	28
6.2. Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely .....	28
6.3. Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen.....	31
6.4. Ostopalvelut ja alihankinta .....	31
6.5. Valmius- ja jatkuvuudenhallinta.....	32
7. OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN.....	33
7.1. Toimeenpano .....	33
7.2. Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen.....	33
8. SUUNNITELMAN HYVÄKSYMINEN .....	34

# 1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain (741/2023) 27 §:n mukaan omavalvontasuunnitelma tulee laatia kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköissä. Palveluyksiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista ja hallinnollisesti järjestettyä kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluita. Valvira on antanut määräyksen 8.5.2024 omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laadimisesta ja seurannasta.

Omavalvonnalla tarkoitetaan palveluiden tuottamiseen kuuluvaa ennakoivaa, toiminnanaikaista ja jälkikäteistä laadun- ja riskienhallinta, jolla osaltaan varmistetaan asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja hoivakäytäntöihin. Omavalvonnan tavoitteena on ehkäistä palvelutoiminnassa ilmeneviä epäkohtia ja korjata puutteita.

Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan palveluyksiköittäin laadittavaa asiakirjaa, jossa kuvataan asiakkaille tai potilaille tuotettavat palvelut, toiminnan keskeiset riskit sekä miten palveluntuottaja ja henkilöstö valvovat palveluyksikköä, yksikön toimintaa, henkilöstön riittävyyttä sekä palvelujen laatua ja asiakas- ja potilasturvallisuutta. Omavalvontasuunnitelmaan on sisällytettävä kuvaus lääkehoitosuunnitelmista sekä vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettelyistä. Omavalvontasuunnitelman sisältö ja laajuus määräytyvät palveluyksikön tuottamien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan. Omavalvontasuunnitelman on katettava palveluyksikössä tuotetut palvelut, mukaan lukien palveluntuottajan omana toimintana tuotetut palvelut, palveluntuottajan ostopalveluna ja alihankintana hankkimat palvelut ja palvelusetelillä tuotetut palvelut. Siinä on kuvattava, miten palveluntuottaja konkreettisesti käsittelee palveluyksikköä koskevat omavalvonnalliset asiat.

Omavalvontasuunnitelmat laaditaan toimialueiden palveluyksiköihin. Toimialuejohtajat määrittelevät toimialueen palveluyksiköt. Palveluyksikkö on hallinnollinen ja toiminnallinen kokonaisuus, se ei ole sidottu välttämättä fyysisiin toimitiloihin. Palveluyksiköllä tarkoitetaan palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista ja hallinnollisesti järjestettyä kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja. Palveluyksikölle merkitään palveluyksikön palvelupisteiden tiedot. Palvelupisteellä tarkoitetaan tosiasiallista paikkaa, jossa palveluyksikköön palveluja tuotetaan asiakkaille tai potilaille. Vastuu omavalvontasuunnitelman laadinnasta on toimialuejohtajan määrittämällä työntekijällä ja suunnitelma tulee laatia yhdessä henkilöstön kanssa. Toimialue- ja tehtäväalajohtajat vastaavat hallintosäännön mukaan oman toimialueensa omavalvonnasta.

Toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluu vastuu palvelujen turvallisuudesta ja laadusta. Omavalvontasuunnitelmaan on nimettävä vastuuhenkilö tai useampia vastuuhenkilöitä. Vastuuhenkilön nimeämisessä on huomioitava, että vastuuhenkilön on kyettävä tosiasiallisesti johtamaan ja valvomaan toimintaa ja sitä, että palvelut täyttävät niille säädettyt edellytykset. Vastuuhenkilön tehtävät voivat edellyttää fyysistä läsnäoloa tai mahdollisuutta päästä paikan päälle lyhyellä varoitusajalla.

Omavalvontasuunnitelma tulee laatia yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Työntekijän omavalvonta koskee jokaista yksittäistä ammattihenkilöä, se on lakisääteinen tehtävä ja työntekijän eettinen velvollisuus on toimia turvallisesti.

Palveluyksikön omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja muutettaessa on huomioitava palveluyksikön palveluja saavilta asiakailta ja potilailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluyksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävä palaute.

Palveluyksiköt seuraavat omavalvontasuunnitelmissaan kuvattua toiminnan toteutumista ja laativat seurannasta ja sen perusteella tehtävistä korjaavista toimenpiteistä raportin, joka julkaistaan neljän kuukauden välein. Omavalvontasuunnitelmat ja seurantaraportit tulee laatia sähköisesti ja ne ovat palveluyksiköissä julkisesti nähtävillä, asiakkaiden saatavilla ja ne julkaistaan Pohteen verkkosivulla [www.pohde.fi](http://www.pohde.fi). Palveluyksiköt päivittävät toiminnassa tapahtuneet muutokset omavalvontasuunnitelmiinsa niin, että ne ovat aina ajan tasalla.

Omavalvontasuunnitelma perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja Valviran määräykseen omavalvontasuunnitelmasta (2024V/42106/2023).

Omavalvontasuunnitelma on arjen työkalu, joka ohjaa palveluyksikön henkilöstön käytännön työtä ja toimintaa. Palveluyksikön henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista.

Oma- ja palvelusuunnitelmat liitetään osaksi oma- ja palvelusuunnitelmaa. Oma- ja palvelusuunnitelmia ohjaavat Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen palvelustrategia, sosiaali- ja terveystalouden järjestämissuunnitelma sekä vuosittaiset talousarviot.

Ohjaavaan tekstiosuuteen on avattu kunkin sisällyskohdan osalta niitä asioita, joita kyseisessä kohdassa tulisi kuvata. Lomakkeen laatimisen jälkeen ohjaavat kysymykset ja / tai tekstit tulee poistaa valmiista versiosta.

## 2. OMA- JA PALVELUSUUNNITELMAN LAATIMINEN

Jokaisen palveluyksikön tulee laatia oma- ja palvelusuunnitelma ja suunnitelman hyväksyy toimialuejohtaja. Suunnitelma tulee tehdä ja julkaista sähköisesti ja se tulee olla asiakkaiden/potilaiden helposti saatavilla. Ajantasainen oma- ja palvelusuunnitelma on oltava palveluyksikön henkilöstön tiedossa ja saatavilla kaiken aikaa. Oma- ja palvelusuunnitelman muutokset on tiedotettava henkilöstölle.

Palveluyksikön oma- ja palvelusuunnitelman käytännön toteuttamisessa ja sen onnistumisessa asiakas- ja potilastyössä on oleellista henkilöstön sitoutuminen oma- ja palvelusuunnitelmaan sekä henkilöstön ymmärrys ja näkemys oma- ja palvelusuunnitelman merkityksestä, tarkoituksesta ja tavoitteista.

Oma- ja palvelusuunnitelman päivittämisessä ja julkaisemisessa on huomioitava palveluissa, niiden laadussa ja asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset.

Vastuu oma- ja palvelusuunnitelman laadinnasta on toimialuejohtajan määrittämällä työntekijällä ja suunnitelma tulee laatia yhdessä henkilöstön kanssa. Toimialue- ja tehtävälajajohtajat vastaavat hallintosäännön mukaan oman toimialueensa oma- ja palvelusuunnitelman laadinnasta.

---

Oma- ja palvelusuunnitelman laadinnasta vastaavat palvelualuejohtaja Paula Mikkonen, vastuuyksikköpäälliköt Pauliina Putila, Tiia Sääntti, Kristiina Hänninen ja Jukka Pätsi sekä hoitotyön johtaja Katri Korolainen. Työyhteisön jäsenet osallistuvat osaltaan oma- ja palvelusuunnitelman laadintaan.

Oma- ja palvelusuunnitelma käydään läpi yksiköiden henkilöstökokouksissa ja palvelualueen työpaikka- /henkilöstökokouksessa. Henkilöstön, asiakkaiden ja omaisten antaman palautteen pohjalta suunnitelmaa tarkastetaan säännöllisesti. Oma- ja palvelusuunnitelma on osa uuden työntekijän perehdytysuunnitelmaa.

---

Oma- ja palvelusuunnitelma tarkistetaan palvelualueittain ja päivitetään vuosittain helmikuun loppuun mennessä ja aina kun palveluissa, niiden laadussa ja asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuu muutoksia.

Oma- ja palvelusuunnitelman seurannasta ja päivittämisestä vastaavat vastuuyksikköpäälliköt, palvelualuejohtaja ja hoitotyön johtaja, joilla on muokkausoikeudet. Henkilöstö vastaa omalla toiminnallaan oma- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta ja tuo esiin kehittämiskohteita. Palvelualuejohtaja laatii seurantaraportin neljän kuukauden välein. Ennen päivitysten julkaisua muutokset käydään läpi suppeassa johtoryhmässä ja hyväksytetään toimialuejohtajalla. Johdon sihteeri kirjaa versiohistorian, julkaisee www-sivulla ja arkistoi.

Oma- ja palvelusuunnitelman päivitetty muutokset käydään läpi yksiköiden henkilöstökokouksissa, palvelualueen työpaikkakokouksessa sekä laajassa johtoryhmässä.

Oma- ja palvelusuunnitelma ja seurantaraportit ovat julkisesti nähtävillä yksiköiden omissa palvelupisteissä (Kuntoutuksen poliklinikat ja Raahen kipupkl) ilmoitustaululla ja verkkosivuilla.

---

### 3. PALVELUTUOTTAJAA JA PALVELUYKSIKÖÄ SEKÄ TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

#### 3.1. Palveluntuottajan perustiedot

**Palveluntuottaja:** Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue  
**Y-tunnus:** 322132-2  
**Postiosoite:** PL 10, 90029 POHDE  
**Sähköpostiosoite:** [kirjaamo@pohde.fi](mailto:kirjaamo@pohde.fi)

#### 3.2. Palveluyksikkö ja palvelupiste

Kirjaa alla pyydytetyt tiedot palveluyksiköstä sekä kaikkien palvelupisteiden nimet omavalvontasuunnitelmaan ja palvelupisteiden yhteystiedot liitteeseen 1.

Toimiala
<b>Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kuntoutus</b>
Palvelualue
Kuntoutuksen toimialue/ Fysiatrian osaamiskeskus
Vastuualue
Kuntoutuksen toimialue/ Fysiatrian osaamiskeskus
Palveluyksikkö
1. Kuntoutuksen poliklinikat
2. Raahen kipupoliklinikka
3. Lasten ja sisätautien kuntoutus
4. Kirurgian kuntoutus
Palveluyksikön yhteystiedot
PL 10 90029 Oys
Vastuuhenkilö(t)
Palvelualuejohtaja Paula Mikkonen
Vastuuhenkilön yhteystiedot
paula.mikkonen@pohde.fi; 0407318665
Kunnat, joiden alueella palvelua tuotetaan
Oulu (Oys), Raahen (Raahen kipupkl)
Palvelupisteet
1. Kuntoutuksen poliklinikat (Fysiatrian pkl, Kipupkl, Kuntoutustutkimuspkl, Aivovammapkl, Spastisiteettipkl, Ajo-terveyspkl), Aapistie 7A, 90220 Oulu
2. Raahen aluesairaala/Kipupkl, Rantakatu 4 PL 25 92101 Raahen
3. Lasten ja sisätautien kuntoutus: Oys PL 10, 90029 Oys
4. Kirurgian kuntoutus: Oys PL 10, 90029 Oys

**Palveluyksikön:**

Omavalvontasuunnitelman laadinnasta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastuuhenkilön nimi:

Fysiatrian palvelualuejohtaja Paula Mikkonen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy:

Kuntoutuksen toimialuejohtaja Kaj Sundqvist

Muistutuksien ja kanteluiden käsittelystä vastuuhenkilön / -henkilöiden nimet:

Paj Paula Mikkonen (sij. Paj Anne Saari), Taj Kaj Sundqvist (useita palvelualueita koskeva muistutus)

Lääkehoitosuunnitelman laadinnasta vastuuhenkilön nimi:

Vyp Jukka Pätsi, Aoh Merja Hirsikorpi

Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta vastuuhenkilön nimi:

Vyp Jukka Pätsi, Aoh Merja Hirsikorpi

Sosiaalihuollon palveluasumisen yksikön rajatun lääkevaraston vastuuhenkilön nimi:

-

Yksikkökohtaiset laitevastaavien nimet:

Kirurgian kuntoutus: Minna Kinnula, Niko-Ossi Hintsala, Tapio Ervasti; Lasten ja sisätautien kuntoutus:aoh Helena Sukanen, ft Kati Määttä, tt Matti Vedenoja; Raahen kipupkl: sh Petra Tiittanen; Kuntoutuksen poliklinikat: Merja Kirsikorpi, Lotta Ahmala, Pekka Hautasaari

Tietoturvasuunnitelman toteutumisesta vastuuhenkilön nimi:

Paj Paula Mikkonen, Pohde Tietoturvapäällikkö Anssi Huhtala

Asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastuuhenkilön nimi:

Paj Paula Mikkonen, Pohde Tietosuojavastaava Kaisa Mutenia

Riskienhallinnasta vastuuhenkilön nimi:

Paj Paula Mikkonen, Pohde Sisäisen tarkastuksen päällikkö Atte Karjalainen

Valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastuuhenkilön nimi:

Valmiuspäällikkö Mika Orrensuu, Taj Kaj Sundqvist, Paj Paula Mikkonen

### 3.3. Palveluyksikön toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Toimialan toimintaperiaatteet perustuvat Pohteen hyvinvointialueen palvelustrategiaan, jonka mukaan hyvinvointi, terveys ja turvallisuus syntyvät yhdessä tekemällä. Strategiatavoitteet on asetettu vuoteen 2030. Yhteisten arvojen mukaisesti näemme ihmisen, kohtaamme ammattitaidolla ja olemme edelläkävijöinä vaikuttavuudessa. Toiminta perustuu järjestämissuunnitelmaan ja talousarvioon, jotka luovat yhteisen toiminnan raamit yhdessä lainsäädännön kanssa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021), Laki hyvinvointialueesta (611/2021)). Tuemme Kuntoutuspalveluissa asiakkaittemme yksilöllistä kuntoutumismatkaa hyvään arkeen. Yhdistämme moniammatillisen osaamisen, viimeisimmän tutkimustiedon ja uusimman teknologian. Tavoitteet asetamme kuntoutujaa kuunnellen.

Lasten ja sisätautien ja kirurgian kuntoutus tuottavat fysio-, toiminta- ja jalkaterapiapalveluita Oysin osastoille ja poliklinikoille (lukuunottamatta psykiatriaa) läsnä- ja etäpalveluina arkin klo 8-18 ja lauantaisin sekä tarvittaessa arkipyhinä klo 8-16. Kuntoutuksen poliklinikat ja Raahen kipupoliklinikka tuottavat polikliinista vastaanotto- ja tutkimuspalvelua läsnä- ja etäpalveluna sekä polikliinista kuntoutusta läsnä- ja etäpalveluna virka-aikaan.

Lasten ja sisätautien sekä kirurgian kuntoutuksessa palveluja tuotetaan kaikenikäisille erikoissairaanhoidon eri erikoisalojen potilaille, pois lukien psykiatristen hoitoyksiköiden potilaat. Palveluja tuotetaan sekä osastohoidossa oleville että avohoitokäyntien potilaille.

Kuntoutuksen poliklinikan ja Raahen kipupoliklinikan palvelujen asiakkaat koostuvat pääasiassa yli 16-vuotiaista nuorista ja aikuisista, joilla on erikoissairaanhoidon tason tutkimusten, kuntoutuksen tai kuntoutussuunnittelun tarvetta. Yleisimmin potilailla on tuki- ja liikuntaelimestön oireita, pitkittynyt kipu, työkyvyn ongelmien vuoksi kuntoutustutkimuksen tarve, aivovamman jälkitilan tai neurologisen sairauden kuntoutuksen tai vaativaan ajokyvyn arvion tarve.

## 4. ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS

Asiakas ja potilasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon ja palvelujen turvallisuus, ja suojataan asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta. Asiakas- ja potilasturvallisuustyön kokonaisuus muodostuu turvallisuusriskien tunnistamisesta, ennakoinnasta riskienhallinnasta sekä turvallisuutta varmistavista menetelmistä. Kokonaisuuteen kuuluu olennaisesti myös tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä sekä toimivasta tiedonkulusta huolehtiminen. Henkilökunnan osaaminen sekä sen varmistaminen ja kehittäminen ovat ensiarvoisen tärkeää asiakas- ja potilasturvallisen ja laadukkaan palvelun varmistamiseksi. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadun varmistaminen ja edistäminen ovat moniammatillista toimintaa, joka kuuluu jokaisen työntekijän vastuulle tehtäväröölinsä mukaisesti.

### 4.1. Palveluiden laadulliset edellytykset

Mitkä ovat palveluntuottajan palveluyksikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat, mukaan lukien palvelunarvioinnissa käytössä olevat laadunhallinnan työkalut ja mittarit, sekä miten palveluiden laatu varmistetaan?

---

Toiminnassa otetaan huomioon erityislainsäädännön palveluille asettamat laatuvaatimukset (YK:n vammaisoppius, Terveydenhuoltolaki (1326/2010), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003), Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987), Sairausvakuutuslaki (1224/2004), työtaturma- ja ammattitautilaki (459/2015), Laki työterveys- huollosta (1301/2014)).

Haipro-järjestelmällä seurataan potilas- ja työturvallisuutta sekä työympäristön mahdollisia riskihavaintoja. Työntekijät voivat tehdä ilmoitukset sisäisten verkkosivujen kautta ohjelmaan. Myös potilaat/omaiset voivat tehdä ilmoituksia potilas- tai asiakasturvallisuuden vaarantumisesta Pohteen nettisivun vaaratapahtumailmoituskanavan kautta. Ilmoituksia seurataan, raportoidaan, syitä analysoidaan ja korjaavia toimia suunnitellaan jatkuvana prosessina Pohteen ohjeiden mukaan. Pohteella on työntekijöilleen myös väärinkäytösten ilmoituskanava, johon voi tehdä esim. toimintaan tai henkilöihin liittyviä ilmoituksia. Mahdollisesta tietosuojasääntelyn rikkomisen epäilystä työntekijä tekee itsepalveluportaaliin ilmoituksen. Jos työntekijä epäilee tietoturvaloukkausta tai vastaavaa, hän soittaa IsteKin palvelunumeroon (akuutit tilanteet) tai tekee itsepalveluportaaliin ilmoituksen. Mahdollisista poikkeamista työntekijä ilmoittaa aina myös esihenkilölleen tai muulle toiminnasta vastaavalle henkilölle.

Asiakastyytyväisyyttä ja palautetta seurataan useiden eri ilmoittamiskanavien kautta. Asiakkaiden ja omaisten tekemiä muistutuksia ja valituksia seurataan. Palautetta ja kehittämissuhteita kerätään asiakkaiden lisäksi yksiköiltä, joille palveluja annetaan, yhteistyötahoilta, opiskelijoilta, työntekijöiltä ja lähteviltä työntekijöiltä.

Lähetemääriä, lähetteen käsittelynopeutta, hoitopääsyn nopeutta, hoitonojoja ja resurssien riittävyyttä seurataan, jotta voidaan tarvittaessa tehdä korjaavia toimenpiteitä. Tavoitteena on sekä lähetekäsittelyssä että vastaanotto toiminnassa pysyä erikoissairaanhoidon hoitotakuussa.

Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden suunnitelmallisella perehdytyksellä ja kokeneemman työntekijän antamalla ohjauksella turvataan hoidon tasalaatuisuutta. Koulutuksen suunnittelulla varmistetaan henkilökunnan riittävä osaaminen ja ennakoitaan tulevia tarpeita. Toiminnan riskien analyysiä tehdään paitsi hallinnon tasolla, myös toimintayksiköissä ja palvelupisteissä. Tavoitteena on turvata riittävän toiminnan jatkuvuus myös poikkeustilanteissa. Poikkeustilanteita varten on laadittu yksilöityjä ohjeita.

Palvelualueella noudatetaan kuntoutustyössä yleisesti hyväksytyjä periaatteita potilaan kohtaamisesta, toimintakykyä arvioidaan ja kirjaukset tehdään ICF-pohjaisesti (WHO:n julkaisema toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa asetetaan omahoidon tavoitteet.

---

### 4.2. Vastuu palvelujen laadusta

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosäännössä määritellään hyvinvointialueen johtamisjärjestelmä,



toimielimet sekä tehtävien ja toimivallan jako eri toimielinten välillä. Hallintosäännössä annetaan määräyksiä hallinnon ja toiminnan järjestämiseen liittyvistä asioista ja määritellään hyvinvointialueen toimielin- ja viranhaltijarakenne sekä niiden väliset toimivalta- ja vastuusuhteet.

---

Kuvaus: Miten palveluyksikön vastuuhenkilö(t) käytännössä johtavat vastuulleen kuuluvaa palvelutoimintaa ja valvovat, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset koko sen ajan, kun palveluja toteutetaan?

Palvelualuejohtajan lisäksi yksikön johtamisesta vastaavat neljä vastuuyksikköpäällikköä. Heistä kaksi työskentelee kuntoutuksen poliklinikoilla. Toinen heistä on lääkäreiden esihenkilönä (myös Raahen kipupolin lääkäriin) ja toinen muun henkilökunnan esihenkilönä. Päivittäisen toiminnan organisointiin osallistuu lisäksi apulaisosastonhoitaja. Lasten ja sisätautien kuntoutuksessa työskentelee yksi vastuuyksikköpäällikkö apunaan apulaisosastonhoitaja. Kirurgian kuntoutuksen henkilöstömäärä on yksiköistä suurin ja vastuuyksikköpäällikön ohella työskentelee kaksi apulaisosastonhoitajaa. Sijaiset määrätään viranhaltijapäätöksin. Toiminnan jatkuvuus esim. lomien tai muiden poissaolojen aikana turvataan siten, että esihenkilöt siirtävät eri ohjelmistoissa tehtävänsä sijaisilleen.

Kaikissa palvelupisteissä on säännölliset tiimi- ja osastokokoukset ja palvelualueella sekä toimialueella on säännölliset työpaikkakokoukset. Palvelualuejohtaja kutsuu säännöllisesti vastuuyksikköpäälliköt, talouden kotrollerin ja hoitotyön johtajan kokoukseen, jossa seurataan yksikön toimintaa, taloutta ja ajankohtaisia asioita. Tämän lisäksi säännöllisesti noin kerran kuukaudessa kokoontaan koulutuksien suunnittelua varten. Koko toimialueen vastuuyksikköpäälliköt ja ylempi johto kokoontuvat noin kerran kuukaudessa viranhaltijalaveriin. Toimialuejohtaja, hoitotyön johtaja ja palvelualuejohtajat muodostavat valmistelevan johtoryhmän, joka kokoontuu säännöllisesti edistämään hallintoon liittyviä tehtäviä ja päätöksiä. Organisaatiossa määritelty laaja johtoryhmä kokoontuu noin kerran kuukaudessa ja siinä ovat mukana henkilöstön edustajat ja luottamushenkilöitä.

Käytössä olevien digihoitopolkujen omavalvontaa varten on oma erillinen strukturoitu katselmointi käyttöönottovaiheessa, ylläpitovaiheeseen siirryttäessä ja vähintään vuosittain ylläpitoon siirtymisen jälkeen. Digihoitopolun pääkäyttäjät kutsuu katselmoinnit koolle.

---

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaiden asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos on ilmentynyt epäasiallista kohtelua?

Yksikössä noudatetaan asiaan liittyviä lakeja, joita ovat Potilaslaki (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992), Terveystieteiden laki (1326/2010), Tietosuojalaki (1050/2018) ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023). Näihin perustuen potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja asianmukaiseen kohteluun. Hoidon tulee perustua yhteisymmärrykseen ja potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. Hoidon tulee toteutua asiakaslähtöisesti ja potilasta osallistaen. Yksikössä kunnioitetaan näitä periaatteita ja potilaita kohdellaan asianmukaisesti, kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti.

Huolellinen henkilökunnan valinta rekrytoinneissa, perehdytys, koulutus ja yhteiset toimintasäännöt varmistavat asiakkaiden asiallisen kohtelun. Henkilöstön on viipymättä ilmoitettava esihenkilölleen, jos he havaitsevat epäkohdan tai sen uhan toiminnassa. Palautetta asiakaskokemuksesta kerätään potilailta ja heidän läheisiltään (Roidu, intran asiakaspalaute, paperinen asiakaspalaute, suora palaute esihenkilöille tai työntekijöille). Tarvittaessa potilas ohjataan ottamaan yhteyttä potilas- ja sosiaaliasiavastaavaan. Saatua palautetta ja mahdollisia kehittämistarpeita arvioidaan säännöllisesti yksikköjen ja palvelualueen kokouksissa ja suunnitellaan korjaavia toimenpiteitä tarvittaessa. Potilas voi halutessaan tehdä kohtelustaan muistutuksen tai valituksen, johon pyydetään työntekijän selvitys ja esihenkilön vastaus sisältäen myös suunnitellut tai tehdyt toimenpiteet tapahtuneesta. Jos poikkeamia todetaan, työntekijää/työntekijöitä kuullaan tapahtumasta ja vakavissa tapauksissa tarvittaessa edetään työnjohdollisiin toimenpiteisiin.

---

Kuvaus: Mitä asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisen työmenetelmiä, tarkistuslistoja, toimintatapoja, riskin arviointimenetelmiä ja käytänteitä palveluyksikössä on käytössä?

Potilaat ilmoittautuvat Akseli-järjestelmällä ja tarvittaessa henkilöllisyys varmistetaan hoitokontaktissa henkilöllisyystodistuksella tai henkilötunnuksella. Sairaalan alueella ja tiloissa liikkumista ohjataan kutsukirjeen tiedoin ja sairaalan opastein. Hoito- ja kuntoutustilanteissa varmistetaan asiakkaan turvallisuus ohjeilla ja seurannalla. Sekä potilas että työntekijät voivat tehdä ns. Haipro- ilmoituksen läheltä piti tilanteista, haittatapahtumista tai kehittämishuomioista näihin liittyen. Seuraavassa esitetään muutama esimerkki hoidon turvallisuutta lisäävistä toimintatavoista: Spastisiteettipoliklinikalla on käytössä kaksinkertainen annettujen lääkeannosten kirjaaminen, jossa sekä lääkäri että sairaanhoitaja tarkistavat ja merkitsevät ylös hoitoannokset. Kapsaisiinilaastarihoitojen jälkeen asiakas jää tiloihin seurantaan, jotta mahdolliset haittavaikutukset saadaan hoidettua. Kipupoliklinikalla hyödynnetään TerveyskyläPro-sivuston opioidiopasta (Opioidien käyttö pitkäaikaisen kivun hoidossa) sekä opioidipuntaria, jos harkitaan vahvojen opiaattihoitojen aloittamista asiakkaalle.

---

Kuvaus: Miten asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa käsitellään asiakkaan kokema epäasiallinen kohtelu, haittatapahtuma tai vaaratilanne?

Asiakas/omainen voi ilmoittaa epäasiallisesta kohtelusta, haittatapahtumista tai vaaratilanteista suoraan henkilökunnalle/esihenkilölle, tehdä kirjallisen ilmoituksen tai ilmoittaa asiasta Pohteen verkkosivujen vaaratapahtumien ilmoituskaavakkeella. Asiakas/läheinen voi olla myös yhteydessä potilas- ja sosiaaliasiavastaavaan, joka antaa ohjeita poikkeustilanteissa toimimiseen. Hän voi myös antaa palautetta Roidulaitteella tai Pohteen palautekanavan kautta. Esihenkilöt aloittavat heti ilmoituksen saatuaan tilanteen selvittelyn (tarvittaessa keskustelevat asiakkaan kanssa lisätietojen saamiseksi) ja käynnistävät viiveettä korjaavat toimenpiteet sekä tiedottavat asiakkaalle/läheiselle toimenpiteistä.

---

Kuvaus: Miten hoitoon pääsyn tai lakisääteisten määräaikojen toteutumista seurataan ja raportoidaan? Kuvaus mahdollisten muiden lakisääteisten määräaikojen seuraamisesta ja raportoisesta. Miten tarvittavat korjaavat toimenpiteet toimeenpannaan?

Läheteeseen perustuvat hoitosuunnitelman sisältämät ajat annetaan hoitotakuussa joko kolmen viikon tai kolmen kuukauden sisällä läheteen saapumisesta sen mukaan, mikä kiireellisyysluokituksella on määritelty. Päivystyslähetteitä ei yksikköön tule. Hoitotakuun mukaisesti läheteet käsitellään 21 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta. Hoitotakuuseen liittyviä tavoiteaikoja seurataan ja raportoidaan mm. osavuositarkastuksissa ja toimintakertomuksissa. Kuntoutuksen poliklinikoilla ja Raahen kipupoliklinikalla on myös omaa toiminnanohjauksen seuranta vähintään kuusi kertaa vuodessa, jolloin seurataan hoitotakuussa pysymistä ja suunnitellaan tarvittaessa korjaavia toimia. Näihin kokouksiin osallistuu henkilökuntaa moniammatillisesti esihenkilöiden, vastuulääkäreiden ja sihteerien lisäksi siten, että kaikki polikliiniset toiminnot tulevat katetuksi. Seuranta kirjataan yhteisesti jaettavaan tiedostoon, johon kaikilla poliklinikan työntekijöillä on pääsy.

---

Kuvaus: Miten palveluyksikössä huolehditaan henkilöstön riittävä perehdyttäminen palveluiden myöntämisen perusteisiin ja yhtenäisiin toimintatapoihin.

Asiaa on kuvattu kohdassa 4.1. Tämän lisäksi jokaiselle uudelle työntekijälle suunnitellaan oma perehdytysohjelma, joka toteutuu moniammatillisesti kaikki toiminnan osat huomioiden. Työntekijöillä on myöhemminkin mahdollisuus konsultoida kokeneempia ja varmistaa toimintalinjaansa. Yksiköissä on laadittu runsaasti toimintaohjeita, jotka löytyvät sisäisiltä verkkosivuilta.

---

Kuvaus: Miten asumispalveluissa varmistetaan asiakkaiden kiireetöntä sairaanhoitoa, suunhoitoa, ja kiireellistä sairaanhoitoa sekä äkillistä kuolemantapausta koskevien ohjeiden noudattaminen?

Yksikössä ei ole asumispalvelua.

---

Kuvaus: Miten pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyttä edistetään ja seurataan? Kuka palveluyksikössä vastaa asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidosta?

Poliklinikka-asiakkaiden terveydenhuolto toteutuu omassa terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa ja he asioivat erikoissairanhoidossa vain konsultaatiossa. Osastohoidossa olevien potilaiden kokonaishoidon vastuu on niissä yksiköissä, joille fysiatria antaa kuntoutuspalveluja. Palveluyksikössä hoitokontakteissa huomioidaan Pohteen sairaaloiden terveyden edistämisen suunnitelma ([www.pohde.fi](http://www.pohde.fi)) ja sen mukaisesti mahdollisuuksien mukaan huomioidaan pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisy (esim. diabetes). Asiakkaita ohjataan terveellisiin elämäntapoihin (tupakoinnin lopettaminen, päihdeongelmien tunnistaminen, terveellinen ravitsemus ja liikuntatottumukset). Liikunta- ja ravitsemusneuvonnasta kirjataan toimenpidekoodi, jota hyödynnetään ns. Hyte-kertoimen määrittämisessä.

---

---

Kuvaus: Miten ehkäisette asiakkaiden ja potilaiden sekä henkilöstön tapaturmia? mm. kaatumisien ja myrkytyksien ehkäisy, väkivallan ehkäisy, ergonomian varmistaminen

Asiakas- ja työturvallisuutta varmistetaan ennakkoinnilla eli kouluttamisella, ohjeilla, riittävällä resurssoinnilla ja asiakkaiden ohjaamisella. Riskikartoituksissa ja työpaikkakäynneillä kartoitetaan kehittämistarpeita ja suunnitellaan korjaavia toimia ja seuranta. Henkilökuntaa kannustetaan tekemään Hai-pro-ilmoituksia myös läheltä piti- tilanteista, jotta ennaltaehkäisyä voidaan suunnitella. Yksikkö hyödyntää Pohteen ohjeita väkivallan ehkäisemiseksi. Hälytysjärjestelmällä henkilökunta voi pyytää paikalle työtoverin tai vartijan. Vartija pyydetään harkinnan mukaan myös tarvittaessa jo ennakoiden toimitilaan. Osa tiloista on asiakkailta lukittu. Kaatumisten ehkäisemiseksi hyödynnetään Oysin kaatumisen ehkäisyn toimintamallia. Yksiköiden nimetyt vastuuhenkilöt varmistavat, että ohjeet tulevat arjessa aktiiviseen käyttöön. Ergonomian edistämiseksi osallistutaan esim. Ergokortti-koulutuksiin tarpeen mukaan.

---

Kuvaus: Mitä muita konkreettisia keinoja palveluyksikössä on varmistaa palvelujen asiakas- ja potilasturvallisuutta ja laatua?

Noudatetaan Pohteen asiakas- ja potilasturvallisuutta ohjaavia käsikirjoja ja dokumentteja.

---

### 4.3. Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta sekä laki potilaan asemasta ja oikeudesta ohjaavat Lapin hyvinvointialueen asiakkaiden ja potilaiden palvelun ja hoidon tuottamista. Lait määrittävät tason, joka tulee vähintään toteutua jokaisessa asiakas- ja potilastilanteessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tulee tarjota siten, ettei asiakaita ja potilaita aseteta eriarvoiseen asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai toimintakyvyn perusteella.

Asiakkailla ja potilailla on oikeus saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, hyvää sosiaalipalvelua sekä hyvää kohtelua. Asiakkaita ja potilaita on kohdeltava siten, että heidän vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä ihmisarvoa loukata. Heidän itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. Asiakkaiden ja potilaiden toivomukset, mielipiteet, heidän etunsa ja yksilölliset tarpeet sekä äidinkieli ja kulttuuritausta tulee ottaa huomioon hoitoa ja palvelua toteutettaessa. Asiakkailla ja potilailla on lisäksi oikeus saada itseään koskevia tietoja ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista.

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon? Mitkä ovat palveluyksikköne keskeiset palvelu- ja/tai hoitoprosessit ja ohjeistukset?

Lasten ja sisätautien kuntoutuksessa osallistutaan kiinteästi ja moniammatillisesti osaamiskeskusten, mm. gastrokirurgian, syöpä-, sisätauti- ja aistielinsairaiden potilaiden sekä neurologian, kirurgian, sisätauti-, syöpätautien- ja hematologian sekä tehohoidon lapsipotilaiden prosesseihin. Vastaavasti Kirurgian kuntoutuksessa osallistutaan osaamiskeskusten, mm. tukielin- ja traumakirurgisten, neurologisten, sydän- ja tehohoito potilaiden sekä päivystys-, reuma ja sisätautipotilaiden prosesseihin. Näissä sairaalassa toimivissa vastuuyksiköissä palvelupyynnöksi fysio-, toiminta- tai jalkaterapiasta tulee yksiköstä, jonka osastolla potilas on. Konsultaatiopyynnöksi terapeuteille tulee ensisijaisesti potilasvalintalistan erityistyöntekijäpyynnöllä tai potilasprosessiin on sovittu kuuluvan terapeutin ohjaus. Poliklinikoiden osalta toimitaan ajanvarauksella, jolloin ajanvaraus toimii palvelupyynnönä. Yksiköissä osallistutaan kiinteästi moniammatillisesti osaamiskeskusten eri prosesseihin, niiden kehittämiseen sekä digihoitopolkuihin. Yksiköissä on terapiatyön palvelukuvaukset ja terapiatyö kohdennetaan eri yksiköihin potilaiden tarpeiden mukaan oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti.

Kuntoutuksen poliklinikoille ja Raahen kipupoliklinikalle potilaat tulevat joko sairaalan sisäisillä tai ulkopuolelta tulevilla läheteillä. Läheteet käsitellään erikseen fysiatrille, kuntoutustutkimuspoliklinikalle, kipupoliklinikalle, aivovammapoliklinikalle, spastisiteettipoliklinikalle, ajoterveysarvion ja lantionpohjan fysioterapiaan. Yksiköissä on polikliinista tutkimusta, arviointia, hoitoa ja kuntoutusta eri ammattilaisten vastaanotoilla joko läsnä tai etänä. Moniammatillista ryhmäkuntoutusta on kipu- ja selkäpotilaille sekä läsnäolo- että etäkuntoutuksena. Poliklinikalla on oma digihoitopolku selkärühmäkuntoutukselle sekä yhdessä klinisen neurofysiologian kanssa digihoitopolku magneettistimulaatiohoidossa oleville kipupotilaille. Yksikössä on rTMS (sarjamagneettistimulaatio)-laitteisto, jolla annetaan ylläpitohoitoja tietyille ryhmälle kipupotilaita. Kävelyanalyysien tekemistä varten on erityinen tutkimuslaboratorio. Yksiköstä annetaan konsultaatiotukea soittoajoilla, läheteconsultaatiovastauksina, moniammatillisissa yhteistyöryhmissä ja monialaisesta kiputyöryhmästä. Poliklinikoilla on terapiatyön ja kuntoutusprosessien palvelukuvaukset.

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus, jotta hänellä on tosiasiallinen mahdollisuus osallistua palveluun koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen?

Lähetepotilailta kysytään jo esitietokaavakkeissa hänen tavoitteitaan/odotuksiaan tulossa olevasta hoidosta. Eri ammattilaisten vastaanottojen yhteydessä hänelle tarjotaan tietoa hänen hoitoonsa liittyen ja oleelliset asiat myös kirjataan potilaskertomukseen, jotta hän voi myös lukea asiat myöhemmin. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja häntä kuullen. Mahdolliset eriävät mielipiteet kirjataan keskustelun jälkeen potilaskertomukseen. Potilas näkee itseään koskevat kirjaukset Kanta-arkistosta, hänelle voidaan lähettää paperinen epikriisi ja hän voi halutessaan myöhemmin tilata itseään koskevia asiakirjoja Potilasarkistosta.

Kuvaus: Mitä muita konkreettisia keinoja palveluyksikössä on varmistaa palvelujen asiakas- ja potilasturvallisuutta ja laatua?

Viitataan kohtaan 4.2. Lisäksi yksiköiden sisällä järjestetään moniammatillisia palveluprosesseihin liittyviä kehittämispäiviä/palaverieja, joissa keskitytään palvelukokonaisuuksien tarkoituksenmukaisuuden, ajantasaisuuden ja sisällön kehittämiseen. Suunnitelmista tehdään kirjaukset ja prosesseja tarvittaessa korjataan. Tämä voi sisältää esim. kyselykaavakkeiden päivittämistä, päällekkäisten tehtävien poistamista, hoitoprosessin nopeuttamiseksi tehtäviä toimia ja potilaita saadun palautteen perusteella tehtäviä muutoksia prosesseihin. Isommat prosessien muutokset otetaan ylempään esihenkilötason arvioon.

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

Viitataan kohtaan 4.2, jossa kuvattu asiaa. Ydin varmistamisessa on se, että asia kuuluu jokaiselle työntekijälle ja kaikkien kuuluu reagoida viiveettä sovitulla tavalla, jos poikkeamia havaitaan.

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Ensimmäinen asia on se, että hänelle tarjotaan mahdollisuus keskustella hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen tai hänen esihenkilönsä kanssa. Jos hän haluaa lisätietoa, hänelle annetaan potilas- ja sosiaaliasiavastaavan yhteystiedot. Hänelle kerrotaan tavat, joilla hän voi antaa palautetta saamastaan hoidosta (tästä tarkemmin kohdassa 4.11). Potilas- ja sosiaaliasiavastaavan tiedot ovat nähtävillä toimitiloissa ja Pohteen verkkosivuilla.

---

Kuvaus: Miten varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen, ja mitkä ovat asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat periaatteet ja rajoitusten konkreettiset menettelytavat?

Potilaalla on lain mukaan oikeus kieltäytyä hoidosta ja hänen niin toimiessaankin kunnioitetaan hänen päätöstään. Palveluyksikössä niitä tilanteita, joissa voidaan joutua rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, ovat lähinnä osastohoidon hoitotilanteet, joissa hän on tajuton tai hänellä on merkittävä muistisairaus. Tällöin hoitovastuussa oleva hoitotaho kuulee hänen edunvalvojaansa/omastaan ja hoitopäätöksiä tehtäessä toimitaan hänen oletetun tahtonsa mukaan. Palveluyksikössä ei lähtökohtaisesti tule eteen tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta tarvitsisi konkreettisesti rajoittaa.

---

Kuvaus: Omavalvontasuunnitelmasta tulee ilmetä palveluyksikön asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laaditut suunnitelmat ja ohjeet, mukaan lukien niistä vastaava henkilö?

Yksikön kuntouttavan toiminnan luonteen vuoksi potilaiden itsemääräämisoikeutta ei lähtökohtaisesti ole tarvetta rajoittaa. Toiminnassa noudatetaan Pohteen sisäistä ohjetta "Potilaan rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa", jonka linjan mukaisesti ytimessä on potilaan turvallisuuden takaaminen ja se, että päätöksen mahdollisista rajoittavista toimista tekee aina lääkäri, paitsi jos sitä ei akuutin turvallisuusriskin takia ole välttämätön tehdä väliaikaisesti muiden ammattilaisten toimesta.

---

Kuvaus: Mitkä ovat asiakkaan ja potilaan lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien (esimerkiksi asiakas-, palvelu- tai hoitosuunnitelman) laadinnan ja päivittämisen menettelytavat?

Yksikössä laaditaan potilaskertomukseen kuntoutus- ja hoitosuunnitelmia ja tehdään näihin liittyviä lausuntoja moniammatillisesti. Lääkärit laativat lausunnot viranomaisille (esim. B- ja C-todistukset). Yksikössä tehdään suosituksia jatkokuntoutukseen esim. kuntoutuksen aluepalveluihin, vakuutusyhtiöille, Kelalle ja työterveyshuoltoihin sekä maksusitoumuksia avo- ja laituskuntoutuksia varten. Yksikössä on käytävissä kuntoutusneuvoja ja kuntoutusohjaajia suunnitelmien koordinoimiseksi. Kuntoutujat ja asiakkaat osallistuvat suunnitelmiansa tekemiseen. Joidenkin potilasryhmien kohdalla varataan mm. poliklinikalle kontrolliaika kuntoutussuunnitelman päivittämiseksi, mutta yleensä yksikkö toimii konsultaatiopoliklinikkana, jolloin potilaiden kontrollit toteutuvat perusterveydenhuollossa.

---

Kuvaus RAI-mittariston ja muiden mittareiden käyttämisestä asiakkaan tai potilaan toimintakyvyn arvioinnissa?

RAI-mittaristo ei ole erikoissairaanhoidon yksikössä käytössä. Kuntoutustoiminnan luonteesta johtuen erilaisia toimintakyvyn mittareita on käytössä erittäin suuri määrä. Fysioterapiassa käytössä on Toimia tietokannassa olevista mittareista mm. 6-min kävelytesti, DGI Dynamic Gait Index, FIM, FSQFin, FSS, GMFM, Istumaannousutesti (Työterveyslaitos), Kyykistystesti (30 s), Käden puristusvoima, WHOQOL-BREF, MFIS, MMAS, PEF, RMA leg and trunk, selän sivutaivutus (UKK), SPPB, tuoliltanousutesti, WALK-12-kysely, yläraajojen dynaaminen nostotesti (Orton). Lisäksi käytössä on lukuisia mittareita, jotka eivät ole Toimia tietokannassa.

Toimintaterapiassa käytössä on Toimia tietokannasta löytyvinä testeinä mm. AMPS, ARAT, BOT2, Cerad, COPM, FIM, FSQFin, käden puristusvoima, MFIS, MoCa, SCIM ja WHOQOL-BREF sekä iso joukko mainittuun tietokantaan kuulumattomia mittareita. Sairaanhoidajilla, lääkäreillä, psykologeilla ja kuntoutusneuvojilla on lisäksi käytössään laaja joukko erilaisia mittareita.

---

Kuvaus: Miten varmistatte dokumenttien, ohjeiden ja suunnitelmien ajantasaisuuden, missä niitä säilytetään, arkistoidaan ja miten ne ovat henkilöstön ja tarvittavilta osin asiakkaiden ja potilaiden saatavilla?

Henkilökunnalle tarkoitetut ohjeet ovat sisäisillä verkkosivuilla (potilaiden hoitoon liittyvät) sekä yksiköiden omilla teams-kanavilla (muut yleiset ohjeet). Osa ohjeista on myös tulostettuna toimitiloissa mm. poikkeustilanteita varten. Dokumentteja päivitetään jatkuvana prosessina ja aina silloin, kun ohjeisiin tulee muutoksia. Yleisiä ohjeita potilaille on nähtävissä Oys ja Pohde ulkoisilla verkkosivuilla, niitä lähetetään asiakkaille mm. kutsukirjeiden mukana ja osa annetaan sähköisesti tai paperisena potilasohjauksen yhteydessä. Psykologeilla on käytävissä myös vain oman ammattikuntansa oheita (esim. eräät testit), joita säilytetään lukituissa kaapeissa heidän työskentelytiloissaan.

---

Kuvaus: Omatyöntekijän/vastuutyöntekijän nimeämisen periaatteet:

Yksikön toiminnan luonteesta johtuen varsinaisia omatyöntekijöitä ei asiakkaille tässä palveluyksikössä nimetä.

---

---

Palveluyksikön sosiaali- ja potilasasiavastaavien tehtävät ja yhteystiedot:

Potilas- ja sosiaaliasiavastaava palvelee sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita. He neuvovat asiakkaan oikeuksiin ja asemaan liittyvissä asioissa. Potilasasiavastaava tai sosiaaliasiavastaava on puolueeton henkilö. Hän ei tee päätöksiä eikä ota kantaa lääketieteelliseen hoitoon tai viranhaltijoiden päätöksiin. Palvelu on maksuton. Asiakas voi olla heihin yhteydessä, jos hän haluaa kysyä oikeuksistaan, hänellä on kysyttävää asiasta, joka koskee esim. potilaan oikeusturvaa tai hän tarvitsee neuvoa siihen, miten tekee muistutuksen, kantelun, oikaisuvaatimuksen, valituksen tai vahingonkorvausvaatimuksen. Yhteydenotot tapahtuvat soittamalla ja jättämällä takaisinsoittopyyntö tai OmaPohteen kautta viestillä.

puhelin 08 6690600 klo 9-11

Lisätietoja: <https://pohde.fi/palvelut/potilas- ja sosiaaliasiavastaava/#Verkkoasiointi>

---

#### 4.4. Muistutukset ja kantelut

Jos asiakas tai potilas kokee tulleen kohdelluksi epäasiallisesti tai on tyytymätön saamaansa hoitoon tai palveluun, on asiakkaalla tai potilaalla sekä heidän omaisellaan ja läheisellään lakisääteinen oikeus tehdä asiasta muistutus. Muistutuksen voi tehdä käyttäen Pohjois-Pohjamaan hyvinvointialueen verkkosivuilla olevaa lomaketta tai vapaamuotoisesti kirjallisesti.

Asiakkaalla tai potilaalla on myös oikeus tehdä kantelu valvontaviranomaiselle, mutta muistutus on kanteluun nähden ensisijainen valitusmenettely. Valvontaviranomainen voi kääntää kantelun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajalle käsiteltäväksi muistutuksena.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen johtajaylilääkäri ja sosiaalijohtaja ovat ohjeistaneet muistutusten ja kanteluiden käsittelystä.

Palveluyksikön oppimisen ja kehittymisen kannalta on tärkeää, että muistutuksissa esiintyviä ilmiöitä käsitellään yhteisesti yksikkökokouksissa. Ilmoituksista saatava tieto täydentää kokonaisnäkemystä asiakas- potilasturvallisuuden ja laadun tilasta ja tietoa tulee hyödyntää toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä.

---

Kuvaus: Mitkä ovat muistutusten käsittelyä koskevat menettelytapanne ja miten varmistatte, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti?

Toimialueen delegointisäännössä on määritelty, kuka missäkin tilanteessa antaa vastauksen muistutukseen. Vastaamisessa noudatetaan johtajaylilääkärin ohjetta 1/2023 (Ohje muistutuksiin vastaamiseen sekä selvitysten ja lausuntojen laatimiseen kantelu- ja potilavahinkoasioissa). Muistutusten käsittely lähtee siitä, että ne ohjataan aina ensin Pohteen kirjaamoon, jonka jälkeen potilasasiasihteerit ohjaavat ne yksiköihin. Muistutuksiin pyydetään ohjetta noudattaen asianosaisilta selvitys ja lopullisen vastauksen antaa palvelualuejohtaja tai toimialuejohtaja (jos useaa palvelualueita koskeva muistutus). Toimintamallit on läpikäyty työpaikka- ja osastokokouksissa ja kerrataan tarvittaessa.

---

Kuvaus: Miten muistutus-, kantelu- ja valvontapäätöksissä ilmi tulleet epäkohdat ja puutteet käsitellään, raportoidaan ja huomioidaan toiminnan kehittämisessä?

Esihenkilöt arvioivat yhteistyössä johtajaylilääkärin kanssa toiminnan muutostarpeita jo kantelua käsitellessä sekä myöhemmin valvontaviranomaisen ratkaisun perusteella (johtajaylilääkärin ohje 1/2023). Muistutuksissa esille tuodut asiat käsitellään ensin asianosaisten kanssa ja tarvittaessa edelleen osastokokouksissa tai yhteisissä palaverissa. Tarvittaessa käsittely tuodaan myös valmistelevaan johtoryhmään. Vuosikertomukseen tehdään hankinta- ja valvontatoimen puolelta toimialueen yhteenveto muistutuksista. Mahdolliset korjaavat toimenpiteet tai muutokset toimintamalleissa kirjataan päivitettyyn omavalvontasuunnitelmaan.

---

#### 4.5. Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Tietosuoja on yksilön yksityisyyden ja luottamuksen turvaamista – esimerkiksi henkilötietojen oikeaoppista käsitteilyä ja niiden suojaamista luvattomilta käsittelyiltä.

Tietoturva tarkoittaa järjestelyjä, joilla pyritään varmistamaan tiedon saatavuus, eheys ja luottamuksellisuus. Tietoturvan järjestelyjä ovat esimerkiksi asiakirjojen turvallinen säilytys ja hävitys, tietojen salaaminen ja varmuuskopiointi sekä palomuurin, virustorjuntaohjelman ja varmenteiden käyttö. Tietoturvaan kuuluu mm. tietoaineistojen, laitteistojen, ohjelmistojen, tietoliikenteen ja toiminnan turvaaminen.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojaa koskevat periaatteet on esitetty tietoturva- ja tietosuojapolitiikassa. Jokainen työntekijä on omalta osaltaan vastuussa tietosuojan ja tietoturvan toteutumisessa.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue on laatinut asiakas- ja potilastietojen osalta tietoturvaan ja tietosuojaan sekä tietojärjestelmien käyttöön liittyvän Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojapolitiikka koskevan asiakirjan, mikä on hyväksytty Pohteen aluehallituksessa 22.8.2023, 360 §.

### **Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tietosuojavastaavat**

**Puh: 08 669 9500 (vaihe)**

**tietosuoja(a)pohde.fi**

Mihin kirjaatte asiakas- tai potilastietoja?

Asiakas- ja potilastietoja kirjataan ainoastaan Esko-potilastietojärjestelmään (Oys) tai Lifecare järjestelmään (Raahe), josta ne siirtyvät Kanta-arkistoon automaattisesti. Psykologit voivat säilyttää tietyn aikaa hoitoon liittyviä muistiinpanoja tai testikaavakkeita omassa lukitussa arkistossaan, sillä niitä ei siirretä kokonaisuudessaan Eskoon.

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä noudatetaan tietoturvasuunnitelmaa, tietosuojaan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä sekä hyvinvointialueen laatimia asiakas- ja potilastietojen kirjaamiseen liittyviä ohjeita ja viranomaismääräyksiä?

Pohteen tietoturvakysikkö vastaa tietoturvaohjeista ja dokumenteista. Tietoturvaosaamiseen liittyvät koulutukset ovat pakollisia koulutuksia työntekijöiden tai työsuhteiden alussa ja niitä on päivitettävä kahden vuoden välein. Esihenkilöt ja vastuulääkärit vastaavat siitä, että yksiköissä noudatetaan lainsäädäntöä, ohjeita ja määräyksiä.

Kohdassa 4.10 asiaan liittyvää tietoa myös tarkemmin.

Miten huolehditaan henkilöstön ja harjoittelijoiden henkilötietojen käsittelyyn ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksesta?

Henkilötietojen käsittelyä ohjaa EU:n yleinen tietosuoja-asetus, jolla turvataan yksilön oikeuksia ja vapauksia. Tietosuoja-asetusta täydentävät kansallinen yleis- ja erityislainsäädäntö. Yksikössä noudatetaan Pohteen henkilötietojen käsittelyohjetta. Kaikki työntekijät suorittavat kuukauden sisällä työ- tai virkasuhteen alkamisesta vaadittavat pakolliset koulutukset: Tietoturvan peruskurssin ja Tietosuojan yleiskurssin. Kaikki, jotka käsittelevät työtehtävissään potilastietoja, suorittavat Terveystietojen tietosuojan peruskurssin. Koulutukset ovat voimassa kaksi vuotta. Esihenkilöt vastaavat siitä, että työntekijät suorittavat tarvittavat koulutukset. Koulutussuoritukset kirjataan Pohteen koulutusjärjestelmään Osaamisen kehittämisen vastualueen toimesta. Asiakkaan perustietojen käsittelystä on lisäksi Pohteella erillinen koulutus.

Harjoitteluun tulevien opiskelijoiden tietoturva- ja tietosuojaaosaaminen varmistetaan Duodecim Oppiportissa suoritettavilla koulutuksilla: Tietosuoja terveydenhuollossa ja Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koulutukset edellytetään niiltä opiskelijoilta, jotka saavat tunnukset potilastietojärjestelmiin, myös osastosihteeri- ym. harjoitteluun tulevilta sihteeriopiskelijoilta. Oppiportin koulutukset ovat opiskelijan saatavilla oppilaitoksen kautta. Opiskelijan tulee suorittaa molemmat koulutukset itsenäisesti ja tulostaa koulutuksista henkilökohtaiset suoritustodistukset.

## **4.6. Lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon toteutuminen**

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen organisaatitasoinen lääkehoitosuunnitelma on ohjausasiakirja, joka määrittelee lääkehoitoon, lääkehoidon turvallisuuteen ja yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan liittyvät tehtävät ja vastuut organisaatiossa. Jokaiseen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen lääkehoitoa toteuttavan yksikön tulee

laatia organisaation lääkehoitosuunnitelmaan pohjautuva yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma.

Lääkehoitosuunnitelma yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvän vastuunjaon ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Lääkehoitosuunnitelman tulee vastata sisällöltään sen yksin tarpeita, missä lääkehoitosuunnitelmaa sovelletaan.

---

Kuvaus: Milloin lääkehoitosuunnitelma on laadittu ja päivitetty? Miten varmistetaan sen laatiminen, toteutuminen, seuranta ja päivittäminen?

Lääkehoitosuunnitelma koskee kuntoutuksen poliklinikoita ja se on laadittu alun perin PPSHP:n aikana, josta se on siirtynyt Pohteelle. Viimeisin tarkistus lääkehoitosuunnitelmaan on tehty 4.4.2024. Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan/päivitetään aina tarvittaessa ja vähintään vuosittain. Lääkehoitosuunnitelman päivityksestä vastaavat aoh Merja Hirsikorpi ja poliklinikan sairaanhoitajat.

---

Kuvaus: Kuka vastaa palveluyksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta? Miten lääkekulutusten seuranta toteutetaan? Miten sairaala-apteekin tekemät tarkastukset toteutuvat?

Lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkehoidon asianmukaisuudesta vastaa työryhmä, johon kuuluvat: palvelualuejohtaja Paula Mikkonen, vastuuyksikköpäällikkö Jukka Pätsi, vastuuyksikköpäällikkö Kristiina Hänninen, apulaisosastonhoitaja Merja Hirsikorpi, sairaanhoitaja Maritta Peltari ja sairaanhoitaja Virpi Niemi. Yksikköön on laadittu työyksikön toimintaan perustuva peruslääkevalikoima. Lääkäri päättää potilaan lääkityksestä, ja sairaanhoitajat toteuttavat lääkehoitoa. Yksikössä on kaksi lääkehuonetta, joiden lääkekulutus tarkistetaan kerran kuukaudessa sairaanhoitajan toimesta. Lääkehuoneissa on tarkistuslistat, joihin merkitään tarkastuksen päivämäärä ja tarkastaja. Lääkehuoneen ja lääkekaapin lämpötilaa seurataan säännöllisesti. Tarkastuksista vastaa Oys Sairaala-apteekki.

---

Kuvaus: Miten lääkehoitosuunnitelman toteutuminen ja henkilöstön osaaminen varmistetaan lääkehoidossa? Miten henkilöstön lääkelupien voimassaoloaikoja seurataan?

Lääkehoitosuunnitelma on koko henkilökunnan nähtävissä yhteisellä Teams-kanavalla. Lääkehoitoa toteuttavat vain lääkeluvalliset sairaanhoitajat ja lääkärit. Henkilökunnan lääkeosaaminen varmistetaan Mediecon lääkehoidon verkkokurssilla sekä laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta näyttöjen avulla. Lääkelupa on voimassa viisi vuotta. Lääkelupatieto tallennetaan Hessu-HR-järjestelmään, joka ilmoittaa lääkeluvan vanhenemisesta sekä työntekijälle itselleen että esihenkilölle.

---

Kuvaus: Jos yksikössä on rajattu lääkevarasto, onko toimintaan tehty ilmoitus (julkinen toimija). Miten rajatun lääkevaraston käyttöä seurataan, arvioidaan ja valvotaan?

Yksikössä ei ole käytössä omaa rajattua lääkevarastoa, vaan yksikkö toimii Oys Sairaala-apteekin alaisuudessa.

---

#### 4.7. Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Asiakkaan ja potilaan hyväksi työskentelee monenlaisia ammattilaisia eri hallinnon ja tieteen aloilta, joiden yhteistyöstä käytetään käsitettä monialainen yhteistyö. Jokaisella ammattilaisryhmällä voi olla omat tavoitteensa, toimintakulttuurinsa ja käytäntönsä, mikä voi vaikeuttaa kokonaisvaltaisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimista. Monialaisessa yhteistyössä on tärkeää suunnitella keinot yhteisen asiakasymmärryksen luomiselle sekä tiedon jakamiselle, jotta eri hallinnon ja tieteen alan ammattilaiset toimivat yhteisellä näkemyksellä asiakkaiden ja potilaiden tavoitteiden ja tarpeiden hyväksi.



---

Asiakaan ja potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa yhteistyö ja tiedonkulku toteutetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Yksikössä järjestetään hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun liittyen neuvotteluja, joihin voidaan tarvittaessa pyytää mukaan potilaan suostumuksella joko paikan päälle tai etäyhteyksillä muita potilaan hoitoon osallistuvia tahoja esim. erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta, perusterveydenhuollosta tai palveluntuottajilta. Konsultaatiot, läheteet ja hoitopalautteet laaditaan siten, että niiden sisältö palvelee myös yhteistyötä ja tiedon siirtymistä.

Fysiatrian palvelualue osallistuu monialaiseen yhteistyöhön eri toimialueiden ja palveluntuottajien kanssa yhteistyö- ja verkosto-, moniammatillisin palaverein.

Asiakastietojen kirjaamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden toimialojen välisessä yhteistyössä noudatetaan Opasta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, Sosiaali- ja terveysministeriö 12/2024. Terveydenhuollon yhteistyöstä ja asiakkaan ohjaamisesta muiden tahojen vastuulla oleviin palveluihin säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 30 §:ssä. Monialaisessa tietojen käsittelystä ja kirjaamisesta noudatetaan THL:n julkaisua Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä 3.1, 12/2024.

---

Palvelualueella noudatetaan Pohteella laadittua sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä käsittelevää ohjeistusta. Ohjeessa on keskeisiä yhteydenottoväyliä Pohteen sosiaalihuoltoon sekä yleisesti sosiaalihuollon työskentelyä ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ohjaavia perusperiaatteita. (Pohteen toimintaohje Oys ja terveydenhuolto. Ohjautuminen sosiaalihuoltoon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön käynnistäminen, 5.3.2024, sisäinen verkkosivusto).

Tiedonkulku varmistetaan yhteisillä palavereilla, eri viestintäkanavien avulla mm. puhelimitse ja turvapostilla, sekä potilas- ja Kantajärjestelmän kirjausten avulla. Potilaan siirtyessä eri hoito- ja kuntoutuspaikkaan ensisijainen tiedonkulun väline on potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset.

Verkostomainen työskentelytapa ja yhteistyöneuvottelut ovat osa perustyötä. Monialaisella yhteistyöllä ja vastuiden selkeyttämisellä tavoitellaan asiakkaalle oikea-aikaisten ja tuen tarvetta vastaavien palvelujen toteutumista. Monialaisen yhteistyön sisältö ja toimintatavat sovitaan asiakastyöstä nousevien tarpeiden perusteella. Palvelualue osallistuu muiden toimialueiden ja niiden osaamiskeskusten sekä oman toimialueen muiden yksiköiden kanssa suunnitteleviin ja hoitoa organisoiviin kokouksiin. Tavoitteena on järjestää tarpeen mukaiset laadullisesti hyvät palvelut sekä osallistua aktiivisesti potilasryhmien hoitopolkujen kehittämiseen. Järjestämisen johtoryhmä osaltaan varmistaa hyvinvointialueen eri toimijoiden yhteistyön.

---

#### 4.8. Toimitilat ja toimintaympäristö

---

Fysiatrian osaamiskeskus toimii tällä hetkellä Aapistiellä Kuntoutuksen poliklinikoilla Yliopiston vuokratiloissa ja Oysissa (A, B, D, E, G, N ja S rakennuksissa sekä Medipoliuksessa) sekä Raahen aluesairaalassa (Kipupkl). Kaikki nämä tilat on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiksi ja niillä on voimassa olevat palo- ja pestussuunnitelmat.

---

Potilaat kutsutaan poliklinikoilla vastaanotoille sisälle anonyymisti Akseli-kutsujärjestelmällä ja osastoilla huomioidaan yksityisyyden suoja terapioiden yhteydessä. Osastoilla olevilla potilailla on käytössään osastojen yhteiset tilat liikkumiseen, ruokailuun ja kanssakäymiseen.

---

---

Kuvaus: Miten varmistatte tilojen esteettömyyden? Onko valaistus ja lämpötila asianmukainen? Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös mahdolliset palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä tulevat vaatimukset.

Kaikkiin toimipisteisiin on tarvittaessa esteetön pääsy autolla oven eteen ja sisätiloissa on opasteet lähimmälle hissille. Tilat on suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön tarpeita ajatellen. Potilaan vastaanotto tapahtuu vain niihin suunnitelluissa tiloissa, ei esimerkiksi henkilökunnan neuvottelu- tai taukotilassa. Kiinteistön omistaja vastaa rakennuksen valaistuksesta ja lämpötilasta. Puutoksista näissä ilmoitetaan kiinteistön omistajalle viivytyksettä sähköisellä ilmoituslomakkeella (SYK, Oys, Raahen hoivatalot).

---

Kuvaus: Mitkä ovat toimitilojenne käyttöön liittyvät riskit ja miten hallitsette niitä? Esim. Toimitilaan liittyvä riski? Miten kulunvalvonta on järjestetty?

Toimitiloissa kulunvalvonta on tarkasti määritelty sekä asiakkaille että henkilökunnalle ja pääsääntöisesti toimitaan sähköisillä avaimilla. Rekisteröintipiste huolehtii henkilökunnan kulkuoikeudet. Henkilökunta käyttää henkilökorttia näkyvillä. Ne tilat, joihin ei ole tarkoitettu asiakkaiden kulkua, on lukittu.

---

Kuvaus: Onko tiloissa kameravalvontaa, miten säilytetään mahdolliset tallenteet? Miten testataan hälytys- ja hoitajakutsulaitteet ja miten se dokumentoidaan? Miten paloturvallisuutta lisätään?

Kameravalvonta kuuluu turvapalveluiden alaisuuteen. Terapeuteilla on sairaalassa tarvittaessa työskentelyosastojen 9S-järjestelmän hälyttimet mukanaan. G-talossa ja Aapistiellä Kuntoutuksen poliklinikoilla on tietokoneissa Avack-hälytysjärjestelmä (kutsuu työtoverin tai vartijan). Järjestelmä testataan joka tietokoneen osalta vähintään vuosittain ja harjoitellaan toimintaa poikkeustilanteissa. Työntekijöillä on pakollisena koulutuksena säännöllinen alkusammutuskoulutus. Infoja ja paloharjoituksia on säännöllisesti. Palo- ja turvallisuussuunnitelma kuuluu työntekijöiden perehdytykseen. Ohjeiden mukaisesti palo-ovet pidetään suljettuna ja poistumisreitit avoimina. Yleinen siisteys parantaa paloturvallisuutta.

---

Toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä myönnetyt viranomaishyväksynät ja luvat päivämäärineen. Kuvauksessa on otettava huomioon tarkastuksissa ja hyväksynöissä toimitilojen omavalvonnan kannalta todetut keskeiset havainnot. (esim. kliinisen mikrobiologian ja Säteilyturvakeskuksen myöntämät luvat, palotarkastus, terveystarkastus, työturvallisuustarkastus? Muut mitkä?)

Tarkastus/hyväksyntä	Päivämäärä	Keskeiset havainnot
Raahen kipupkl Työpakkaselvitys	2019	-
Kirurgian kuntoutus Työpaikkaselvitys	10.11.2022	Korostettiin suojamien käyttöä ohjeiden mukaan (toiminta- ja jalkaterapia) ja jalkaterapeuttien käytössä olevan hiomakoneen uusimista. Annettiin joitakin suosituksia.
Kuntoutuksen pkl:t Työpaikkaselvitys	16.11.2023	Annettiin joitakin suosituksia. Varustukseen liittyen ensiapuvälineistön hankinta.
Lasten ja sisät. kuntoutus Työpaikkaselvitys	23.4.2024	Esille ei noussut erityistä. Muutto uuteen sairaalaan oli alkamassa.
Yleinen palotarkastus Kuntoutuksen poliklinikat (Aapistie 7)	4.5.2023	Tarkastusväli 36 kk
Uuden sairaalan käyttöönotto käyttäjäkatselmoinnit (A, B talot)	2023	-
Yleinen palotarkastus Raahen aluesairaala (Raahen kipupkl)	29.10.2024	-

Kuvaus: Mitkä ovat toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja vikailmoituksia sekä näihin liittyvää tiedonkulkua koskevat menettelytapanne? mm. Miten kiinteistöhuoltoon on järjestetty sekä miten toimitte akuuteissa vikatilanteissa?

Kiinteistöön ja ympäristöön liittyvät ongelmat tehdään Oys sairaalassa Tekniikan palveluille vikailoituksena sähköisen järjestelmän kautta. Oys sairaalan tiloissa on oma kiinteistöhuolto ja akuuteissa vikatilanteissa tehdään työpöytä, tarvittaessa tehdään HaiPro-haittatapahtumailmoitus. Kiireelliset vikailmoitukset voidaan tehdä ympäri vuorokauden puhelimitse Oys valvontakeskukseen.

Kuntoutuksen poliklinikat toimii Suomen yliopistokiinteistöjen (SYK) tiloissa vuokralla ja SYK vastaa Aapistien kiinteistöhuolloista. SYK:lle ilmoitetaan rakennuksessa ilmenevistä akuuteista vikatilanteista sähköisellä palvelupyntöomakkeella vian havainneen työntekijän tai esihenkilön toimesta. Lukkojen, lamppujen ja kalusteiden vikailmoitukset tehdään Oys Tekniikan palveluille sähköisen järjestelmän kautta ja tarvittaessa lisäksi HaiPro-ilmoitus.

Raahen kipupoliklinikka Raahen aluesairaalassa on Raahen Hoivatalot Oy:n kiinteistö. Siellä mahdolliset vikailmoitukset tehdään puhelimitse vikapäivystykseen tai vikailmoituskaavakkeella.

---

Kuvaus: Missä on toimitiloihin liittyvät käyttöohjeet? Miten remonttien suunnittelu ja niistä tiedottaminen on suunniteltu? Miten saatatte tietoon sisäilmaan liittyvät huolet?

Yksiköissä seurataan OYS Intran ja Pohteen Ilonan remonteihin liittyvä tiedottamista ja esihenkilöt informoivat näistä yksikön työntekijöitä. Olemme mukana uuden sairaalan rakennusten suunnittelun ja käyttöönoton eri vaiheissa ja niihin liittyvissä kokouksista tuodaan tieto yksiköihin. Uuden sairaalan käyttöönottovaiheessa henkilöstö käy sairaalan henkilöstölle järjestetyn perehdytyskoulutuksen uuden sairaalan tiloihin, toimintoihin, järjestelmiin ja laitteisiin sekä turvallisuuteen liittyen ennen sairaalan toiminnan käynnistymistä. Koulutusmateriaalit ja kiinteistöön sekä ympäristöturvallisuuteen liittyvät ohjeet ovat kaikkien saatavilla OYS sisäisillä verkkosivuilla. Pienemmissä remonteissa tehdään yhteistyötä tilahallinnan ja muiden yksiköiden esihenkilöiden kanssa.

Mahdolliset työympäristöön tai sisäilmaan liittyvät huolet henkilöstö kertoo esihenkilölleen ja kirjaa Haipro - järjestelmään Työturvallisuusilmoituksena. Järjestelmässä on valittavissa "Sisäilmastoon liittyvä oireilu tai epäily oireilusta". Ilmoitukset tulevat käsiteltäviksi esihenkilöille ja tiedoksi johdolle ja työsuojeluun. Tietoa toimitilojen mahdollisista ongelmista voi tulla esille myös työterveyshuollon kanssa järjestettävissä säännöllisissä kokouksissa.

---

Kuvaus: Miten yksikössä seurataan yleistä hygieniatasoa ja miten varmistetaan, että asiakkaiden ja potilaiden tarpeita vastaavat hygieniakäytännöt toteutuvat annettujen ohjeiden sekä asiakkaiden ja potilaiden palvelu- tai hoidontarpeiden mukaisesti?

Yksiköissä noudatetaan Pohteen infektioiden torjuntayksikön laatimia ohjeita hygieniakäytännöistä ja seurataan Pohteen erillisiä ohjeita esim. epidemiatilanteissa. Yksiköiden hygieniayhdyshenkilöiden tehtäviin kuuluu koordinoita infektioiden torjuntaa. He kouluttavat ja varmistavat henkilökunnan osaamisen asian suhteen. He myös havainnoivat, laativat ohjeistuksia ja huolehtivat välineistöstä. He tiedottavat myös mahdollisista uusista ohjeista.

Sairaalahuolto hoitaa siivoukset tehtyjen kartoitusten ja sopimusten mukaan. Poikkeamista tehdään ilmoitus sairaalahuollon esihenkilölle.

---

Kuvaus: Miten em. tehtäviä tekevä henkilökunta on koulutettu/perehdytetty yksikön puhtaanapidon ja pyykkihuollon toteuttamiseen ohjeiden ja standardien mukaisesti?

Osastoilla työskentelevät käyvät perehdytyksessä infektioiden torjunnan verkkokurssin. Työntekijöiden perehdytyksessä annetaan ohjeet pyykkihuollon toteuttamiseen ja työvälineiden puhdistamiseen. Poliklinikoilla noudatetaan omia ohjeita, jotka käydään perehdytyksessä läpi. Tilojen yhteydessä on opastauluja.

---

#### 4.9. Lääkinnälliset laitteet ja välineet

---

Lääkinnällisten laitteiden hankinnat toteutetaan Pohteen Hankintatoimiston kanssa ja käytetään EU standardit täyttäviä lääkintälaitteita. Kaikki laitteet käyvät läpi tulo-/käyttöönototarkastuksen, jossa varmistetaan standardien täyttyminen sekä turvallisuus. Laiteturvallisuusvastaavat yksiköissä huolehtivat yksikössä käytössä olevien laitteiden turvallisuudesta. Yksiköissä noudatetaan Pohteen Laiteturvallisuussuunnitelmaa ja Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen ja ministeriön laatimaa Opasta lääkinällisen laitteen turvallisesta käytöstä.

---

---

Laiterekisterissä on määritelty laitteiden huollot ja laitevastaavat seuraavat niiden toteutumista. Seuranta toteutuu Effector-järjestelmässä, josta tulee hälytys huoltoajan lähestyessä. Oys Lääkintätekniikan yksikkö huoltaa lääkinnälliset laitteet. Asiakas/potilaskäyttöön annetut laitteet (esim. apuvälineet) huolletaan Kuntoutuksen Apuvälinepalveluiden omassa huollossa. Kaikki laitteet, huollot ja ohjekirjat ovat tallennettuna Effector -järjestelmään. Asiakkaille lainattavien apuvälineiden suhteen toimitaan samoin.

---

Laitteen tai välineen käyttö lopetetaan mahdollisessa häiriötilanteessa välittömästi. Vaara- ja vikatilanteista ilmoitetaan välittömästi sairaalahuoltoon. Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeiden aiheuttamat vaaratilanteet ilmoitetaan HaiPro järjestelmän kautta suoraan Fimealle sekä vielä erikseen laitteen toimittajalle/maahantuojalle.

---

Lääkintätekniikka lisää kaikki potilaiden/asiakkaiden käytettävissä olevat laitteet Effector-ohjelmassa olevaan rekisteriin. Mukautettavista lääkintälaitteista (ortoosit) potilastietojärjestelmään (ESKO) kirjataan yksikössä laitteen käyttötarkoitus, käyttökohde ja päämateriaali. Kuntoutuksen Apuvälineyksikkö kirjaa Effectoriin kaikki oman yksikkönsä laitteet, joita ovat mm. potilaiden käyttämät apuvälineet.

---

Hoitojakson aikana laitetta tai apuvälinettä luovutettaessa potilas ja/tai omainen ohjataan aina sen käyttöön ja tieto siitä, että ohjaus on annettu kirjataan potilastietojärjestelmään. Luovuttava työntekijä kartoittaa laitteen soveltuvuuden potilaalle. Vaativimmat apuvälinearviot mm. pidempiaikaiseen kotikäyttöön toteutetaan Kuntoutuksen Apuvälinekeskuksen kautta.

---

Käyttöohjeet tallennetaan Effector järjestelmään, josta ne ovat henkilökunnan saatavilla, sekä huolehditaan siitä, että näihin liittyvä muu ohjeistus löytyy sisäisiltä verkkosivuilta ja niitä on myös laitteiden välittömässä läheisyydessä. Asiakkaalle annetaan lainattavien laitteiden sekä apuvälineiden mukaan käyttöohjeet. Mukautettavien lääkintälaitteiden käyttö- ja hoito-ohjeet on tehty laitekohtaisesti.

---

Kuntoutuksen Apuvälinekeskukseen on keskitetty apuvälineiden hankinta. Apuvälineet käyttötarkastetaan sekä jo ennen hankintaa huolehditaan kilpailutuksissa että laatu ja turvallisuusvaatimukset täyttyvät. Laitteet ja apuvälineet valitaan moniammatillisen asiantuntijatyön tuloksena, valtakunnallisia saatavuusperusteita ja standardeja noudattaen. Laitteet ja apuvälineet hankitaan sekä kilpailutetaan keskitetysti, jotta tuotekanta olisi yhtenäinen. Näin saavutetaan luotettava opastus, ohjaus ja käyttö.

Laitteiden käytön hallitseminen kuuluu työntekijöiden perehdytykseen ja osaamisen seurantaan. Yksiköissä vastuu laitteiden käytöstä on esihenkilöillä.

---

---

Osalle laitteista on laitevalmistajan laatima laitteen käyttöönottokoulutus. Yksikköjen perehdytys- ja toimipaikkakoulutuksissa myös koulutetaan laitteiden käyttöön. Laittevastaavat kouluttavat ja ohjaavat laitteiden turvalliseen käyttöön. Osaamisen varmistaminen toteutuu myös pitkien poissaolojen jälkeen sekä työntekijöiden kehityskeskustelujen yhteydessä.

---

Erityisosaamista vaativien lääkinällisten laitteiden osalta osaaminen varmistetaan noin viiden vuoden välein näyttöjen yhteydessä. Elvytysvälineistön käytön koulutus on yksiköissä säännöllisesti kerran vuodessa. Työhön perehtymisessä seurataan, että riittävä osaaminen on saavutettu. Pitkien poissaolojen jälkeen ja kehityskeskusteluissa varmistetaan myös laiteosaamisen riittävyys.

---

Työntekijöiden laitteiden käytön riittävä osaaminen varmistetaan perehdytyksen ja kehityskeskustelujen yhteydessä. Uuden laitteen tullessa käyttöön laitevalmistaja voi järjestää käyttökoulutusta. Vaativimmat käytön osaamiset kirjataan koulutuskortille Hessuun.

---

Henkilöstön ja asiakkaiden ei-lääkinällisten välineiden ja laitteiden käytön osaaminen varmistetaan perehdytyksen ja opastuksen avulla, sekä tarjoamalla tarpeellinen kirjallinen ohjeistus/ohjeet käyttöön.

---

Ei-lääkinällisten välineiden käytön riskit arvioidaan asiakaskohtaisesti ja tarvittaessa turvallisuuden lisäämiseksi asiakas saa tarvittavan neuvonnan ja perehdytyksen lääkinällisten laitteiden/tuotteiden käyttöön.

---

#### **4.10. Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö**

---

Kuvaus: Mitä teknologisia ratkaisuja ja välineitä teillä on palveluissanne käytössä? Minkä vuoksi ko. ratkaisu on käytössä?

Tietojärjestelmät jaetaan Pohteella toiminta-, hallinnon ja kiinteistöjen järjestelmiin. Tietojärjestelmät-vastualue vastaa tietojärjestelmäpalvelujen järjestämisestä, Pohteen tietojärjestelmien dokumentoinnista, kehittämisestä, toiminnasta sekä jatkuvista palveluista. Tietojärjestelmäkokonaisuus käsittää useita satoja tietojärjestelmiä. Kulunhallinta- ja henkilöturvajärjestelmät kuuluvat toimintaan ja kiinteistöihin. Potilastietojärjestelminä ovat käytössä Esko (Oys) sekä Lifecare (Raahen aluesairaala). Laitteiden ja kuntoutuksen ostopalvelujen hallinnassa käytetään Effector ohjelmaa. Henkilökunnan työajanseurannassa ja työvuorosuunnittelussa ovat Nepton ja Titania. TeleQ- takaisinsoittojärjestelmällä parennetaan palvelujen saatavuutta (puhelimella tavoitettavuutta). Kuntoutuksen poliklinikoilla on kävelylaboratorio, jossa on käytössä erityiset laitteistot ja niihin liittyvät ohjelmistot. Magneettistimulaatiolaitteistossa käytetään erityistä teknologiaa, jonka avulla hoitaja pystyy antamaan potilaalle valmiiksi määriteltäviin kohteisiin hoidon.

---

Kuvaus: Miten käytännössä varmistatte palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuuden, asianmukaisuuden ja turvallisuuden tarjottaviin palveluihin nähden sekä henkilöstön käyttöopastuksen?

Kuvauksesta on ilmeistä, miten palveluyksikössä on varauduttu teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin.

Palveluissa ja teknologiassa noudatetaan Pohteen yleisiä ohjeistuksia ja laatuvaatimuksia toimitetuista järjestelmistä, jotka on hankittu koko Pohteen tasoisesti käyttöön.

---

Kuvaus: Miten varmistatte asiakkaan ja potilaan yksilöllisten tarpeiden ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa?

Etäpalvelujen käytössä varmistetaan, että potilas kykenee ja osaa palveluja hyödyntää. Tarvittaessa potilaille annetaan ohjausta palvelujen käyttöön tai tarjotaan muunlaista palvelua, jos potilas ei halua käyttää etäpalvelua. Läsnapalveluissa potilaalle annetaan tarvittaessa tietoa käytettävästä teknologiasta ja huomioidaan tavanomaiseen tapaan potilaan itsemääräämisoikeus myös laitteita hoidossa käytettäessä.

---

Kuvaus: Miten ilmoitatte tietojärjestelmä poikkeamista ja tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä? Sekä miten varmistatte toiminnan sujuvuuden poikkeaman ja häiriötilanteen keston ajan?

Poikkeama ja häiriötilanteita varten on Pohteen Tietohallinto laatinut yhteistyössä yksiköiden kanssa varautumissuunnitelmat. Tietoturva- ja tietosuoja yksiköt vastaavat näihin asioihin liittyvistä ohjeista ja toimintatavoista, jotka ovat yhteisiä koko Pohteella. Häiriötilanteista ilmoitetaan sisäisesti esimerkiksi Intrassa. Jokaisen henkilökuntaan kuuluvan on suoritettava pakolliset tietoturvan koulutukset, jotta hän osaa toimia turvallisesti ja tietää toimintamallit poikkeustilanteissa.

---

Kuvaus: Miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä?

Käytössä olevat tietojärjestelmät vastaavat käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja niiden tiedot löytyvät Valviran tietojärjestelmärekisteristä. Järjestelmät on hankittu Pohteen Hankintayksikön kautta ja ne siten noudattavat Pohteen ja lain määrittämiä vaatimuksia.

---

Kuvaus: Miten huolehditte asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien käytön asianmukaisuudesta, henkilöstön kouluttamisesta niiden käyttöön ja tietojärjestelmien käytön osaamisen jatkuvasta varmistamisesta?

Pohteen Osaamiskeskus huolehtii ja järjestää toimijoidemme kanssa vaadittavat koulutukset. Käytön alkuvaiheessa koulutuksia järjestetään järjestelmätoimittajan kanssa sopimuksessa sovittu määrä ja sen jälkeen sisäisesti sovitaan koulutus ja opastuskäytännöt.

---

Kuvaus: Miten huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa, myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Toimialueen johtaja yhdessä palvelualueen johtajan kanssa vastaa tietosuojan ja tietoturvan toteutumisesta omalla alueellaan. Esihenkilöt vastaavat riittävästä perehdytyksestä ja yksikkönsä kokonaisriskien hallinnasta. Jokainen työntekijä on vastuussa ohjeiden noudattamisesta ja tietoturvan ja suojan toteutumisesta sekä poikkeamien ilmoittamisesta omalta osaltaan. Tutkimusryhmien johtajat vastaavat siitä, että lainsäädäntöä ja velvollisuuksia noudatetaan tieteellisten tutkimuksien yhteydessä. Ostopalvelutilanteissa vaaditaan Pohteen sääntöjen noudattamista.

---

#### 4.11. Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

---

Asiakas tai hänen läheisensä voi antaa palautetta saamastaan palvelusta: Pohde.fi ja Oys.fi -verkkosivuilta, yksiköiden asiakaspalautelaitteella, paperilomakkeella tai suullisesti. Asiakas voi jättää yhteystietonsa, jos hän haluaa palautteeseensa vastauksen. Asiakaskokemustietoa kerätään Roidu Oy:n asiakaspalautteohjelmalla, jossa on kansallisesti sovitut kysymykset.

Asiakkaita ja omaisia tiedotetaan palautemahdollisuudesta yksiköiden ilmoitustaululla ja Infonäytöillä myös QR-koodin avulla. Lisäksi henkilökunta kannustaa asiakkaita hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa palautteen antoon.

Asiakaspalautteet käsitellään vastuuyksiköissä vastuuhenkilön toimesta viikoittain. Palvelualueen johto käsittelee asiakaspalautteet kuukausittain. Kuntoutuksen palvelualueiden asiakaspalautteet käsitellään johtoryhmässä neljännesvuosittain.

Asiakaspalauteraportit käydään läpi vastuuyksiköissä henkilöstöpalavereissa ja palvelualueen työpaikkakokouksissa sekä sovitaan tarvittavat muutos- ja kehittämistoimet. Johtoryhmä ohjaa tarpeiden mukaisesti palautteiden pohjalta nousseita laajempia kehittämisen kohteita. Vastausmäärästä riippuen joko palvelualueen tai toimialueen asiakaspalautteiden NPS-arvo (suositusindeksi) kirjautuu Pohjois-Pohjanmaa verkkosivulle edellisen 30 päivän ajalta sekä raportoidaan osavuosisikatsauksiin.

---

Palautetta kerätään sekä niistä yksiköistä, joille annetaan palveluja, että omalta henkilökunnalta. Henkilöstö voi antaa toiminnasta palautetta ja tuoda esille kehittämiskohteita yhteisissä yksikön kokouksissa tai henkilökohtaisesti esihenkilöille. Säännöllisesti käytävät kehityskeskustelut (esihenkilö ja työntekijä) tarjoavat mahdollisuuden palautteeseen. Yksiköiden kehittämiskokouksissa hiotaan säännöllisesti hoitoprosesseja ja innovoidaan yhdessä toimintaa. Kehittämistarpeista keskustellaan myös yksikön henkilöstökokouksissa ja sovitaan toimenpiteistä. Toiminnan mahdollisista muutoksista informoidaan yksiköitä, joihin palveluja annetaan sekä tarvittaessa asiakkaita tilanteiden edellyttämällä tavalla (verkkosivut, hoitokontaktit, kutsukirjeet jne.)

---



## 5. HENKILÖSTÖ

### 5.1. Henkilöstön määrä, rakenne ja ammattien harjoittamisen edellytykset ja valvonta

---

Kuvaus: Mikä on palveluyksikkönne henkilöstömäärä ja -rakenne?

Hallinnossa työskentelee palvelualuejohtaja ja 4 vastuuyksikköpäällikköä, joista lääkäreiden vastuuyksikköpäällikkö tekee myös kliinistä työtä erikoislääkärinä. Henkilöstön lähiesihenkilöinä työskentelee 4 apulaisosastonhoitajaa.

Erikoislääkäreiden vakansseja on 10, joista yksi on sivuvirkainen erikoislääkäri, 1 ylilääkäri ja 2 apulaisyllilääkäriä. Erikoistuvien lääkäreiden vakansseja on 5. Lääkärit työskentelevät kuntoutuksen poliklinikoilla. Henkilökuntaan kuuluu lisäksi 6 sairaanhoitajaa, 64 fysioterapeuttia, 15 toimintaterapeuttia, 3 jalkaterapeuttia, 1 liikuntafysiologi, 2 ammatillista kuntoutusneuvojaa, 4 psykologia ja 1 neuropsykologi.

---

Kuvaus: Miten varmistetaan vastuuhenkilöiden/lähiesihenkilöiden tehtävien organisointi siten, että lähiesihenkilöiden työhön jää riittävästi aikaa?

Toimialueen valmistelevalle johtoryhmässä toimialuejohtaja, hoitotyön johtaja ja palvelualuejohtajat linjaavat koko toimialuetta ja palvelualueita koskevia tehtäviä. Ylempi johto ja vastuuyksikköpäälliköt osallistuvat viranhaltijapalaveriin ja kehittämisen suunnitteluun, jossa linjataan yhteisiä johdon tehtäviä. Esihenkilöiden vastuut ja oikeudet on linjattu delegointi- ja toimintasäännöissä. Palveluüksikössä on säännölliset kokoukset, joissa vastuuyksikköpäälliköt ovat mukana palvelualuejohtajan ja talouden kontrollerin sekä hoitotyönjohtajan lisäksi. Tällä suunnitelmallisella ylemmän johdon työskentelyn organisointitavalla pystytään varmistamaan se, että yksiköiden vastuulääkärit ja apulaisosastonhoitajat voivat keskittyä päivittäiseen työhön liittyviin tehtäviin, kuten työntekijöiden tapaamiseen, työvuorolistojen ja huonejaon suunnitteluun, perehdyttämiseen ja päivittäisten resurssien jaon järjestämiseen esim. poissaolotilanteissa.

---

Kuvaus: Miten palveluüksikkönne vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että palvelujen antamiseen on palvelujen tarpeeseen sekä asiakkaiden ja potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö?

Terapia- ja hoitohenkilöstölle on tehty henkilöstömitoitus, jolla varmistetaan se, että henkilökunnan määrä vastaa tarvetta. Mitoitusta päivitetään tarvittaessa muutostilanteissa. Lisäksi tehdään palvelutarpeen kartoitusta niistä yksiköistä, joihin palveluja annetaan. Työvuorosunnittelussa huomioidaan päivittäinen palvelu- ja henkilöstötarve, jota esihenkilöt tarkentavat työjärjestelyissä. Kirurgian kuntoutus hyödyntää tarvittaessa rekrytointia ja osajayksikköä poissaolotilanteissa. Kuntoutuksen poliklinikoilla toteutuvat säännölliset toiminnanohjauskokoukset, joissa kartoitetaan ajankohtaiset hoitojonotilanteet, henkilöstöresurssit ja aikojen saatavuus sekä tarvittaessa suunnitellaan korjaavia toimia esim. resursseja siirtämällä jonojen ehkäisemiseksi. Kuntoutuksen poliklinikoilla voidaan käyttää tuntityönä puuttuvien lääkäri- ja psykologiresurssien täydentämistä, jos löytyy sopivia työntekijöitä.

---

Kuvaus: Miten varmistatte sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet?

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen henkilöstöpalvelut ohjeistaa, että työntekijän tulee esittää työnantajalle palvelussuhteen alkaessa tehtävän kelpoisuusvaatimuksen edellyttämät tutkintotodistukset.

Esihenkilö tai HR-sihteerin kirjaa työntekijän tai viranhaltijan tutkinnon henkilöstöhallinnan tietojärjestelmään.

Sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ammattioikeutta koskevat tiedot tarkastetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekistereiden julkisesta tietopalvelusta (Julkiterhikki).

---

Kuvaus: Miten varmistatte, että palvelun tuottamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus ja kielitaito?

Ulkomailla koulutettujen työntekijöiden kohdalla pitää olla käytettävissä todistus läpäistystä kielitestistä ja riittävästä suomen kielen taidosta. Rekrytoinnin ja haastattelun yhteydessä tarkistetaan koulutustodistukset ja Julki-Terhikissä näkyvät oikeudet. Pohteella on määritetty eri tehtäviin vaadittavat kelpoisuusvaatimukset ja niiden täytyminen tarkistetaan rekrytointien yhteydessä.

---

---

Henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan lähiesihenkilötyöllä, saadulla palautteella, perehtymisen etenemisen seuraamisella, kehityskeskusteluilla, koulutuksiin osallistumisen suunnittelulla ja seuraamisella, toimipaikkakoulutuksien järjestämisellä, tutoroinnilla, mentoroinnilla ja tiimi-muotoisella työskentelytavalla. Epäkohtiin puututaan välittömästi esihenkilöiden toimesta ja suunnitellaan osaamista tukevat toimet. Epäasianmukaiseen työskentelyyn puututaan Pohteen ohjeiden mukaisesti, ääritapauksissa tarvittaessa työnjohdollisin toimenpitein.

---

Kuvaus: Miten selvitätte lasten ja/tai vammaisten ja/tai vanhusten kanssa työskentelevien henkilöiden rikostaustan? Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/2002), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) 28§

Esihenkilöt huolehtivat, että lasten parissa työskenteleviltä pyydetään rikosrekisteriote.

---

Kuvaus: Miten varmistatte, että kaikille ammattiryhmille on laadittu tehtäväkuvaukset ja kuvaukset ovat työntekijöiden tiedossa?

Tehtäväkuvaukset on tallennettu yksikön työntekijöiden saataville sähköisessä muodossa. Tehtäväkuvat käydään rekrytointivaiheessa ja kehityskeskusteluissa läpi ja niitä tarvittaessa päivitetään.

---

Kuvaus: Miten huolehditte henkilöstön perehdyttämisestä ja osaamisen ylläpitämisestä sekä siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen?

Uudelle työntekijälle laaditaan perehdytysuunnitelma, jonka etenemistä seurataan ja arvioidaan. Koko toimialueelle sekä erikseen palvelualueelle laaditaan vuosittain koulutussuunnitelmat, joissa otetaan huomioon mahdolliset uudet osaamistarpeet, riskienhallinnan tulokset ja ennakoidaan tulevia osaamistarpeita. Työntekijät voivat esittää esihenkilöilleen koulutustoiveitaan. Erikoistuville lääkäreille on laadittu koulutussuunnitelmat, jotka huomioidaan. Palvelualueella suunnitellaan säännöllisissä kokouksissa työntekijöille järjestettävät omat täydennyskoulutukset sekä muualta ostettavat koulutukset. Käydyt koulutukset kirjautuvat Hessu-järjestelmään ja koulutuksia käydään läpi kehityskeskusteluissa.

---

Kuvaus: Mitkä ovat sijaisten rekrytointiin ja käyttöön liittyvät periaatteenne?

Kaikki sijaisrekrytointi sujuu Pohteen yhteisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

---

Kuvaus: Miten laillistetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti toimivien opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan sekä miten opiskelijoiden ohjaus, johto ja valvonta toteutetaan käytännössä?

Palveluyksikössä käytetään yhteistä Pohteen opiskelijoille tarkoitettua lomaketta, Pohteen rekrytointi tarkistaa opintopisteet ja opinto-oikeuden ja opiskelijalle määritetään ohjaaja. Noudatetaan Valviran ohjetta (Opiskelijan toimiminen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä). OLK- paikanvälitys huolehtii amanuenssien oikeudesta harjoittelujaksoon. Psykologiharjoittelijat haastatellaan tällä hetkellä yksikössä itse ja työsopimuksen laatii Pohteen tutkimus- ja opetusjohtaja, joten molemmat huolehtivat näistä asioista.

---

## 5.2. Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

---

Kuvaus: Miten seurataan henkilöstömitoitusta ja resursointia, huomioiden mm. Erityislainsäädäntö ja palvelukuvaukset?

Terveydenhuoltolaki (52 § Erikoissairaanhoidon pääsy) säätelee hoitoon pääsyä. Yksikössä seurataan säännöllisesti lähetekäsittelyaikoja, hoitoon pääsyä ja hoitojonoja. Näitä kirjataan kuukausi- ja osavuosikatsauksiin sekä toimintakertomukseen. Kuntoutuksen poliklinikoilla on toiminnanohjauspalaverit noin 6 kertaa vuodessa, joissa seurataan palvelujen saatavuutta ja resurssien jakamista. Vastuuyksikköpäällikkö seuraa hoitotakuun ylittäjiä, joiden kohdalla tarkistetaan tiedon oikeellisuus ja korjataan sihteerien kanssa mahdolliset kirjaamisvirheet, jotta luvut tilastoituvat oikein.

---

Kuvaus: Miten toimitte, kun henkilöstöä ei ole riittävästi vastaamaan asiakkaiden tai potilaiden palvelun, hoivan tai hoidon tarpeeseen?

Häiriö- ja poikkeustilanteet pyritään hoitamaan päivittäisillä työjärjestelyillä, sijaisten rekrytoinnilla sekä yhteistyöllä muiden yksiköiden kanssa. Poliklinikkatyössä siirretään tarvittaessa potilasaikoja hoidon tarve priorisoiden.

---

Kuvaus: Mitkä ovat konkreettiset toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi sekä normaalitilanteissa sekä, että niissä tilanteissa, jolloin henkilöstöä ei ole riittävästi saatavilla?

Sairaalan eri osastoille annettavissa palveluissa on priorisoitu sen henkilöstön tehtävät, josta on merkittävä puute (esimerkiksi viikonlopputyö tai poikkeustilanne, kuten lakko tai pandemia). Nämä ns. priorisointilistat on laadittu yhdessä etukäteen huomioiden sen, että kiireellisimminkin hoitoa tarvitsevat asiakkaat saadaan hoidettua ensin. Normaalisissa arjessa esihenkilöt suunnittelevat työvuorot, lomat ja tiimien vahvuuden siten, että palvelutarpeeseen saadaan vastattua. Tiimit tekevät itsenäisiä päätöksiä akuuteissa tilanteissa riittävän palvelutarpeen takaamiseksi.

Kuntoutuksen poliklinikoilla toiminnanohjauspalaveroin suunnitellaan henkilöstön riittävyyttä pidemmällä tähtäimellä ja lähiesihenkilöt varmistavat sijoitus- ja työvuorosuunnittelulla sekä lomasuunnittelulla riittävyyttä.

---

## 6. OMAVALVONNAN RISKIEN TUNNISTAMINEN JA HALLINTA

### 6.1. Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Vastuuyksiköissä noudatetaan seuraavia Pohteen sisäisiä ohjeita: "Työsuojeluriskien arviointiprosessi toimialueilla ja työyksiköissä" ja "Työn vaarojen ja riskiarvioinnin toteuttaminen Pohteen toimialueilla ja työyksiköissä- vastuut ja käytännöt".

Vastuuyksikköpäällikkö vastaa yksikön riskienhallinnan arviointiprosessista. Työparina esihenkilölle arviointiprosessissa toimii yksikön työsuojeluyhdyshenkilö. Vastuuyksikköpäällikkö käynnistää työsuojeluriskien arvioinnin yhteistyössä työsuojeluvaltuutetun kanssa. Työsuojeluriskit arvioidaan työyhteisössä aina, kun toiminnassa tai tiloissa tapahtuu muutoksia. Muutoin koko toiminnan kattava työsuojeluriskien perusteellinen arviointi toteutetaan kolmen vuoden välein. Psykososiaaliset kuormitustekijät arvioidaan vuosittain. Riskiarviontien ajantasaisuutta sekä kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuutta arvioidaan jatkuvasti.

Palvelualueen johto vastaa alueensa turvallisuusjohtamisesta ja siihen liittyvästä suunnittelusta määrittämällä mm. eri ammattiryhmäkohtaiset riskien arvioinnit.

Toimialueen johto varmistaa työturvallisuuden liittyvien asioiden toteutumisen ja tunnistaa niihin liittyviä kehittämis-, koulutus- ja perehdytystarpeita. Toimialueen johto huomioi riskienarvioinneissa esille tulleet asiat osana toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Toimialueen johdon vastuulla on osallistua havaittujen riskien vähentämiseen tai poistamiseen sekä mahdollistaa toimenpiteisiin tarvittavat resurssit. Toimialueen johto seuraa riskienarviointien ajantasaisuutta sekä kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuutta. Toimialueen Työhyvinvoinnin työryhmässä käsitellään neljännesvuosittain työturvallisuutta.

Kuvaus: Miten palveluyksikköne toiminnan riskejä tunnistetaan ja mitkä ovat asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta palveluyksikön toiminnan keskeiset riskit ja niiden vaikutukset?

Työntekijä osallistuu riskienarviointiin tuomalla esille havaitsemiaan vaara- ja riskitekijöitä sekä tarvittaessa vastaamalla webropol-ennakkokyselyyn. Esihenkilö ja työsuojeluyhdyshenkilö muodostavat työparin työturvallisuuden jatkuvaan arviointiin ja edistämiseen. Työsuojeluvaltuutetut ovat esihenkilön ja työsuojeluyhdyshenkilön tukena ja opastavat riskiarvioinnissa.

Koko kuntoutuksen toimialueen keskeisiksi riskeiksi tunnistettiin Pohteen 2024 talousarviossa 1. Merkittävät ongelmat hoitotakuussa 2. Potilasturvallisuuden pettäminen 3. Maineen menetys (mm. rekrytointia vaikeuttaen) 4. Vakava työtapaturma 5. Kiinteistövahinko 6. Tietoliikennehäiriö ja/tai tietoturvariski 7. Henkilöstöresurssin tai -osaamisen menettäminen pitkäaikaisesti 8. Merkittävät taloudelliset haasteet toimintaa vaarantaen.

Fysiatrian osaamiskeskuksessa tunnistettiin syksyllä 2024 omaa toimintaa koskien edellisten lisäksi seuraavia riskejä: rekrytointivaikeudet tiettyjen ammattiryhmien kohdalla, lähiesihenkilötyön haavoittuvuus mm. yllättävissä poissaolotilanteissa, tietyn osaamisen keskittyminen vain yhden henkilön varaan, palveluiden kysynnän yllättävät merkittävät muutokset ja yhteistyön pettäminen asiakkaiden kanssa (esim. ohjeiden noudattamatta jättäminen).

Riskiä arvioinnissa tehdään riskien merkityksellisyyden arviointi riskimatriisilla Pohteen toimintaohjeen mukaisesti. Riskien todennäköisyyttä ja tyypillisiä seurauksia arvioidaan. Riskimatriisissa arvioidaan riskiluokat ja määritellään toimenpiteet merkittävimpiin riskiluokkiin III-IV.

### 6.2. Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Riskienhallinnassa tulee ottaa huomioon muun muassa työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajan velvoitteet, joilla voi olla vaikutusta palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuuteen, sekä terveydensuojelulain

(763/1994) mukainen velvollisuus tunnistaa toimintansa terveyshaittaa aiheuttavat riskit ja seurata niihin vaikuttavia tekijöitä.

---

Palvelualueella noudatetaan Pohteen sisäisiä toimintaohjeita työ- ja potilasturvallisuuteen liittyvästä kokonaisuudesta. Työympäristöä ja potilaiden turvallisuutta parannetaan jatkuvasti sekä ennakoivasti että havaittuja ongelmia korjaten. Yksiköissä tehdään turvallisuuskävelyt säännöllisesti. Perehdyttämällä varmistetaan, että työntekijät ovat tietoisia yksikköään koskevista työturvallisuusohjeista.

Osallistavan johtamisen avulla luodaan jokaiselle mahdollisuudet osallistua työturvallisuuden hallintaan ja työhyvinvoinnin edistämiseen. Työsuojeluriskien arviointiin perustuvat toimenpidesuunnitelmat laaditaan vuosittain ja päivitetään toiminnan muutosten edellyttämällä tavalla. Työterveyshuolto kartoittaa työyksiköiden työpaikkaselvityksissä toimintaan ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät riskit, joiden pohjalta tehdään ongelmia korjaavat toimenpidesuunnitelmat. Työsuojelu on näissä prosesseissa mukana.

---

Esihenkilöllä on vastuu ja velvollisuus puuttua välittömästi omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin. Esihenkilö ilmoittaa palvelualuejohtajalle epäkohdat ja tarpeiden mukaisesti ne käsitellään yhdessä toimialueenjohton kanssa.

---

Kuvaus: Miten henkilöstö ilmoittaa haitta- ja vaaratapahtumista, miten kannustatte henkilöstöä ilmoittamaan haitta- ja vaaratapahtumista ja miten hyödynnätte tietoa henkilöstön ja organisaation oppimiseen?

Henkilöstö ilmoittaa tapahtumista HaiPro-järjestelmällä ja kiireellisissä tapauksissa myös välittömästi esihenkilölleen. Henkilöstöä kannustetaan ilmoituksiin osasto- ja työpaikkakokouksissa, joissa myös käydään läpi ilmoituksista saatua tietoa ja suunnitellaan korjaavia toimenpiteitä.

---

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella asiakas- ja potilasturvallisuuden, tietosuojan ja -turvan sekä työturvallisuuden haitta- ja vaaratapahtumat ilmoitetaan HaiPro-järjestelmän avulla. Asiakas- ja potilasturvallisuus- sekä työturvallisuusilmoitukset käsitellään yksikön esihenkilön johdolla. Tietosuojan ja -turvan ilmoitusten käsittelystä vastaa tietosuojan- ja tietoturvan asiantuntijat.

Haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset tulee käsitellä HaiPro-järjestelmässä kohtuullisessa ajassa ilmoituksen saapumisesta. Tapahtumien systemaattinen analysointi järjestelmää hyödyntäen auttaa ymmärtämään tapahtuman juurisyyn sekä määrittelemään tapahtuman riskin, mitkä auttavat suunnittelemaan ja kohdentamaan kehittämistoimien kiireellisyyttä ja laajuutta. Haitta- ja vaaratapahtumaraportoinnin tärkein tavoite, on että opitaan tehdyistä ilmoituksista. Tapahtumista keskusteleminen on tärkeää yksiköissä, mutta on myös tärkeää tunnistaa toimet, joilla tapahtuman toistuminen estetään tai uudelleen toistumisen riskiä pienennetään. Esihenkilöt seuraavat ja raportoivat johtamansa yksikön/yksiköiden vaaratapahtumailmoituksia.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla on asiakkaille, potilaille ja heidän läheisilleen ja omaisilleen lomakkeet, joiden avulla myös he voivat ilmoittaa asiakkaan/potilaan/läheisen vaaratilanteesta sekä tietosuojan ja -turvan liittyvät lomakkeet.

Vakavista vaaratapahtumista ilmoitetaan HaiPro-järjestelmän kautta. Vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta ja tulosten käsittelystä on laadittu erillinen ohje.

---

Kuvaus: Miten tiedotatte henkilöstölle ilmoitusvelvollisuuksista ja -oikeuksista ja niiden käytöstä

Osasto- ja työpaikkakokouksissa, riskienhallintaan liittyvissä kartoituksissa sekä perehdytyksessä korostetaan työntekijöille, että palveluyksikön henkilöstöön kuuluvan on ilmoitettava viipymättä salassapitosäännösten estämättä esihenkilölle tai muulle toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän työssään havaitsee tai saa tietoonsa epäkohdan tai uhan asiakkaan hoidon toteutuksessa (Palveluntuottajan ja henkilöstön valvontalain 29 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden ja -oikeuden toteuttaminen).

---

Kuvaus: Miten käsittelette ja otatte palveluyksikön riskienhallinnassa huomioon valvovien viranomaisten selvityspyynnöt, ohjauksen ja päätökset?

Päätökset käsitellään johtoryhmätasolla sekä yksiköissä. Mahdollisiin selvityspyyntöihin laaditaan selvitykset yksikössä ja vastaukset sairaalan ylempään johdon kanssa.

---

Kuvaus: Miten seuraatte henkilöstön työskentelyn asianmukaisuutta toiminnan aikana, ja miten puututte havaittuihin epäkohtiin?

Työskentelyn asianmukaisuutta seurataan lähiesihenkilöiden ja tiimin jäsenten kanssa. Seurataan asiakaspalautetta ja niiden yksiköiden palautetta, jolle palveluja annetaan. Uusien työntekijöiden perehtymistä seurataan. Opiskelijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden kanssa järjestetään yhteisvastaanottoja ja heidän potilasasiakirjamerkintöjään voidaan varsinkin alkuvaiheessa tarkastaa. Työntekijöiden on noudatettava lakeja, ohjeita ja määräyksiä sekä ammattillisia ajankohtaisia hoitoperiaatteita. Vastuuyksiköissä on laadittu omia pelisääntöjä ongelmia ehkäisemään. Pohteen Hyvän kohtelun mallissa määritellään hyvän työyhteisön tavoitteita, toimintamalleja, ongelmien ennaltaehkäisyn keinoja sekä sitä, miten työyhteisössä voidaan toimia ongelmatilanteissa. Epäkohtiin puututaan esihenkilötyössä keskustellen joko työntekijän tai myös mahdollisen toisen osapuolen kanssa. Ongelmatilanteissa voidaan käynnistää myös ns. puheeksiotto-prosessi. Isompaa joukkoa koskevaa asiaa voidaan pohtia tiimi-palaveri tai osastokokouksissa epäkohdista keskustellen. Mahdolliset työkyvyn tuen tarpeet tunnustetaan ja osaamisvajeet korjataan lisäkoulutuksella tai perehdytyksellä. tai vakavammassa ongelmissa työnjohdollisin toimenpitein. Työyhteisön haasteissa voidaan ottaa avuksi työsuojelun, luottamushenkilöiden tai työterveyshuollon tukea Pohteen Hyvä kohtelun mallin mukaisesti.

Kuvaus: Miten työturvallisuusriskien arviointi tehdään ja jalkautetaan henkilöstölle? (Vaarojen tunnistaminen ja riskien arviointi.) Milloin edellinen riskien arviointi on tehty?

Työturvallisuusriskien arviointi toteutetaan kokonaisuudessaan kolmen vuoden välein ja psykososiaalisten kuormitustekijöiden arviointi vuosittain. Henkilöstö osallistuu arviointiin webropol-kyselyn kautta, jonka jälkeen työsuojeluyhdyshenkilöt ja esihenkilöt tekevät tuloksista yhteenvedon. Yhteenveto käsitellään henkilöstön yhteisissä kokouksissa, joissa myös suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet riskien hallintaan. Riskien arvioinnit on tehty viimeksi kaikissa vastuuyksiköissä 2024 lukuunottamatta Raahen kipupoliklinikkaa, jossa se on tulossa 2025.

---

Kuvaus: Mitkä ovat työyksikön yleisimmät työturvallisuusriskit ja niiden hallintakeinot? Kuvaus toimintaohjeista ja menetelmistä ehkäistä ja hallita henkilöstöön kohdistuvia uhka- ja väkivaltatilanteita?

Palveluyksikössä yleisimmät riskit liittyvät ihmishuhdekuormitukseen ja tiedonkulun ongelmiin. Riskien hallintakeinoja ovat mm. työnohjaus, moniammatillisen työyhteisön osaamisen hyödyntäminen, yhteisten pelisääntöjen sopiminen ja noudattaminen mm. eri viestintäkanavien käytössä. Uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan kuuluu säännöllisesti suoritettava Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa -verkkokurssi, Avack -henkilöturvajärjestelmä sekä Pohteen yleisten ohjeistuksien kertaaminen yhteisissä kokouksissa ja harjoituksissa. Uhatilanteissa kutsutaan tarvittaessa vartija paikalle joko ennakolta tai ajankohtaisen tarpeen ilmetessä.

---

Kuvaus: Miten ja kenelle asiakkaat, potilaat tai omaiset voivat tuoda tietoon havaitsemansa epäkohdat, laatupoikkeamat ja riskit ja miten ne käsitellään?

Pohteen verkkosivuilta löytyvät lomakkeet vaaratapahtumien ilmoittamiseksi. Tämä Hai-pro-kaavake käynnistää automaattisesti tapahtuman käsittelyn ohjaten kaavakkeet vastuuhenkilöille. Pohteella noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjetta vakavien vaaratapahtumien käsittelystä sekä sitä tukevaa Pohteen oman toiminnan ohjetta. Vakavissa vaaratapahtumissa esihenkilö varmistaa ilmoituksen saatuaan, että välittömät turvallisuustoimenpiteet on tehty ja tekee esiselvityksen. Tarvittaessa tutkinta etenee vakavien vaaratapahtumien työryhmään. Vähäisemmän riskin ilmoitukset käsitellään yksiköissä, joissa myös suunnitellaan mahdolliset korjaavat toimet.

---

---

Kuvaus korjaavien toimenpiteiden seurannasta ja kirjaamisesta. Miten sovitusta muutoksista työskentelyssä ja muista korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilökunnalle ja muille yhteistyötahoille?

Haipro-käsittelyn yhteydessä kirjataan jo ainakin alustava suunniteltu toimintamalli ilmoituksen yhteyteen. Tiedottaminen tapahtuu tiimi- ja osastokokouksissa sekä tarvittaessa työpaikkakokouksessa. Tilanteesta riippuen yhteistyötahoja informoidaan sähköposteilla, tiedotteilla tai kiireellisissä tapauksissa soittamalla.

---

### 6.3. Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

---

Kuvaus: Miten varmistatte, että riskienhallintakeinonne ovat toimivia ja riittäviä? Miten riskienhallinnan toimivuutta seurataan ja arvioidaan?

Esihenkilöt ja johto seuraavat Haipro-ilmoituksia ja niitä käsitellään myös työhyvinvoinnin työryhmissä sekä työterveyshuollon seurantakokouksissa. Seurannalla varmistetaan, että ongelmatilanteet eivät toistu ja että hallintakeinot ovat olleet riittäviä. Muiden riskityyppien suhteen seuranta toteutuu johtoryhmässä ja toimipisteen omissa esihenkilöiden kokouksissa. Tietoa saadaan myös muistutuksia ja valituksia seuraamalla. Riskienhallinta kuuluu perehdytykseen.

---

Kuvaus: Miten seuraatte ja arvioitte riskienhallinnan toimivuutta?

Viime kädessä laaja johtoryhmä ja toimialuejohtaja sekä hoitotyön johtaja seuraavat, että riskienhallinta toteutuu toimialueen palvelualueilla yhdenmukaisesti ja riittävästi. Johto ja lähiesihenkilöt vastaavat oman yksikkönsä riskienhallinnan toteutumisen seurannasta.

---

Kuvaus: Miten varmistatte henkilöstön riskienhallinnan osaamisen?

Toimintayksikössä on Pohteen vaatimusten mukaisesti pakollista ja säännöllistä paloturvallisuuskoulutusta, ensiapukoulutusta, henkilöturvallisuuskoulutusta uhka- ja väkivaltatilanteisiin sekä tietoturva- ja tietosuojakoulutusta. Lisäksi hygieniaohteiden ja infektio- ja turvallisuuden toteutumista seurataan. Lääkärit osallistuvat sädesuojakoulutukseen. Poikkeustilanteiden ohjeita on löydettävissä sisäisiltä verkkosivuilta ja toimitilojen seiniltä. Poikkeuksellisissa toiminnan tilanteissa järjestetään seurantaryhmä, joka informoi tehostetusti poikkeustilanteen toimintamalleista.

---

### 6.4. Ostopalvelut ja alihankinta

---

Kuvaus: Miten käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Yksikössä hyödynnetään ostopalveluita oman toiminnan tukena. Ostopalveluiden kilpailutuksesta vastaa hankintapalvelut yhteistyössä palvelutuotannon kanssa. Ostopalveluiden laadusta vastaa valvontapalvelut. Laatua arvioidaan saadun palautteen perusteella ja muilla valvonnan keinoilla. Lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalveluita on mahdollista järjestää sekä maksusitoumuksella että palvelusetelillä.

---

---

Kuvaus: Konkreettiset menetelmät, joilla palveluyksikkö valvoo aktiivisesti asiakas- tai potilaskohtaisia sopimuksen perusteella hankkimiaan palveluja, niiden laatua ja asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Mahdollisia asiantuntijapalveluiden ostoja ja niiden laatua valvotaan yksikössä itse, sillä työ tehdään yksikön-omissa toimitiloissa ja moniammatillisesti. Vastuuyksikköpäälliköt valvovat palvelujen tuottamista. Ostopalveluna hankitut lääkinällisen kuntoutuksen palvelut on kilpailutettu ja palveluntuottajat ovat sitoutuneet tilaajan määrittelemiін ehtoihin. Hankinta- ja valvontayksikkö reagoivat mahdollisiin laatu-epokkeamiin.

---

## 6.5. Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

---

Kuntoutuksen toimialueen valmiussuunnitelma laaditaan huhtikuun loppuun mennessä 2025. Henkilökunnalle tarkoitetut valmiussuunnitelman häiriötilanteiden toimintaohjeet löytyvät sisäisiltä verkkosivuilta ja tulostettuina ohjeina yksiköissä sovitulla tavoilla (esim. hälytysohjeet).

---



## 7. OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN

### 7.1. Toimeenpano

---

Kuvaus: Miten varmistatte henkilöstön omavalvonnan osaamisen ja sitoutumisen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan?

Miten varmistatte eri palvelupisteiden henkilöstön olevan tietoisia omavalvontasuunnitelmaan tehdyistä päivityksistä ja niiden vaikutuksista toimintaan?

Henkilökuntaa on osallistettu omavalvontasuunnitelman tekemiseen, heitä informoidaan sen valmistumisesta työpaikkakokouksessa ja yksiköissä tiedotetaan, mistä suunnitelma ja sen päivitykset ovat luettavissa. Suunnitelmaan tehdyistä muutoksista tiedotetaan työpaikkakokouksissa ja esihenkilöiden välityksellä.

---

### 7.2. Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

---

Kuvaus: Miten varmistatte, että omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä ja siihen tehtävät päivitykset julkaistaan viiveettä? Missä omavalvontasuunnitelma on nähtävillä, toimintayksikön osoite ja verkkosivun osoite.

Omaavalvontasuunnitelma tulee olla asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheisten ja omaisten nähtävänä eri palvelupisteissä (Aapistie Kuntoutuksen poliklinikat ja Raahen kipupoliklinikka) ja se tulee julkaista Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla ([www.pohde.fi](http://www.pohde.fi)).

---

Miten omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan? Miten havaitut puutteellisuudet korjataan, miten varmistetaan, että seurannasta tehdään selvitys ja sen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein.

Omaavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan palvelualueen esihenkilöiden säännöllisissä kokouksissa, joiden asialistaan omavalvonta sisällytetään. Seuranta ja mahdollinen puutteellisuuksien korjaus rytmitetään työpaikkakokousten rytmiin, jolloin neljä kertaa vuodessa voidaan henkilöstöä myös informoida mahdollisista suunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Palvelualuejohtaja laatii seurantaraportin neljän kuukauden välein.

---

Kuvaus: Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelma pidetään ajan tasalla ja siihen tehtävät päivitykset julkaistaan viiveettä?

Suunnitelman ajantasaisuutta tarkastellaan johtoryhmätasolla johdon vuosikelloon sidotuin muistutuksin.

---

## 8. SUUNNITELMAN HYVÄKSYMINEN

**Omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa:**

---

Paikka ja päiväys

28.3.2025

---

Allekirjoitus

Toimialuejohtaja Kaj Sundqvist

---