



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi



Laatukäsikirja

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Sisällys

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä	1
Johdanto	3
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän laatukäsikirja on kirjallinen kuvaus kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmästä. Laadunhallintajärjestelmä on kokonaisuus, johon sisältyvät mm. Kainuun soten organisaatorakenne, arvot, visio, strategia, laatukäsikirja, laatu politiikka, laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toimintaohjelma, prosessikartta, asiakirjahallinta ja turvallisuutta edistävät käytänteet. Laadunhallintajärjestelmä pohjautuu terveydenhuoltolain 1326/2010 ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksen 341/2011 vaatimuksiin sekä kansallisen potilas- ja asiakas-turvallisuusstrategian (2017–2021) linjauksiin. Laadunhallintajärjestelmän käyttöönoton strateginen päätös tehtiin Kainuussa yhdessä alueen kuntien ja kaupunkien kanssa jo vuonna 2000. Tämän päätöksen mukaisesti laadunhallintajärjestelmä on laadittu sähköisesti ja yhteisenä järjestelmänä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, ympäristöterveyden ja sosiaalipalvelujen kanssa. Laadunhallintajärjestelmän perusteellinen uudistustyö aloitettiin 2017. Laadunhallintajärjestelmän uudistamisessa on hyödynnetty lean-ajattelua, poistaen turhaa päällekkäisyyttä, selkiyttämällä rakennetta ja sisältöä sekä helpottamalla käytettävyyttä.	3
Laadunhallintajärjestelmän viitekehyksenä toimivat ISO 9001:2015 standardin vaatimukset. Standardin mukaisesti laadunhallinnan periaatteet ovat: asiakaskeskeisyys, johtajuus, ihmisten täysipainoinen osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, parantaminen, näyttöön pohjautuva päätöksenteko ja suhteiden hallinta. Standardi korostaa asiakaslähtöistä prosessimaista toimintaa, toiminnan riskien hallintaa, tavoitteellisuutta, mittaamista sekä jatkuvaa toiminnan arviointia ja parantamista. Toimintaa arvioidaan mittareiden ja palautekäytäntöjen lisäksi mm. johdon katselmuksilla, omavalvontakäynteillä ja sisäisillä arvioinneilla.	4
Kainuun soten yhteinen laadunhallintajärjestelmä linjaa toimintaa ja saattaa toimintatavat läpinäkyväksi ja koko organisaation tietoisuuteen, varmentaa, vakioi ja yhtenäistää toimintaa, tukee oppimista ja perehdytystä sekä keskittää tietoa, joka on löydettävissä yhdestä paikasta, laadunhallintajärjestelmästä. Laadunhallintajärjestelmä muodostaa kokonaisuuden, jonka tehtävänä on laadun, potilas- ja asiakasturvallisuuden jatkuva kehittäminen ja ylläpitäminen. Tavoitteena on kehittää kuntayhtymään turvallisuuskulttuuria, jossa on selkeät, määritellyt toimintatavat laadun, potilas- ja asiakasturvallisuuden ylläpitämisestä ja jatkuvasta parantamisesta. Kehittämistyössä ovat mukana kaikki ammattiryhmät, asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa. Tahtotilana on ollut rakentaa järjestelmä, joka tukee organisaation tavoitteiden saavuttamista ja jonka mukaiseen toimintaan koko henkilöstö sitoutuu.	4
1. Organisaatio ja toimintaympäristö	5
Toiminnan ja toimintaympäristön esittely	5
Toiminta-ajatus, visio, strategia, arvot, laatu politiikka	5
Toimintaympäristön ja sidosryhmien vaatimusten ja haasteiden tunnistaminen	7
1.4 Laki- ja viranomaisvaatimukset	7
1.5 Tuotettavat palvelut	8
1.6 Laatujärjestelmän rakenne ja hallinta	8
2. Asiakkaat ja sidosryhmät	11
2.1 Asiakaslähtöisyys	11
2.2 Palvelujen käyttäjät ja keskeiset sidosryhmät	11
2.3 Asiakaspalveluihin liittyvät riskit ja kehittämismahdollisuudet	11
2.4 Palautejärjestelmät ja palautekanavat	12
3. Johtaminen	14
3.1 Toiminnan johtaminen	14
3.2 Johdon sitoutuminen	15
3.3 Roolit, vastuut ja päätösvaltuudet	16
3.4 Päätöksenteko, katselmuksiset ja kokouskäytännöt	16
4. Suunnittelu	18
4.1 Talouden ja toiminnan suunnittelu	18
4.2 Muut toimintaan liittyvät suunnitelmat	18
4.3 Muutosten suunnittelu ja hallinta	18
4.4 Riskien ja mahdollisuuksien hallinta	19



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

4.5 Poikkeustilanteiden hallinta	21
Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin hallinnonalalla johtaa, valvoo ja yhteen sovittaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriössä valmiusasioista vastaa valmiusyksikkö. Valmiuslain (1552 / 2011) 12 § mukaan valtioneuvoston, valtion hallintoviranomaisten, valtion itsenäisten julkisoikeudellisten laitosten, muiden valtion viranomaisten ja valtion liikelaitosten sekä kuntien, kuntayhtymien sekä muiden kuntien yhteenliittymien tulee valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluun sekä muiden toimenpiteiden avulla varmistaa tehtäviensä mahdollisimman hyvä hoitaminen myös poikkeusoloissa. Kainuun soten valmiussuunnitelma on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen valmiussuunnitelma, jossa on yhdistetty täysjäsenkuntien terveys- ja sosiaalitoimen, sairaanhoitopiiriin sekä keskussairaalan aiemmat suunnitelmat. Valmiussuunnitelmassa kuvataan kuntayhtymän toimintavalmius normaalioloissa, normaaliolojen erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Valmiussuunnitelmaa ylläpidetään Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ylläpitämässä selaimessa ja on tunnuksen saaneille käytettävissä. Valmiussuunnitelma sisältää mm. terveydenhuollon suunnitelman, varasairaalas suunnitelmat, sosiaalihuollon suunnitelman, ympäristöterveydenhuollon suunnitelman ja influenssapandemia - suunnitelman. Lisäksi on laadittu keskussairaalan ja terveysasemien suuronnettomuusohjeet ja laitoskohtaiset pelastussuunnitelmat ja turvallisuus selvitykset. Toimintaohjeet poikkeustilanteissa on kuvattu Kaimassa kohdassa valmiussuunnitelmat.....	21
5. Resurssien hallinta ja toiminnan tuki	21
5.1 Henkilöstö	21
5.1.2. Pehdyttämisen	23
5.2 Työympäristö, työsuojelu ja työhyvinvointi	25
5.3 Tietosuoja, tietoturva ja tietojärjestelmät	31
5.4 Lääkintälaitteiden hallinta	32
5.5 Hankinnat ja ostopalvelut	32
5.6 Viestintä	33
5.7 Asiakirjahallinta (ohjeet ja lomakkeet)	33
6. Palvelujen tuottaminen ja kehittäminen	34
6.1 Prosessit, palvelut ja niiden hallinta	34
6.2 Terveystiedon edistäminen	36
6.3 Kuntouttavat työote	36
6.4 Potilas- ja asiakasturvallisuus	37
6.5 Palvelujen ja toiminnan kehittäminen	38
6.6 Ulkoistetut palvelut	39
7. Suorituskyvyn arviointi	39
7.1 Mitattavat tekijät ja tulosten hyödyntäminen (BSC)	39
7.2 Kyselyt ja palautteet	40
7.3 Seurannat, arvioinnit ja katselmuks	42
8. Jatkuva parantaminen	45
8.1 Toiminnan jatkuva parantaminen	45
8.2 Omaohjaus	47
8.3 Poikkeavan palvelun ohjaus	47
Yhteenveto	49

Johdanto

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän laatukäsikirja on kirjallinen kuvaus kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmästä. Laadunhallintajärjestelmä on kokonaisuus, johon sisältyvät mm. Kainuun soten organisaatorakenne, arvot, visio, strategia, laatukäsikirja, laatupolitiikka, laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toimintaohjelma, prosessikartta, asiakirjahallinta ja turvallisuutta edistävät käytänteet. Laadunhallintajärjestelmä pohjautuu terveydenhuoltolain 1326/2010 ja sosiaali- ja



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

terveysministeriön asetuksen 341/2011 vaatimukseen sekä kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian (2017–2021) linjauksiin. Laadunhallintajärjestelmän käyttöönoton strateginen päätös tehtiin Kainuussa yhdessä alueen kuntien ja kaupunkien kanssa jo vuonna 2000. Tämän päätöksen mukaisesti laadunhallintajärjestelmä on laadittu sähköisesti ja yhteisenä järjestelmänä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, ympäristöterveyden ja sosiaalipalvelujen kanssa. Laadunhallintajärjestelmän perusteellinen uudistustyö aloitettiin 2017. Laadunhallintajärjestelmän uudistamisessa on hyödynnetty lean-ajattelua, poistaen turhaa päällekkäisyyttä, selkiyttämällä rakennetta ja sisältöä sekä helpottamalla käytettävyyttä.

Laadunhallintajärjestelmän viitekehyksenä toimivat ISO 9001:2015 standardin vaatimukset. Standardin mukaisesti laadunhallinnan periaatteet ovat: asiakaskeskeisyys, johtajuus, ihmisten täysipainoinen osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, parantaminen, näyttöön pohjautuva päätöksenteko ja suhteiden hallinta. Standardi korostaa asiakaslähtöistä prosessimaista toimintaa, toiminnan riskien hallintaa, tavoitteellisuutta, mittaamista sekä jatkuvaa toiminnan arviointia ja parantamista. Toimintaa arvioidaan mittareiden ja palautekäytäntöjen lisäksi mm. johdon katselmuksilla, omavalvontakäynteillä ja sisäisillä arvioinneilla.

Kainuun sotien yhteinen laadunhallintajärjestelmä linjaa toimintaa ja saattaa toimintatavat läpinäkyväksi ja koko organisaation tietoisuuteen, varmentaa, vakioi ja yhtenäistää toimintaa, tukee oppimista ja perehdytystä sekä keskittää tietoa, joka on löydettävissä yhdestä paikasta, laadunhallintajärjestelmästä. Laadunhallintajärjestelmä muodostaa kokonaisuuden, jonka tehtävänä on laadun, potilas- ja asiakasturvallisuuden jatkuva kehittäminen ja ylläpitäminen. Tavoitteena on kehittää kuntayhtymään turvallisuuskulttuuria, jossa on selkeät, määritellyt toimintatavat laadun, potilas- ja asiakasturvallisuuden ylläpitämisestä ja jatkuvasta parantamisesta. Kehittämistyössä ovat mukana kaikki ammattiryhmät, asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa. Tahtotilana on ollut rakentaa järjestelmä, joka tukee organisaation tavoitteiden saavuttamista ja jonka mukaiseen toimintaan koko henkilöstö sitoutuu.

Laadunhallintajärjestelmän käyttöönotto on organisaation strateginen päätös. Laadunhallintajärjestelmä kattaa koko kuntayhtymän toiminnan; terveyden- ja sairauden hoitopalvelut, vanhustalut, sairaanhoidon palvelut, perhepalvelut, ympäristöterveydenhuollon, keskitetyt yhteiset palvelut sekä hallinnon tulosalueet. Laadunhallintajärjestelmä sisältää määrittelyt vastuista, menettelytavoista ja rakenteista laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden täytäntöönpanoa varten. Kuntayhtymän johto vastaa laadunhallintajärjestelmän täytäntöönpanosta, ylläpidosta, seurannasta, arvioinnista ja järjestelmän jatkuvasta parantamisesta sekä on nimennyt vastuuhenkilöt organisaation jokaiselle tasolle. Jokainen tai ammattihenkilö vastaa omalta osaltaan hoidon/palvelun laadusta ja potilasturvallisuudesta sekä turvallisuutta edistävien työtapojen käytöstä omissa työtehtävissä.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

1. Organisaatio ja toimintaympäristö

Toiminnan ja toimintaympäristön esittely

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) hoitaa Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien kaikki sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Puolangalla Kainuun sote vastaa erikoissairaanhoidosta ja ympäristöterveydenhuollosta (mm. eläinlääkäri- ja terveystalvontapalvelut).

Toiminnan ensisijaisena tavoitteena on taata turvallinen, laadukas hoito ja palvelu, oikein ja oikeaan aikaan tasapuolisesti jokaiselle. Kuntouttava työote, ennaltaehkäisevä ja terveyttä edistävä näkökulma heijastuu kuntayhtymän kaikessa toiminnassa. Palvelut tuotetaan laadukkaasti, turvallisesti, kustannustehokkaasti ja asianmukaisesti. Kainuulaisten lähes päivittäin tarvitsemat palvelut ovat lähipalveluja. Harvemmin tarvittavat palvelut tuotetaan seudullisesti. Harvoin tarvittavat, erityisosaamista vaativat palvelut ovat keskitettyjä, maakunnallisia palveluja. Palveluiden tuottamisessa johtaminen on keskitetty ja palvelut tuotetaan hajautetusti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntakohtainen järjestäminen on kuvattu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa.

Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo ja Suomussalmi. Puolangan kunta on osajäsenenä, ja jäsenyys koskee Kainuun sairaanhoitopiiriä, kehitysvammaisten erityishuoltopiiriä ja Kainuun ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita.

Kuntayhtymän toiminta on jaettu seuraaviin tulosalueisiin:

1. hallinto
2. keskitetyt tukipalvelut,
3. perhepalvelut,
4. sairaanhoidolliset palvelut,
5. terveyden- ja sairaudenhoitopalvelut,
6. vanhuspalvelut ja
7. ympäristöterveydenhuolto

Tulosalueet jakautuvat vastuualueisiin ja vastuualueet tuloksiköihin. Tulosalueiden pääasialliset tehtävät kuvataan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosäännössä luvussa 3. Kuvaus organisaatorakenteesta löytyy laadunhallintajärjestelmästä kohdasta 1 organisaatio ja toimintaympäristö, [organisaatorakenne](#).

Toiminta-ajatus, visio, strategia, arvot, laatupolitiikka

Toiminta-ajatus

Kuntayhtymän toiminta-ajatus ja tehtävät on määritelty Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän perussopimuksessa. Kuntayhtymän tehtävänä on järjestää jäsenkuntien puolesta laissa säädetty erikoissairaanhoido ja kehitysvammaisten erityishuolto niiltä osin kuin kunnat eivät järjestä sitä omana palvelunaan tai järjestävät sen muulla tavalla sekä jäsenkuntien lakisäätteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta lasten päivähoitoa.

Kuntayhtymä:

1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta
2. kaventaa väestöryhmien terveyseroja
3. toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilas- ja asiakasturvallisuutta



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Arvot

Kuntayhtymän arvot ovat:

Vastuullisuus
Asiakslähtöisyys ja **P**erhekeskeisyys
Luottamus
Oikeudenmukaisuus
Avoimuus

Kainuun soten arvojen mukaisesti toimimme kiinteässä yhteistyössä edistäen ja ylläpitäen kainuulaisten ja muiden palveluja käyttävien terveyttä, sosiaalista turvallisuutta, toimintakykyisyyttä ja hyvinvointia. Arvostamme luotettavuutta suhteessa niin asiakkaisiin kuin sisäisiin ja ulkoisiin yhteistyötahoihin. Toimimme vastuullisesti lakien ja viranomaisten vaatimusten mukaisesti. Palvelumme on ihmisarvoa kunnioittavaa. Kuulemme asiakasta ja asiakkaalla on vaikuttamismahdollisuus hoitonsa ja palvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa. Asiakslähtöisyys on toimintamme lähtökohta. Palveluiden järjestämisessä korostuu oikeudenmukaisuus, esimerkiksi oikeudenmukainen palveluiden jakautuminen. Osallistumme oman työmme kehittämiseen ja päätöksentekoon sekä vastaamme omalta osaltaan työn laadusta ja turvallisuudesta. Toimintamme perustuu avoimuuteen ja luottamukselliseen toimintaan sekä syyllistämättömään toimintakulttuuriin. Kehitämme toimintakulttuuria potilas- ja asiakasturvallisuutta edistään mm. käsittelemällä vaara- ja haittatapahtumia avoimesti, työntekijöitä tukien, palautetta antaen sekä toimintaa jatkuvasti parantaen ja kehittäen.

Kuntayhtymän arvokeskustelujen tueksi on laadittu [Kainuun soten arvokirja](#). Arvokirjan tarkoituksena on saada kaikki organisaation päättäjät ja työntekijät ymmärtämään ja tulkitsemaan arvojen sanomaa samalla tavalla sekä toimimaan arvojen mukaisesti.

Visio 2026

Jokaisella on hyvä elämä Kainuussa. Palvelumme ovat asiakslähtöisiä, tehokkaita ja kustannusvaikuttavia.

Visiota tarkentavat strategiset päämäärät, ja ne ovat pääosin mitattavia tai arvioitavia pitkän aikavälin kehittämispäämääriä.

Strategia

Strategia muodostuu arvoista, visiosta, strategisista päämääristä, kriittisistä menestystekijöistä ja mittareista. Kainuun sote uudistaa strategiaa kahdeksan ja neljän vuoden välein. Vuosittaisen talousarviovalmistelun yhteydessä strategia päivitetään. Strategiaprosessin tueksi on laadittu [Kainuun soten strategiakirja](#).

Laatupolitiikka

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän laatupolitiikan tarkoituksena on edistää laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua palvelua. Laatupolitiikka kuvaa hyvän palvelun periaatteita.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Kainuun sosiaali- ja terveystyöpalvelut järjestetään ja tuotetaan laadukkaasti, kustannustehokkaasti, väestön terveyttä ja hyvinvointia edistäen sekä toimintaympäristön muutokset huomioiden ja niihin ennakoivasti reagoiden. Palvelu on asiakaslähtöistä, oikea-aikaista, vapaavalinnan periaatetta ja ihmisarvoa kunnioittavaa. Henkilöstö toimii kiinteässä yhteistyössä edistäen ja ylläpitäen asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta, elämänhallintaa ja toimintakykyisyyttä.

Johto luo edellytykset hyvälle palvelutoiminnalle ja henkilöstön osaamisen kehittämiseksi. Uusien toimintamallien käyttöönotto on suunnitelmallista, aktiivista, kokeilevaa, tutkittuun tietoon ja arviointiin perustuvaa. Teknologiaa hyödynnetään palveluiden kehittämisessä ja järjestämisessä. Hoidon ja palvelun vaikuttavuutta, tuottavuutta ja laatua seurataan yhteisesti sovitulla tavalla. Eri toimijoiden kanssa tehdään laaja-alaista yhteistyötä. Toimiva ja tarkoituksenmukainen laadunhallintajärjestelmä ohjaa toiminnan arviointiin ja jatkuvaan parantamiseen.

Osaava, työhönsä tyytyväinen ja hyvinvoiva henkilöstö on motivoitunut työnsä, työyhteisönsä ja toimialan toiminnan kehittämiseen. Työyhteisön ilmapiiri on avoin, hyväksyvä ja innostava. Johto ja henkilöstö sitoutuvat palveluiden laadun jatkuvaan parantamiseen.

Laatupolitiikka antaa periaatteet ja linjaukset laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseksi sekä luo perustan avoimuutta ja ennaltaehkäisevää työtä korostavalle turvallisuuskulttuurille. Turvallisuuskulttuuria edistävät avoimuutta tukevat arvot ja ilmapiiri, jossa poikkeamat ja virheet otetaan esiin, niistä keskustellaan, haetaan virheisiin johtaneet syyt ja tehdään korjaavat toimenpiteet. Laadukas ja turvallista toimintaa tukeva henkilöstöjohtaminen vahvistaa avointa ja syölistämätöntä toimintakulttuuria. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään hoitoriskejä ja potilaille hoidon aikana mahdollisesti aiheutuvia haittoja. Olennaista on moniammatillinen toimintatapa, avoin ilmapiiri ja valmius toiminnan jatkuvaan kehittämiseen. Turvallisuuskulttuurin tilaa seurataan 3-4 vuoden välein tehtävällä turvallisuuskulttuurikyselyllä (TUKU).

Toimintaympäristön ja sidosryhmien vaatimusten ja haasteiden tunnistaminen

Toimintaympäristön liittyvien muutosten ja muutospaineiden kartoitus ja analysointi tehdään strategiaproessin yhteydessä. Kainuun sotien strategiakäsikirja ohjaa kartoituksen ja analysoinnin tekemistä. Vuosittain julkaistavassa yhtymävaltuuston hyväksymässä talousarvio ja taloussuunnitelmakirjassa kuvataan toimintaympäristöön liittyviä muutoksia. Kuntariskit -ohjelmaan kirjataan kuntalain mukainen vaarojen selvittäminen ja arviointi. Laadunhallintajärjestelmään liittyvät sisäiset ja ulkoiset haasteet on tunnistettu hyödyntäen SWOT-analyysejä.

1.4 Laki- ja viranomaisvaatimukset

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä noudatetaan voimassa olevaa lainsäädäntöä <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>. Talousarvio ja taloussuunnitelmakirjassa kuvataan vuosittain keskeiset toimintaan vaikuttavat lainsäädännön uudistukset.

Potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävät keskeiset säädökset ovat: terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali- ja terveystyöpalveluista (980/2012). Lääkelaki (359/1987) edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta, laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta. Tartuntatautilain (1227/2016) tarkoituksena on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden leviämistä. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) ohjaa asiakastietojen sähköistä käsittelyä ja omalta osaltaan edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta. Lisäksi on asetettu asetus laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (341/2011).



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

1.5 Tuotettavat palvelut

Tuotettavien palvelujen kuvaukset ja palveluhinnat kuvataan vuosittain päivitettävässä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän [palvelukatalogissa](#). Palvelut on kuvattu myös järjestämissuunnitelmassa ja palvelukartoissa. Asiakkaille tarjottavat palvelut kuvataan myös Kainuun soten ulkoisilla sivuilla (sote.kainuu.fi) ja suomi.fi sivustolla.

1.6 Laatujärjestelmän rakenne ja hallinta

Laadunhallintajärjestelmän rakenteen ja sisällön lähtökohtana ovat ISO 9001:2015 standardin vaatimukset. Laadunhallintajärjestelmä sisältää terveydenhuoltolain 1326/2010 ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 341/2011 mukaisen suunnitelman täytäntöönpanon kuvauksen sekä vastaa kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian (2017–2021) vaateisiin. Laadunhallinta-järjestelmää sovelletaan henkilöstömäärältään n 3 400 viranhaltijan/ työntekijän toimintaan ja toimintaympäristöön sekä n. 74 000 maakunnan asukkaan ja muiden asiakkaiden palveluiden tarpeisiin vastaamiseen. Laadunhallintajärjestelmä kattaa koko kuntayhtymän toiminnan; terveyden- ja sairauden hoitopalvelut, vanhuspalvelut, sairaanhoidon palvelut, perhepalvelut, ympäristöterveydenhuollon, keskitetyt yhteiset palvelut sekä hallinnon tulosalueet. Sertifiointiarvioinnin piirissä (ISO 9001:2015) ovat operatiivinen vastuualue, konservatiivinen vastuualue lukuun ottamatta potilaiden kotona tapahtuu hengityshalvauspotilaiden hoitoa, kuvantaminen sekä akuuttipalvelujen vastuualue lukuun ottamatta ensihoitoa. Vuonna 2020 sertifiointiarviointi laajenee patologian tulosityksikköön.

Laadunhallintajärjestelmä tukee Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kykyä tuottaa palveluita, jotka täyttävät asiakasvaatimukset sekä palvelua koskevat lakien ja viranomaisten vaatimukset. Tavoitteena on lisätä asiakastytyväisyyttä soveltamalla laadunhallintajärjestelmää, joka sisältää jatkuvan parantamisen menettelyt, keskeiset toimintaprosessit ja niiden vuorovaikutukset, asiakasvaatimukset sekä palveluja koskevien lakien ja viranomaistahojen vaatimusten täyttämisen varmistavat toimintamenettelyt ja -prosessit, ohjeet ja lomakkeet. Potilas- ja asiakasturvallisuus on osa laadunhallintaa ja sisältyy kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmään ja vastuualueiden laatukäsikirjoihin. Laadunhallintajärjestelmässä kuvataan keskeiset potilas- ja asiakasturvallisuuden johtamisen menettelyt sekä se miten laatua ja turvallisuutta hallitaan, seurataan, arvioidaan ja kehitetään toimintaprosessien ja -ketjujen rajapinnoilla sekä liittymäpinnoissa muihin organisaatioihin. Laadunhallinnanjärjestelmä tukee turvallisuusjohtamista. Turvallisuusjohtaminen on ennaltaehkäisevää toimintaa, missä riskien arvioinnin ja ennakoivan riskienhallinnan avulla pyritään ylläpitämään turvallisuutta organisaation kaikilla tasoilla.

Kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmä on kuvattu sähköisenä Kaima -intrassa.

Laadunhallintajärjestelmästä pidetään myös ajantasainen paperiversio. Kansiota ylläpitää ja säilyttää laadunhallinnan suunnittelija. Järjestelmän rakennetta ja sisältöä kehitetään ja jatkuvasti parannetaan esille tulleiden muutostarpeiden ja saatujen palautteiden avulla. Sähköisen järjestelmän asiakirjojen vanha versio arkistoituu metatietokantaan intraan, josta se on tarvittavissa haettavissa. Kun laadunhallintajärjestelmässä viitataan julkaistuun asiakirjaan, lähde kirjataan tekstiosan loppuun. Laadunhallinta- järjestelmässä olevaan tekstiin liittyvät asiakirjat, ohjeet, taulukot ym. liittyvät laadunhallintajärjestelmän tekstiin linkin kautta. Laadunhallintajärjestelmän sanasto ja termit perustuvat ISO 9001:2015 standardiin. Jos laadunhallintajärjestelmässä käytetään ISO 9001:2015 standardista poikkeavaa termiä tai määrittelyä, ko. termi määritellään erikseen. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät keskeiset käsitteet löytyvät Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastosta [Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto](#).

Laadunhallintajärjestelmän tasot

Kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmän muodostuu kahdesta tasosta. Tasolla yksi (taso 1) kuvataan koko kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmä ja laatukäsikirja, toiminnan strategiset lähtökohdat, yhteiset menettelytavat ja toiminnan ohjaus. Laadunhallinnanjärjestelmän tasolla kaksi (taso 2) kuvataan tulos-, vastuualue- ja tulosityksikkötason toiminta ja siihen liittyvät laatukäsikirjat. Laatukäsikirjakäsikirja



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

kuvataan tulosalueen tarpeen mukaisesti joko tulosalueen, tai vastualueen tai tulosyksikön tasolla. Laatukäsikirjat sisältävät alueiden toimintamenettelyt ja ohjauksen. Tarvittavilta osin viitataan kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmään ja laatukäsikirjaan. Suunnitelma laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden täytäntöönpanosta sisältyy tulosalueen/vastualueen/tulosyksiköiden käsikirjoihin kuntayhtymän linjausten mukaisesti.



Kuva 1 Laadunhallintajärjestelmän tasot

Laadunhallintajärjestelmä

- edistää ja kehittää laadunhallintaa ja potilas- ja asiakasturvallisuutta
- tunnistaa, arvio ja kontrolloi laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden riskejä
- seuraa, analysoi ja raportoi laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittymistä
- sisältää menettelytavat laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi ja edistämiseksi
- perustuu asiantuntijoiden, työryhmien ja linjaorganisaation tiiviiseen yhteistyöhön
- on osa turvallisuusjohtamisjärjestelmää

Laadunhallintajärjestelmä ja yleiset vaatimukset

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on määrittänyt laadunhallintajärjestelmässä olevat prosessit sekä hoito- ja palveluketjut. Prosessit ja ketjut tunnistetaan ja kuvataan sähköiseen muotoon QPR EnterpriseArchitect -ohjelman avulla. Prosessien keskinäinen järjestys ja vuorovaikutus on kuvattu kuntayhtymän prosessikarttaan. Asiakasvaatimukset tunnistetaan, sosiaali- ja terveystoimialan prosessit ja -ketjut toteutetaan johdon ohjauksen ja toiminnalle varattujen resurssien avulla. Toiminnan laatua mitataan, analysoidaan ja arvioidaan. Saatujen tulosten pohjalta suunnitellaan tarvittavat parannustoimenpiteet. Tavoitteena on parantaa jatkuvasti laadunhallintajärjestelmän suorituskykyä, vaikuttavuutta ja asiakasvaatimusten toteutumista.

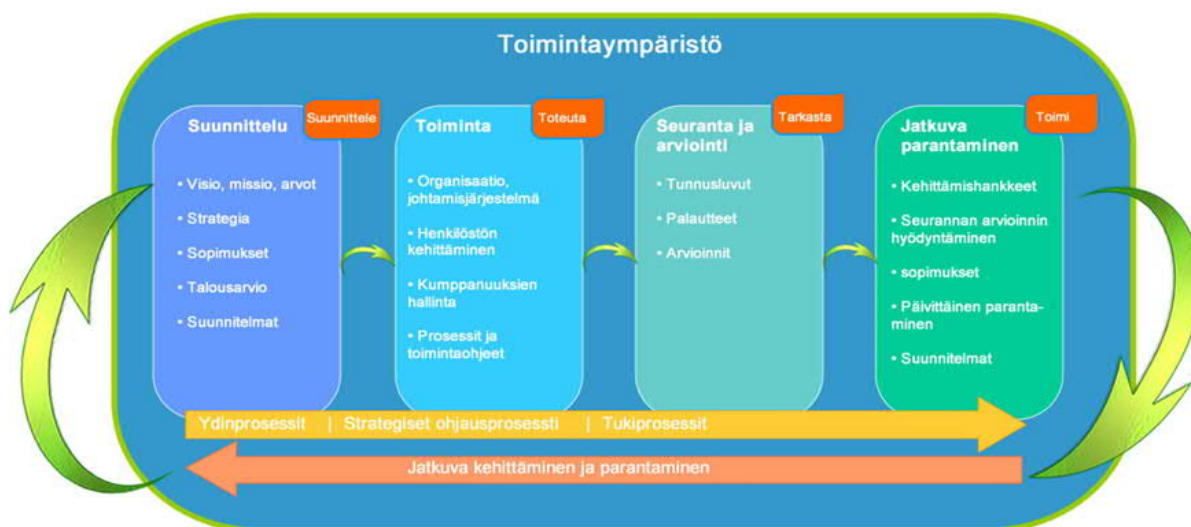


Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Prosessimainen toimintatapa

Toiminnan keskeisenä periaatteena on prosessimainen toimintamalli. Prosessimaisen laadunhallintajärjestelmän tavoitteena on parantaa toiminnan vaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Prosessi alkaa ja päättyy asiakkaaseen. Prosessien ja ketjujen toimintaa ohjataan mm. asiakirjojen ja eri ohjeiden avulla. Syntyvät tallenteet dokumentoidaan ja arkistoidaan asiakirjahallinnan ohjeiden mukaisesti. Kuntayhtymän johtaja varmistaa tiedon kulun ja resurssien saatavuuden.



Kuva 2: Prosessimainen toimintamalli

Prosessimainen toiminta perustuu jatkuvaan toiminnan parantamiseen Demingin PDCA:n mukaisesti (Plan-Do-Check-Act) toiminnan suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja parantamiseen. Kuntayhtymän toimintaprosesseja ja -ketjuja seurataan ja mitataan tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Saadut tulokset analysoidaan ja tehdään tarvittavat toimenpiteet tulosten saavuttamiseksi ja prosessien parantamiseksi. Jatkuva asiakaspalvelun ja toiminnan parantaminen on luonnollinen osa tuloskortteja.

Laadunhallintajärjestelmä sisältää seuraavat toiminnan kuvaukset:

- laadunhallintajärjestelmän taustaa, asiakasmäärittelyn ja asiakasodotukset, prosessimainen toimintatapa
- kuntayhtymän perustehtävä, arvot ja visio
- soveltamisalan määrittely
- viittaukset, termit ja määritelmät
- laadunhallintajärjestelmän ja sen ylläpitämisen kuvaus, yleiset vaatimukset kuten asiakirjojen dokumentointi ja tallenteiden ohjaus, tietosuoja ja tietoturva
- kuntayhtymän johtamisen; johdon sitoutuminen, asiakaskeskeisyys, toimintapolitiikka, suunnittelu, vastuut, valtuudet ja viestintä, johdon katselmusmenettelyt
- riskien arvioinnin, seurannan ja hallinnan
- prosessien hallinnan; palvelujen toteuttamisen, asiakkaaseen ja palvelujen tuottamiseen liittyvät prosessit, viestintä asiakkaan kanssa, suunnittelu ja kehittäminen, hankinta- ja ostotoiminta, tuotteiden ja palveluiden tuottaminen, asiakkaan omaisuus, laitteiden hallinta
- turvallisuutta edistävät toimintatavat
- mittaus, analysointi ja parantaminen; yleistä, seuranta ja mittaus, poikkeavan tuotteen ohjaus, tiedon analysointi, toiminnan jatkuva parantaminen



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

2. Asiakkaat ja sidosryhmät

2.1 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on kuntayhtymän toiminnan lähtökohta ja keskeinen toimintaamme ohjaava arvo. Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan palveluun ja hoitoon. Asiakslähtöisyys tarkoittaa myös sitä, että hoidon ja palveluiden kokonaisuus toimii asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisesti ja asiakas on tyytyväinen saamaansa hoitoon tai palveluun.

Asiakslähtöisyys näkyy arjessa

- hyvänä asiakaspalveluna ja kohteluna
- ihmisarvon ja yhdenvertaisuuden kunnioittamisena
- asiakkaita kunnioittavana palveluna
- palvelujen järjestämisenä asiakkaiden tarpeiden pohjalta yhteisesti sovittujen kriteerien mukaisesti
- vuorovaikutteisena toimintana
- asiakkaan kokemusten ja palautteiden huomioimisena toiminnan kehittämisessä
- asiakkaan auttamisena ja tukemisena käyttämään omia voimavarojaan
- keskinäisenä ja moniammatillisena yhteistyönä

Asiakaspalveluosaaminen on määritelty yhdeksi keskeiseksi ydinosaamiseksi. Asiakaspalvelu ja sen osaaminen koskettaa kaikkia kuntayhtymän työntekijöitä. Hyvä asiakaspalvelu on laadukkaan toiminnan tae. Hyvä asiakaspalvelukokemus lisää myös turvallisuutta sekä asiakkaiden sitoutumista. Asiakaspalveluosaamisen tueksi kuntayhtymässä on käytössä mm. oppiportin verkkokursseja.

2.2 Palvelujen käyttäjät ja keskeiset sidosryhmät

Kuntayhtymän toiminta perustuu maakunnan asiakastarpeiden tiedostamiseen ja tunnistamiseen. Asiakastarpeet ja odotukset turvataan käytössä olevien resurssien puitteissa. Kainuun sotien ulkoisia asiakkaita ovat erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden sekä ympäristöterveydenhuollon palveluja tarvitsevat asiakkaat/potilaat ja heidän perheensä/läheisensä. Muita ulkoisia asiakkaita ovat sidosryhmät ja yhteistyökumppanit; esim. Kainuun kunnat ja kaupungit, toiset sairaanhoitopiirit, terveyskeskukset ja muut julkiset organisaatiot, Kela ja muut virastot, Kainuun Prikaati, oppilaitokset (mm. ammattikorkeakoulu, ammattiopisto) ja yliopistot. Sisäisiä asiakkaita ovat organisaation toisten tulosityksiköiden, vastuu- ja tulosalueiden henkilöstöt.

Kuntayhtymässä noudatetaan asiakkaan vapaan valinnan -periaatetta, jonka mukaan asiakkaalla on mahdollisuus vapaasti valita hoitopaikkansa kuntarajoista riippumatta koko Kainuun alueella.

2.3 Asiakaspalveluihin liittyvät riskit ja kehittämismahdollisuudet

Kuntayhtymän johdon vastuulla on, että asiakas-/potilastarpeet ja odotukset ovat tiedossa ja että tarvittavat resurssit laadukkaan ja turvallisen toiminnan turvaamiseksi varmistetaan. Kuntayhtymän toimintaa ohjaavat lakisääteiset vaatimukset. Tietoa asiakkaiden/potilaiden kokemuksista, odotuksista, tarpeista ja vaatimuksista saadaan mm. erilaisten toimintaa ohjaavien mittareiden, asiakaspalautekyselyjen, vaaratapahtumailmoitusten, muistutusten, kanteluiden, potilasvahinkojen, kuntakierrospalautteiden, internet palautteiden sekä kokemus- ja kehittäjäasiakkaiden sekä erilaisten työryhmien ja yhteistyökokouksien avulla. Saadut tulokset ja palautteet käsitellään, analysoidaan ja hyödynnetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

2.4 Palautejärjestelmät ja palautekanavat

Palveluja käyttävillä asiakkailla on käytössä erilaisia palautekanavia. Kainuun soten sivujen kautta voi antaa palautetta reaaliaikaisesti sähköisen asiakaspalautejärjestelmän (QPro) kautta. Sivujen kautta voi antaa myös yleispalautetta, tehdä hoitoon liittyvän vaaratapahtumailmoituksen (HaiPro) sekä antaa palautetta ulkoista verkkosivuista. OmaSote -palvelun kautta voi antaa palautetta OmaSoteen liittyen. Palautetta voi antaa myös suoraan henkilökunnalle. Lisäksi on mahdollisuus tehdä vapaamuotoinen kirjallinen muistutus, kantelu tai potilasvahinkoilmoitus. Palautetta asiakkailta ja kuntalaisilta saadaan kaksi kertaa vuodessa järjestävillä kuntakierroksilla, järjestötapaamisissa sekä erilaisissa tapahtumissa (mm. markkinakatu). Palautetta saadaan myös kehittäjä- ja kokemusasiantuntijoilta sekä asiakasraadilta. Kainuun sote kehittää ja parantaa palautekanavia mm. vuoden 2020 aikana uusitaan asiakaspalautekyselylomakkeet ja kartoitetaan mahdollisuutta kerätä asiakkaiden kokemuksia saadusta palvelusta tehostetusti tekstiviestipalautteen kautta.

Palautekanavien kautta saadut tulokset analysoidaan esimiesten toimesta ja käsitellään yhdessä henkilöstön kanssa. Tarvittavista parantamiskohteista tehdään kehittämis- ja toteuttamissuunnitelmat. Nämä suositellaan kirjattavaksi HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiin. Saadut tulokset todennetaan johdon katselmuksissa ja sisäisissä arvioinneissa. Asiakaspalautteet ja niiden pohjalta tehtävät toimenpidesuunnitelmat käsitellään säännöllisesti tulosyksikkötasolla sekä tulos- ja vastuualueiden johtoryhmissä.

Kainuun sote osallistuu myös valtakunnallisiin kyselyihin esim. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) järjestämät kyselyt joka toinen vuosi. Sidosryhmien osalta opiskelijoilla on mahdollisuus antaa reaaliaikaista palautetta (QPro), henkilöstön työtyytyväisyyttä seurataan työhyvinvointikyselyn (Mitä kuuluu?) ja turvallisuuskulttuurikyselyn (TUKU) kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus antaa palautetta toiminnasta toiselle työyksikölle erillisellä palautelomakkeella (sidosryhmäpalaute) sekä tehdä HaiPro -järjestelmään kehittämis ehdotus tai antaa palautetta henkilöstön palaute lomakkeella.

Palautteiden käsittely ohjeistetaan Kainuun soten laadunhallintajärjestelmässä kohdassa 7 suorituskyyvyn arviointi ja jatkuva parantaminen.

2.5 Potilas- ja asiakasturvallisuus

Kuntayhtymän yhtenä perustehtävänä on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilas- ja asiakasturvallisuutta. Kuntayhtymässä pyritään siihen, että palveluja käyttävä asiakas on yhdenvertainen toimija omassa palveluprosessissaan sekä sen suunnittelussa ja turvallisessa toteutumisessa. Hänelle annetaan ymmärrettävällä tavalla tietoa, keskustellaan hoitoon liittyvistä riskeistä ja odotettavissa olevista tuloksista. Kannustetaan kertomaan oireista ja huolista sekä ohjataan itsehoidon toteuttamiseen, Tutkimuksen, hoidon ja palvelun aikana yksittäisten asiakkaiden tarpeet kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suunnitelmaan kootaan kaikki hoitoon ja palveluun liittyvät toimet yhdeksi kokonaisuudeksi.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on potilas- ja asiakasturvallisuuden kannalta keskeinen asiakirja, jonka avulla turvataan osallistuminen omaan hoitoon ja sen riskien ymmärtäminen sekä omahoidon onnistuminen. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja suunnitelman lähtökohtana tulee olla asiakkaan kokema hoidon tai palvelun tarve ja asettama tavoite. Asiakkaat ja heidän läheisensä ovat merkittävässä asemassa hoidon ja palvelujen vaikuttavuuden ja turvallisuuden varmistamisessa. Potilas- ja asiakasturvallisuutta edistetään yhteistyössä.

Tietoa potilas- ja asiakasturvallisuudesta löytyy Kainuun soten verkkosivuilta
<https://sote.kainuu.fi/valinnanvapaus-ja-oikeudet>



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

[Potilaan opas](#), tukee ja ohjaa asiakasta siihen kuinka hän itse voi vaikuttaa oman hoitonsa ja palvelun turvallisuuteen.

[Tietoa potilaan oikeuksista](#) on Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen potilasasiamiesten työkokouksissa laadittu julkaisu, joka palvelee hoitohenkilöstöä ja asiakkaita

[Potilaan oikeudet](#) on Valviran julkaisema esite.

Potilailla, asiakkailta ja hänen läheisillään on mahdollisuus raportoida hoidossa havaitsemistaan turvallisuuspuutteista HaiPro -järjestelmään tekemällä [Potilaan/asiakkaan vaaratapahtumailmoitus](#). Vaaratilanneilmoitus ei ole virallinen muistutus hoitovirheiden osalta. Hoitoon tai kohteluun tyytymätön potilas voi tehdä potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) mukaisen muistutuksen tai kantelun. Potilas voi myös tehdä potilasvahinkoilmoituksen Potilasvakuutuskeskukselle. Kainuun sotien potilasasiamies avustaa tarvittaessa muistutuksen, kantelun ja potilas- tai lääkevahinkoa koskevan asian vireillepanossa. <https://sote.kainuu.fi/palvelut/potilaan-oikeudet>

Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus tehdä sosiaalihuoltolain (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista) mukainen muistutus jos hän on tyytymätön kohteluun tai palveluun sosiaalihuollossa. Kainuun sotien sosiaaliasiamies avustaa tarvittaessa muistutuksen teossa. <https://sote.kainuu.fi/sosiaalihuollon-asiakkaan-asema-ja-oikeudet>

Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoittamistoimenpiteet

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, jota pidetään eettisesti ja oikeudellisesti velvoittavana periaatteena ja jonka perustana ovat henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta määrittelevät kansainväliset sopimukset. Suomen perustuslain (731/1999) 7 § mukaan jokaisella kansalaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan sekä oikeutta yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan.

Asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, tuetaan ja vahvistetaan hänen osallistumisesta hoidon ja palvelusuunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa hoitonsa ja palvelunsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Häntä koskeva asia käsitellään ja ratkaistaan siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon hänen etunsa ja häntä on kuultava päätöksen tekemistä.

Palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Mahdolliset rajoitustoimenpiteet toteutetaan turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen ja lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti. Itsemääräämisoikeuteen puuttumista ovat mm. liikkumisvapauden rajoittaminen, potilaan eristäminen, kiinnipitäminen, lepositeiden, magneettivyyön, haara- ja lantiovyön käyttö tai käsien sitominen.

Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain erityisissä tilanteissa ja oikeus perustuu lainsäädäntöön (mielenterveyslaki(1423/2001), päihdehuoltolaki (41/1986), tartuntatautilaki (1227/2016) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki (381/2016). Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta ja rajoittamistoimenpiteistä somaattisessa hoidossa ei ole erillinen lainsäädäntö. Potilaan liikkumista voidaan rajoittaa ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Itsemääräämisoikeutta rajoittavat hallinnolliset toimintaohjeet löytyvät laadunhallintajärjestelmästä kohdasta 2.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

3. Johtaminen

3.1 Toiminnan johtaminen

Kainuun soten johtamisjärjestelmä on kuvattu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosäännössä (2§). Kainuun soten johtaminen perustuu kuntayhtymän strategiaan, taloussuunnitelmaan, talousarvioon sekä muihin yhtymävaltuuston päätöksiin. Ylintä päätösvaltaa kuntayhtymän toimintaan kuuluvissa tehtävissä käyttää kuntalain mukaisesti yhtymävaltuusto, jonka jäsenet kuntayhtymän jäsenkunnat valitsevat valtuustojensa toimikautta vastaavaksi ajaksi. Yhtymävaltuusto vastaa kuntayhtymän toiminnasta ja taloudesta, käyttää kuntayhtymän päätösvaltaa ja siirtää toimivaltaansa hallintosäännön määräyksillä. Yhtymävaltuusto kokoontuu kaksi kertaa vuodessa kesäkuussa ja joulukuussa. Kuntayhtymän yhtymähallitus vastaa yhtymävaltuuston päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta. Yhtymähallitus johtaa kuntayhtymän toimintaa, hallintoa ja taloutta sekä vastaa kuntayhtymän toiminnan yhteen sovittamisesta ja omistajaohjauksesta, henkilöstöpolitiikasta, sisäisestä valvonnasta ja riskienhallinnan järjestämisestä.

Kuntayhtymää johtaa kuntayhtymän johtaja yhtymähallituksen alaisena. Kuntayhtymän johtaja käyttää yhtymähallituksen puhevaltaa sekä edustaa yhtymähallitusta, ellei yhtymähallitus jonkin asian osalta toisin päättä.

Kuntayhtymän toiminta on jaettu seitsemään tulosalueeseen, jota kutakin johtaa tulosaluejohtaja. Tulosaluejohtajan tehtävät on lueteltu hallintosäännössä (19§). Tulosalueet jakaantuvat vastuualueisiin ja tuloyksiköihin. Vastuualueita johtaa vastuualuepäällikkö ja tuloyksikköä tuloyksikköpäällikkö. Vastuualueen ja tuloyksikköpäällikön tehtävät on lueteltu hallintosäännössä (21§). Hyvä hallinto- ja johtamistapa on määritelty Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän konserniohjeessa luvussa viisi hyvä hallinto- ja johtamistapa.

Laadunhallinnan sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden johtaminen

Kokonaisvastuu laadunhallinnasta ja potilas- ja asiakasturvallisuudesta on organisaation johdolla ja organisaation johto luo edellytykset laadukkaan ja turvallisen toiminnan toteutumiselle. Tätä vastuuta johto ei voi delegoida. Johdon vastuunoton laadusta ja potilas- ja asiakasturvallisuudesta näkyy muun muassa laadun ja potilas- ja asiakasturvallisuuden korostamisena johdon suunnalta kaikessa sen toiminnassa sekä päätöksissä. Organisaation johto varmistaa, että työolosuhteet organisaatiossa ovat sellaiset, että potilaiden hoito ja asiakkaiden palvelu voidaan toteuttaa turvallisesti. Tämä näkyy esimerkiksi riittävän ja osaavan henkilöstön resursoimisena työn tekemiseen. Organisaatiossa tehtävissä päätöksissä, myös taloudellisissa huomioidaan niiden vaikutukset potilas- ja asiakasturvallisuuteen. Potilas- ja asiakasturvallisuuden vahvistamisen ja sitouttamisen kannalta organisaation johdon ja lähiesimiesten toiminta on avainasemassa.

Esimiesten tehtävänä on osallistua riskien hallintaan ja ennakointiin, poikkeamien ja vaaratapahtumien seurantaan ja analysointiin, toiminnan kehittämiseen sekä rakenteiden ja prosessien korjaamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Työyksikkötasolla esimiehet huolehtivat siitä, että henkilöstön määrä, rakenne ja osaaminen sekä työskentelyolosuhteet vastaavat potilas- ja asiakasturvallisuuden vaatimuksia. Esimiehet varmistavat, että hoitosuositukset, hoito-ohjeet ja muut tarvittavat työohjeet ovat henkilöstön saatavilla ja, että työyksikössä sovelletaan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvia toimintatapoja. Osana potilas- ja asiakasturvallisuutta ja osaamisen johtamista esimiehet huolehtivat henkilöstön osaamisen varmentamisesta, joka voi tapahtua rekrytointivaiheessa haastattelun avulla ja työelämässä kehityskeskustelujen ja erilaisten osaamista varmentavien näyttö- ja teoriakokeiden avulla. Henkilöstön osaamisen kehittäminen tapahtuu perehdytyksen ja täydennyskoulutuksien sekä erilaisten lisäkoulutuksien avulla. Potilas- ja asiakasturvallisuutta lisää myös osaavan henkilöstön pysyvyys työyksiköissä. Henkilöstön työtehtävien ja työnjakojen muuttuessa esimiehet huomioivat muutosten vaikutukset potilas- ja asiakasturvallisuuteen.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Esimiesten tueksi koordinoimaan laadunhallintaa ja potilas- ja asiakasturvallisuutta on tulos- ja vastuualueille sekä tulosyksiköissä nimetty erilaisia asiantuntijoita (laatupäälliköitä, laatuvaastavia, lääkehoidonvaastavia, laitevaastavia jne.) sekä erilaisia työryhmiä. Nämä asiantuntijatehtävät ja työryhmät on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa [laadunhallinnan vastuut ja valtuudet](#). Laadunhallinnan organisointi Kainuun sotessa on kuvattu laadunhallintajärjestelmässä kohdassa [1 laadunhallinnan organisoituminen](#).

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän esimiestyössä noudatetaan seuraavia potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviä menettelytapoja:

- esimiehet toimivat esimerkillisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseen liittyvissä työtehtävissä
- esimiehet huolehtivat siitä, että kaikki henkilöstöryhmät sitoutuvat potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävien toimintatapojen noudattamiseen
- henkilöstöryhmien välistä moniammatillista yhteistyötä edistetään yhteisillä henkilöstö-kokouksilla ja koulutustapahtumilla
- esimiehet tukevat omalla toiminnallaan avoimen, syyllistämättömän ilmapiirin kehittymistä ja seuraavat aktiivisesti potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä
- henkilöstöä kannustetaan keskustelemaan potilas- ja asiakasturvallisuudesta ja tuomaan esille näkemyksiään turvallisuuden kehittämistarpeista
- potilas- ja asiakasturvallisuutta käsitellään säännöllisesti työyksikkö palaverissa ja henkilöstöpalaverissa sekä yksikön sisäisissä koulutuksissa.

3.2 Johdon sitoutuminen

Kuntayhtymän johto on sitoutunut laadunhallintaan, toiminnan jatkuvaan kehittämiseen ja parantamiseen. Johto on mukana kuntayhtymän laatupolitiikan laadinnassa ja varmistaa laatutavoitteiden asettamisen osana talouden ja toiminnan suunnittelua sekä varmistaa, että tarvittavat resurssit ja tuki ovat käytävissä toiminnan toteuttamiseen ja sen vaikuttavuuden jatkuvaan parantamiseen. Kuntayhtymän johto suorittaa johdon katselmuksella vähintään vastuualuetasoisesti ja pitää yllä sisäisten arviointien toteuttamista toiminnan jatkuvan parantamisen edistämiseksi. Johto asettaa strategiset päämäärät ja tavoitteet ja seuraa niiden toteutumista.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että johdolla on selkeä pitkän aikavälin suunnitelma potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi ja, että johdon toiminta on linjassa tämän suunnitelman ja virallisten lausuntojen kanssa. Johtamisessa tämä vaatii turvallisuuskulttuuria vahvistavien arvojen (Vastuullisuus, Asiakaslähtöisyys, Luottamus, Oikeudenmukaisuus, Avoimuus) ja asenteiden näkyväksi tekemistä toiminnassa.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän johto sitoutuu noudattamaan seuraavia laadunhallintaa sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviä menettelytapoja:

- potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuurin kehittymistä tuetaan riittävin voimavaroin
- potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan päätöksenteossa, taloudellisessa ja toiminnallisessa suunnittelussa sekä toiminnan kehittämisessä ja arvioinnissa
- päätöksenteossa huomioidaan suunniteltujen toimien vaikutukset toiminnan turvallisuuteen ja laatuun
- arvioinnissa huomioidaan suunniteltujen toimien vaikutukset käytössä oleviin toimintatapoihin, osaamisvaatimuksiin ja olemassa oleviin resursseihin
- laatu, potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan muutosten suunnittelussa ja tarvittavat riskianalyysit suoritetaan ennen muutosten toteuttamista (IVA/EVA-arviointi ja mini-HTA)
- laatu, potilas- ja asiakasturvallisuustekijät huomioidaan hankinnoissa, tarjouspyynnöissä ja kilpailutuksessa sekä ostopalvelusopimuksissa



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

3.3 Roolit, vastuut ja päätösvaltuudet

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosäännössä kuvataan seuraavien viranhaltijoiden tehtävät:

- kuntayhtymänjohtaja (17§)
- tulosaluejohtaja (19§)
- vastuualueen päällikkö (21§)
- tulosityksikön päällikkö (21§)
- hallintoylilääkäri (22§)
- hallintoylihoitaja (23)
- talousjohtaja (24§)
- henkilöstöjohtaja (25§)

Tämän lisäksi on tiettyjä tehtäviä ja vastuita delegoitu eri viranhaltijoille erillisillä delegointipäätöksillä.

Tulos- ja vastuualueet, tulosityksiköt kuvaavat omissa laatukäsikirjoissaan heidän toiminnan kannalta keskeiset roolit, vastuut, päätösvaltuudet ja sijaistamiset.

3.4 Päätöksenteko, katselmukset ja kokouskäytännöt

Päätöksenteko

Kainuun sotien päätöksenteko- ja hallintomenettely kuvataan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosäännössä osassa IV päätöksenteko- ja hallintomenettely. Kuntayhtymän yhtymähallitus vastaa yhtymävaltuuston päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta. Yhtymähallitus johtaa kuntayhtymän toimintaa, hallintoa ja taloutta. Yhtymähallitus vastaa kuntayhtymän toiminnan yhteensovittamisesta ja omistajaohjauksesta sekä kuntayhtymän henkilöstöpolitiikasta ja huolehtii kuntayhtymän sisäisestä valvonnasta ja riskienhallinnan järjestämisestä. Kuntayhtymän johtaja johtaa kuntayhtymän yhtymähallituksen alaisena kuntayhtymän hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa. Kuntayhtymän johtaja vastaa asioiden valmistelusta yhtymähallituksen käsiteltäväksi.

Päätöksenteossa huomioidaan potilas- ja asiakasturvallisuusnäkökulma. Päätöksiin liittyvät riskit analysoidaan ja niiden hallinta suunnitellaan. Potilas- ja asiakasturvallisuutta seurataan säännöllisesti sekä johdon ja esimiesten toimesta jokaisessa työyksikössä. Muutostilanteissa riskit kartoitetaan ja tarvittaessa laaditaan niiden hallitsemiseksi erilliset suunnitelmat. Riskikartoitus tehdään tarvittaessa niin koko organisaatiota, prosesseja, toimintatapoja, yksittäistä työyksikköä, laitteita, tarvikkeita kuin lääkkeitä koskevissa muutoksissa. Yksittäisten laitteiden, tarvikkeiden tai lääkkeiden kohdalla järjestetään kaikille asianosaisille tarvittava käyttökoulutus, riittävä perehdytys ja varmistetaan yhteensopivuus jo käytössä oleviin menetelmiin sekä huolehditaan osaamisen ylläpidosta. Prosessien ja toimintatapojen muutoksissa erityistä huomiota kiinnitetään hoidon ja palvelun sujuvuuteen, turvallisuuteen ja erityisesti tiedonkulkuun etenkin potilaan tai hoitovastuun siirtyessä.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistaminen päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä huomioidaan noudattamalla seuraavia periaatteita:

- organisaation johto ja esimiehet seuraavat potilas- ja asiakasturvallisuuden kehitystä säännöllisesti
- säännöllinen potilas- ja asiakasturvallisuusraportointi toteutuu organisaation eri tasoilla
- potilas- ja asiakasturvallisuusriskejä arvioidaan osana päätösten valmistelua
- päätöksenteon yhteydessä päätetään riskien hallinnan toimista ja hyväksyttävästä riskitasosta
- päätöksenteossa huomioidaan potilasturvallisuuden asiantuntijoiden suositukset ja kannanotot

Johdon katselmukset

Johdon katselmuksella seurataan ja varmistetaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelujärjestelmän toimivuutta ja tehokkuutta. Johdon katselmus on jatkuvan parantamisen pääprosessi, joka suoritetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavien toimenpiteiden sopivuuden, asianmukaisuuden ja vaikuttavuuden määrittelemiseksi. Katselmuksen avulla tuotetaan tietoa toimialan suorituskyvyn parantamisen suunnitteluun. Katselmus suoritetaan ennalta suunnitelluin väliajoin, yleensä kerran vuodessa. Johdon katselmus sisältää koko laadunhallintajärjestelmän parannusmahdollisuuksien ja muutostarpeiden arvioinnin. Johdon katselmuksista vastaa kuntayhtymän johtaja. Johdon katselmusten toteutusten seurannasta vastaa kuntayhtymän lautupäällikkö. Käytännön toteutuksesta vastaa kunkin tulosalueen johtaja. Katselmukset ajoitetaan niin, että niiden tuloksia voidaan hyödyntää strategisessa suunnittelussa.

Katselmusryhmään kuuluu katselmuskohteen toiminnan tuloksellisuudesta ja laadusta vastuussa olevia henkilöitä. Katselmuskohdetta edustavat kohteen toiminnasta vastaavat henkilöt ja henkilöstön edustajat. Katselmuksista syntyvät tiedot tallennetaan Johdon katselmus -lomakkeelle. Viimeisimmät katselmuspöytäkirjat ovat nähtävissä Kaima -Intran laatukäsikirjan osana.

Johdon katselmuksia varten on laadittu [hallinnollinen ohje](#) ja [lomake](#).

Kokouskäytänteet

Kuntayhtymän kokousmenettelyt kuvataan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosäännössä luvussa 15. Kuntayhtymän päätöksenteon kannalta keskeiset toimikunnat ovat yhtymävaltuusto, yhtymähallitus, yksilöasiain jaosto, tarkastuslautakunta ja yhteistyötoimikunta.

Toimielinten kokousasiakirjat lukuun ottamatta yksilöasiain jaostoa löytyvät Kaimasta ja Kainuun soten ulkoisilta sivuilta. Toimikuntien lisäksi kuntayhtymän johtaja, tulosalueiden johtajat ja henkilöstön edustaja muodostavat kuntayhtymän johtoryhmän. Kuntayhtymän johtaja, tulosaluejohtajat, hallintojohtaja, talousjohtaja, henkilöstöjohtaja, hallintoylilääkäri, hallintoylihoitaja, kehittämisjohtaja, viestintäpäällikkö ja henkilöstön edustaja muodostavat kuntayhtymän laajennetun johtoryhmän. Johtoryhmien tehtävä on tukea kuntayhtymän johtajaa ja tulosaluejohtajia toimintojen suunnittelussa, kehittämisessä ja yhteensovittamisessa.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

4. Suunnittelu

4.1 Talouden ja toiminnan suunnittelu

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä tehdään vuosittain vuosikellon mukaisesti lyhyen ja pitkän aikavälin talouden ja toiminnan suunnitelmat. Suunnittelutyö tehdään BSC- järjestelmää ja sen tuloskorttia hyödyntäen (Balanced Scorecard eli tasapainotettu tuloskortti). Talousarviovuoden sitovat tavoitteet mittareineen kuvataan kuntayhtymän, tulosalueen ja vastuualueen tuloskortissa. Talouden ja toiminnan suunnittelua ohjaa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia. Talousarviokirja, taloussuunnitelma ja talouden täytäntöönpano-ohje tukevat talouden- ja toiminnan suunnittelua. Vuosittain päivitetään myös Kainuun sotien toimenpideohjelma, johon on koottu keskeiset rakenteiden ja toiminnan muutoksen painopistealueet.

Jokainen tulosalue, vastuualue ja tarvittaessa tulosityksikkö laativat tuloskortin, joka sisältää perustehtävän, arvot ja vision sekä strategiset päämäärät, menestystekijät sekä sitovat tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit talousarviovuodelle.

4.2 Muut toimintaan liittyvät suunnitelmat

Talous- ja toimintasuunnitelman lisäksi muita keskeisesti toimintaan liittyviä suunnitelmia ovat mm. terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, Kainuun lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, omavalvontasuunnitelmat, valmiussuunnitelmat, hankintasuunnitelma, viestintäsuunnitelma, laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelmat, tasa-arvosuunnitelma ja osaamisen kehittämisen suunnitelmat. Linkitykset näihin suunnitelmiin löytyvät laadunhallintajärjestelmästä kohdan 4 suunnittelun alta.

4.3 Muutosten suunnittelu ja hallinta

Uusia toimintamalleja voidaan ottaa käyttöön kuntayhtymä-, tulosalue-, vastuualue- tai tulosityksikkö tasolla tehdyin päätöksin, jolloin päätös toimeenpanosta sovitaan kyseisen alueen johtoryhmässä. Muuten ehdotukset uusien toimintamallien käyttöönottamiseksi käsitellään vuosittaisissa budjetti- ja suunnittelupalaverissa tarvittavien voimavarojen allokoimiseksi. Kehittämishankkeet kirjataan vuosisuunnitelmiin. Uuden toimintamallin käyttöönotto organisoidaan tapauskohtaisesti. Tulosityksiköiden päälliköt vastaavat, että perehdytys ja koulutus uusiin toimintamalleihin on riittävä. Harkittaessa uusien toimintamallien käyttöönottoa tehdään [ihmisiin kohdistuvan vaikutuksen ennakoarviointi \(IVA\)](#). Ennakoarviointi toimii päätöksenteon tukena ja sen tarkoituksena on arvioida ennalta eri päätösvaihtoehtojen vaikutuksia. Arvioinnin avulla voidaan selkeämmin perustella päätöstä sekä kuvata päätöksen myönteiset ja kielteiset vaikutukset verrattuna muihin vaihtoehtoihin. Uusien hoitomenetelmien ja kalliiden lääkkeiden käyttöönottamista suunniteltaessa tehdään [riskiarvio Mini-HTA:n mukaan](#).

Toiminnan muutokseen liittyvä riskien arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuolto elää jatkuvassa muutosten kentässä. Merkittävästi toimintaan vaikuttavia muutoksia tapahtuu erilaisten rakenteellisten muutosten, hankintakausien vaihdon ja toiminnan uudelleen organisoimisen seurauksena. Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan muutostilanteissa keskeisenä osana muutoksen suunnittelua. Merkittävästi toimintaan vaikuttavissa muutoshankkeissa suoritetaan erillinen riskianalyysi, jonka tavoitteena on tunnistaa mahdolliset uhkatekijät, arvioida näihin uhkatekijöihin liittyvät riskit ja varmistaa riittävä varautuminen tunnistettuihin uhkiin.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

4.4 Riskien ja mahdollisuuksien hallinta

Riskienhallinta on osa sisäistä valvontaa, joka toteutuu sekä johtamis-, suunnittelu- ja ohjauskäytännöissä että säännöllisten riskikartoitusten kautta. Kainuun sotessa riskeillä tarkoitetaan epävarmuustekijöitä, tapahtumia tai tapahtumaketjuja joiden toteutuessa Kainuun sote tai sen yksikkö ei saavuta asetettuja tavoitteita ja/tai kokee huomattavia menetyksiä. Merkitävät riskit on tunnistettava, arvioitava ja luokiteltava sekä luotava niille riskienhallintakeinot. Kainuun sotessa riskit luokitellaan seuraavasti: strategiset, toiminnalliset, taloudelliset ja vahinkoriskit. Riskejä tunnistetaan osana tavanomaista johtamista, päätöksentekoa, toimintaa ja sen suunnittelua sekä seuranta ja arviointia. Kainuun soten yhtymävaltuusto on hyväksynyt 25.6.2014 Kainuun soten riskien hallinnan perusteet (Kainuun soten sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet). Kainuun soten yhtymähallitus on hyväksynyt 21.11.2018 Kainuun soten riskienhallintasuunnitelman vuosille 2019-2020. Riskien hallintaan on myös laadittu hallinnollinen ohje, sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje.

Kainuun sotessa on riskien hallintaan käytössä sähköinen järjestelmä (WPro). WPro-järjestelmään kuvataan [kuntalain mukainen riskienarviointi](#) sekä työn vaarojen selvittäminen ja arviointi. Kainuun sotessa suoritetaan työn vaarojen selvittäminen ja arviointi (TTL 10 §) joka toinen vuosi tai toiminnan olennaisesti muuttuessa. Pohjois-Suomen aluehallintoviraston työsuojelu alueen tarkastuksella käydään työyksikössä tehty työn vaarojen selvittäminen ja arviointi läpi. Mikäli työn vaarojen selvittämistä ja arviointia ei ole työyksikössä tehty tulee tästä työnantajalle kehoitus asian kuntoon saattamiseksi. Kuntalain mukainen riskien arvioinnin päivittäminen tehdään tarpeen mukaan.

Kuntalainmukainen riskienarviointi sisältää seuraavat osa-alueet	Työn vaarojen arviointi sisältää
<ul style="list-style-type: none">➤ strategian toimeenpano➤ henkilöstö➤ johtaminen➤ talous➤ tietosuoja ja tietotekniikka➤ viestintä ja tiedottaminen➤ valmiusasiat➤ hankinnat➤ sopimukset➤ projektit➤ toimitilat ja omaisuus➤ seuranta➤ uusi sairaala hanke➤ potilas- ja asiakasturvallisuus➤ muut näkökulmat	<ul style="list-style-type: none">➤ henkisen kuormittumisen➤ tapaturman vaarat➤ ergonomian➤ fyysiset vaaratekijät➤ kemialliset vaaratekijät➤ biologiset altisteet

Työn vaaroja ja riskejä arvioidaan riskienhallintatoimenpideohjelman mukaisesti vastuu- ja tulosalueittain, jolloin arvioidaan tunnistetun riskin todennäköisyys sekä seurauksen luonne ja vakavuus (riskimatriisi). Riskit priorisoidaan eli jaetaan merkityksellisiin, vähäisiin, kohtalaisiin, merkittäviin ja vakaviin riskeihin. Riskienhallinnan menettelyt kohdistetaan erityisesti kohtalaisiin, merkittäviin ja vakaviin riskeihin. Riskit arvioidaan kokonaisvaltaisesti kuntayhtymätasolla ja tulosalueilla vähintään valtuustokausittain.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Työssä esiintyvien vaara- ja haittatekijöiden arviointia tukevat yksiköiden toteuttamat vuosittaiset turvallisuuskävelyt. Turvallisuuskävelyllä tuetaan ennakoivaa riskien tunnistamista ja pyritään havaitsemaan sellaisia turvallisuusuhkia, joita ei välttämättä vaaratilanneraporteissa nouse esille. Turvallisuuskävelyn tavoitteena on kannustaa työntekijöitä havainnoimaan potilas- ja asiakas-turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja kehittämään omaa työtään sen mukaisesti. HaiPro-järjestelmän WPro-osioon on laadittu sähköinen [turvallisuuskävelylomake/tarkastuslista](#). Tarkastuslista käsittää turvallisuuteen yleisesti liittyviä asioita, hätätilanteisiin varautumisen, sisätilat, potilas- ja asiakasturvallisuuden ja tietosuojan.

Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvä riskienhallinta tarkoittaa turvallisuutta uhkaavien tekijöiden tunnistamista, riskin suuruuden arviointia ja niiden poistamiseksi tai pienentämiseksi tarvittavien toimenpiteiden määrittelemistä. Ennen kaikkea toimenpiteillä pyritään mahdollisten vaaratapahtumien ennaltaehkäisyyn. Riskit hallitaan kokonaisuutena huomioiden koko hoito- ja palveluprosessi sisältäen: hoidon, työtapojen ja ympäristön, laitteiden käyttöä ja ylläpidon sekä organisaation menettelyt. Kaikkea toimintaa kehitetään riskinarviointiin perustuen. Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien tunnistamisessa hyödynnetään eri palautekanavien tuottamaa tietoa mm. asiakaskokemuksia ja palautteita, HaiPro -järjestelmään tehtyjä vaara- ja haittatapahtumailmoituksia sekä kehittämiskohteita sekä muistutus, kantelu ja potilasvahinkoilmoituksia.

Keskeiset kuntayhtymän tasoiset potilas- ja asiakasturvallisuusriskit on tunnistettu Kuntariskit-ohjelmaan. Tunnistetut riskit liittyvät tiedonkulkuun, lääkehoitoon, lääkintälaitteiden hallintaan, henkilöstön osaamiseen, sovittujen toimintatapojen noudattamiseen, tietosuojaan, infektioiden torjuntaan, poikkeaviin olosuhteisiin, asiakkaan kohtaamaan väkivaltaan ja hoidon viivästyminen. Potilasturvallisuustyöryhmän johdolla on kehitetty näiden riskien hallintaan erilaisia suojausjärjestelmiä, jotka löytyvät laadunhallintajärjestelmästä kohdasta 6 ja 8 [Turvallisuutta edistävät käytänteet](#).

Kuntayhtymässä seurataan ja analysoidaan johtoryhmän toimesta systemaattisesti merkittäviä toteutuneita riskejä ja läheltä piti tilanteita. Tavoitteena on jatkuvasti kehittää omia toimintatapoja, jotta tunnistetut riskit eivät voisi toteutua. Hallitus, johtoryhmä, johtavat viranhaltijat ja muut esimiehet kukin vastuu- ja tulosalueellaan määrittelevät riskin luonteen perusteella tarkoituksenmukaisimmat ja tehokkaat riskienhallinnan menettelyt, jotka toimeenpannaan systemaattisesti.



Lähde: Potilasturvallisuusyhdistys

Kuva 3 Turvallisuusriskien tunnistaminen



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Sisäinen valvonta on osa riskienhallintaa. Sisäinen valvonnan järjestämisestä vastaa Kainuun sotien hallitus. Valvonnalla tarkoitetaan hallituksen, johtokunnan, viranhaltijan tai esimiesasemassa olevan henkilön erilaisia toimenpiteitä, joilla hän ohjaa henkilöstöä ja toimintaa tavoitteiden tai hyväksytyjen toimintatapojen mukaiseksi. Sisäinen tarkastus on sisäisen valvonnan näkyvä osa. Se on riippumatonta ja objektiivista arviointi- ja varmistus- sekä konsultointitoimintaa, joka on luotu tuottamaan lisäarvoa organisaatiolle ja parantamaan sen toimintaa. Sisäinen tarkastus on valvonnan erityistoimenpide ja se tehdään kuntayhtymän johtajan alaisuudessa. Sisäinen tarkastus tukee organisaatiota sen tavoitteiden saavuttamisessa tarjoamalla järjestelmällisen lähestymistavan organisaation riskienhallinta-, valvonta-, sekä johtamis- ja hallintoprosessien tehokkuuden arviointiin ja kehittämiseen. Se voi sisältää suosituksia todettujen heikkouksien ja puutteiden korjaamiseksi.

[Sisäinen tarkastaja](#) on kuntayhtymän johtajan alainen toimenhaltija. Sisäisellä tarkastajalla on valtuudet puuttua havaitsemiinsa epäkohtiin, mutta hän ei ole ”kuntayhtymän poliisi”, vaan havaituissa laittomuuksissa tai vastaavissa tapauksissa asian hoito annetaan joko ao. toimialan tai kuntayhtymän johdon tehtäväksi ja tarvittaessa edelleen muiden viranomaistahojen (esim. poliisi) tutkittavaksi.

4.5 Poikkeustilanteiden hallinta

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin hallinnonalalla johtaa, valvoo ja yhteen sovittaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriössä valmiusasioista vastaa valmiusyksikkö. Valmiuslain (1552 / 2011) 12 § mukaan valtioneuvoston, valtion hallintoviranomaisten, valtion itsenäisten julkisoikeudellisten laitosten, muiden valtion viranomaisten ja valtion liikelaitosten sekä kuntien, kuntayhtymien sekä muiden kuntien yhteenliittymien tulee valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluun sekä muiden toimenpiteiden avulla varmistaa tehtäviensä mahdollisimman hyvä hoitaminen myös poikkeusoloissa. Kainuun sotien valmiussuunnitelma on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen valmiussuunnitelma, jossa on yhdistetty täysjäsenkuntien terveys- ja sosiaalitoimen, sairaanhoitopiiriin sekä keskussairaalan aiemmat suunnitelmat. Valmiussuunnitelmassa kuvataan kuntayhtymän toimintavalmius normaalioloissa, normaaliolojen erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Valmiussuunnitelmaa ylläpidetään Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ylläpitämässä selaimessa ja on tunnuksen saaneille käytettävissä. Valmiussuunnitelma sisältää mm. terveydenhuollon suunnitelman, varasairaalas suunnitelmat, sosiaalihuollon suunnitelman, ympäristöterveydenhuollon suunnitelman ja influenssapandemia - suunnitelman. Lisäksi on laadittu keskussairaalan ja terveysasemien suuronnettomuusohjeet ja laitoskohtaiset pelastussuunnitelmat ja turvallisuus selvitykset. Toimintaohjeet poikkeustilanteissa on kuvattu Kaimassa kohdassa [valmiussuunnitelmat](#).

5. Resurssien hallinta ja toiminnan tuki

5.1 Henkilöstö

Organisaation menestys toteutuu henkilöstön työn kautta. Henkilöstön osaaminen, asenne, tietoisuus ja työkyky ovat avaintekijöitä tavoitteiden saavuttamiseksi. Henkilöstön ensisijaisena tehtävänä on asiakaslähtöisen hoidon ja palvelun suunnittelu, toteuttaminen, seuranta ja arviointi sekä jatkuva kehittäminen. Henkilöstösuunnittelussa huomioidaan laadunhallinta ja potilas- ja asiakasturvallisuusnäkökulma mm. henkilöstömäärää ja osaamistarpeita suunniteltaessa. Henkilöstöresurssien suunnittelu ja varaaminen tehdään toiminnan ja talouden suunnittelun yhteydessä. Tulos-, vastuu- ja tulosyksikkö-tasolla laadunhallinta- ja potilasturvallisuustyötä koordinoiville henkilöille varataan työaika tehtävien hoitamiseen ja toiminnan kehittämiseen.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Kuntayhtymän henkilöstö noudattaa seuraavia potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviä menettelytapoja:

- henkilöstö toteuttaa hoidon ja palvelun turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä
- henkilöstö varmistaa, että yhteistyö ja tiedonkulku hoitoon ja palveluun osallistuvien tahojen välillä on saumatonta
- henkilöstö osallistuu laadun ja potilas- ja asiakasturvallisuuden seurantaan sekä toiminnan kehittämiseen
- henkilöstä varaa asiakkaalle riittävästi aikaa, jotta hänelle voidaan antaa riittävä selvitys hänen terveydentilastaan ja/tai palvelutarpeesta, hoidon ja palvelun merkityksestä, eri hoito- ja palveluvaihtoehdoista, niiden vaikutuksista sekä muista hoito- ja palvelupäätöksiin vaikuttavista asioista
- henkilöstö sopii hoidosta ja palvelusta yhteisymmärryksessä asiakkaan sekä tarvittaessa omaisten kanssa
- henkilöstö antaa asiakkaalle tietoa siitä, kuinka hän voi antaa palautetta ja kertoa palvelukokemuksestaan
- henkilöstö huolehtii oman ammattitaidon jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta osallistumalla täydennyskoulutukseen
- jokainen ammattihenkilö vastaa omalta osaltaan hoidon ja palvelun laadusta, potilas- ja asiakasturvallisuudesta sekä turvallisuutta edistävien työtapojen käytöstä omissa työtehtävissään

5.1.1 Rekrytointi, pätevyyden varmistaminen

Kuntayhtymässä noudatetaan henkilöstöpalveluissa määritellyjä viranhaltijoiden ja työntekijöiden kelpoisuusehtoja. Henkilöstöllä tulee olla soveltuva koulutus, ammattitaito, osaamista ja kokemusta tehtävänsä, jotta työ voidaan suorittaa laadukkaasti ja turvallisesti. Määräaikaisen henkilöstön rekrytointi tapahtuu keskitetysti rekrytointi ja yksikköjen tukipalveluyksikön kautta. Yksikön tehtävänä on osaavien sijaisten hankinta ja rekrytointi eri tulosyksiköihin tiiviissä yhteistyössä työyksiköiden kanssa. Sijaisrekisteriin liitettävien työnhakijoiden koulutus, pätevyys ja oikeus harjoittaa ammattia Suomessa varmistetaan julkisesta tietopalvelusta [JulkiTerhikki / JulkiSuosikki](#) sekä henkilökohtaisella haastattelulla. Lasten parissa työskenteleviltä työntekijöiltä vaaditaan voimassa oleva rikosrekisteriote. Vakituisten henkilöstön osalta tarkastusvastuu on yksikön esimiehellä. Lääkäreiden osalta lääkärin palkkaava ylilääkäri tarkistaa lääkärin pätevyyden ja oikeuden harjoittaa ammattia Suomessa. Opiskelijoiden ja amanuenssien kohdalla suoritettujen opintomerkinnot tarkistetaan rekrytointi ja yksikköjen tukipalveluyksikön kautta.

Tutkintojen oikeellisuuden todentaminen tapahtuu näyttämällä alkuperäinen tutkintotodistus / virallisesti oikeaksi todistettu jäljennös hallinnolliselle esimiehelle, joka tutkintatietojen lisäksi tarkistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyyden julkisesta tietopalvelusta. Esimiehet tai tulosyksiköiden koulutustietojen ylläpitäjät merkitsevät tutkintoja ja ammattipätevyyttä koskevat tiedot HRM – osaamisen hallintajärjestelmään. Ammattipätevyyden tarkistamisesta tehdään merkintä Pätevyydet -kohtaan. Tiedot tarkastetaan vuosittain esim. kehityskeskustelun yhteydessä ja tarkastusajankohta kirjataan pätevyyden perusteet kohtaan. [Linkki osaamisen kehittämiseen.](#)

Henkilöstösuunnittelussa huomioidaan henkilökunnan riittävyys sekä normaalioloissa, että poikkeustilanteissa. Resursseja jaettaessa huomioidaan potilas- ja asiakasturvallisuuden kannalta kriittiset tehtävät ja tarvittaessa toimintoja järjestetään siten, että potilasturvallisuuden edistämiseksi tarvittavat toiminnot on mahdollista toteuttaa. Kaikissa oloissa turvattavat kriittiset toiminnot tulosalueittain on kuvattu [Influenssapandemiasuunnitelmassa, kohdassa 2.1.](#)



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

5.1.2. Perehdyttäminen

Henkilöstön perehdyttämisessä hyödynnetään intranetissä olevaa [perehdytysohjelmaa](#), missä on kuvattu konsernitason ja yksikötason perehdytys. Tulosityksiköissä perehdyttämisen suunnittelussa ja toteuttamisessa käytetään apuna yksikköjen ammattiryhmäkohtaisia perehdytys suunnitelmia. Lääkehoidon ja laiteturvallisuuden perehdytyksessä hyödynnetään soveltuvin osin kuntayhtymän lääkehoitosuunnitelman [lääkehoidon perehdytyslomaketta](#) ja [laiteturvallisuuden perehdytyslomaketta](#). Tavoitteellisessa, henkilökohtaisessa perehdytys suunnitelmassa määritellään perehdytyksen sisällöt, vastuut ja aikataulu. Päävastuu perehdyttämisestä, perehdytyksen toteutumisen seurannasta ja arvioinnista on tulosityksikön lähiesimiehellä. Perehdytykselle nimitetään perehdyttäjä, joka yhdessä yksikön esimiehen kanssa vastaa perehdytyksen toteutumisesta suunnitelman mukaisesti. Perehdyttäjän oma aktiivisuus ja vastuu perehdyttämisestä ovat edellytyksiä hyvälle perehdytykselle. Perehdyttämisjakson päätteeksi perehdyttäminen arvioidaan kirjallisesti perehdyttämissuunnitelma-lomakkeelle. Perehdyttäjä sekä perehdyttäjät allekirjoittavat kyseisen lomakkeen. Tulosityksikön esimies kirjaa perehdytyksen ja liittää perehdytys suunnitelma ja -toteumalomakkeen HRM osaamisen hallintajärjestelmään.

Opiskelijoiden perehdytys

Käytännön harjoittelu / työssäoppiminen on opiskelijalle tärkeä vaihe ammatillisessa osaamisessa ja kasvussa. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tavoitteena on laadukas opiskelijaohjaus, jota myös kehitetään koko ajan. Perustan laadukkaalle opiskelijaohjauksellemme luovat [opiskelijaohjauksen laatusuosituksen](#). Ohjauksen laatua kehitetään ohjaajakoulutuksilla sekä [opiskelijapalautteiden](#) perusteella. Nimetyt opiskelijoiden henkilökohtaiset ohjaajat, opiskelijavastaavat ja työyksiköiden esimiehet tukevat ja kehittävät opiskelijoiden harjoittelua sekä työssäoppimista.

Laadunhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuus perehdytyksessä

Laatu, potilas- ja asiakasasiakasturvallisuusosaaminen tarkoittaa henkilöstön tietoisuutta toiminnan riskeistä ja niiden hallintaan liittyvistä turvallista hoitoa ja palvelua edistävästä käytännöstä sekä kykyä soveltaa niitä työssään. Laadunhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuus on yksi tärkeä osa henkilöstön koulutusta ja osaamisen kehittämistä. Kuntayhtymän henkilöstön tulee ymmärtää potilas- ja asiakasturvallisuuden merkitys osana hoidon ja palvelun laatua sekä mieltää se keskeiseksi tavoitteeksi toiminnassaan. Ammattihenkilön tulee noudattaa työssään laadunhallinnan, potilas- ja asiakasturvallisuuden edistämisen periaatteita, soveltaa sen keskeisiä keinoja sekä hyödyntää laadunhallinnan ja turvallisuuden edistämisen työkaluja, oppaita ja suosituksia. Jokainen työntekijä osaltaan on vastuussa potilas- ja asiakasturvallisuudesta ja korkealaatuisesta hoidosta ja palvelusta.

Laatu, potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan organisaation kaikkien ammattihenkilöiden perehdytyksessä, opiskelijoiden harjoittelussa ja työntekijöiden osaamisen kartoituksissa. Erityistä huomiota kiinnitetään määräaikaisten työntekijöiden osaamisen varmistamiseen. Jokaisessa työyksikössä on perehdytysohjelma, jossa huomioidaan myös laadunhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuus. Työntekijät perehdytetään laadunhallinnan, potilas- ja asiakasturvallisuuden menettelytapoihin ja käytäntöihin toimipaikkakoulutuksella. Perehdytykseen kuuluvat organisaation laadunhallintajärjestelmä, laatukäsikirja, potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelman, turvallisuutta edistävät käytänteet, vastuut, vaaratapahtumien ilmoitusmenettely (HaiPro) sekä toimintatavat vaaratilanteessa.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Perehdytyksessä hyödynnetään käytössä olevia verkkokursseja (Potilasturvallisuutta taidolla verkkokurssit ja oppiportin tarjoamat kurssit). Yksikkötasolla käydään läpi kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmä ja laatukäsikirja, kyseisen yksikön toimintaa koskeva laatukäsikirja sekä keskeiset potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät riskit ja niihin varautuminen sekä työyksikön yleiset toimintatavat. Jokaiseen työtehtävään kuuluvat vastuut ja siihen liittyvät turvallisuutta edistävät käytännöt. Myös ulkopuolisten palveluntuottajien perehdytys järjestetään työtehtävien asettamien vaatimusten mukaisesti. Toimintamenetelmien muuttuessa, työpisteen tai tehtävien vaihtuessa tai työntekijän palatessa pitkältä vapaalta varmistetaan potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvän tiedon ajantasaisuus.

Laadunhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuusosaaminen, henkilöstön perehdytyksessä:

Organisaatiotaso

- potilas- ja asiakasturvallisuutta koordinoivalle henkilölle varataan riittävät resurssit toiminnan kehittämiseen
- laadunhallintajärjestelmä ja laatukäsikirja
- laadunhallinnan, potilas- ja asiakasturvallisuuden -toimintaohjelma
- turvallisuutta edistävät menettelytavat
- vaaratapahtumien raportointimenettely (Haipro)
- potilasturvallisuutta taidolla verkkokurssi (THL), oppiportin verkkokurssit

Työyksikkötaso

- henkilöstösuunnittelulla varataan riittävät resurssit turvallisen hoidon ja palvelun toteuttamiseksi
- varmistetaan, että työntekijällä on työtehtävän mukainen koulutus, osaaminen ja pätevyys
- suunnitelmallinen perehdytys, joka dokumentoidaan HRM-järjestelmään
- laatukäsikirja ja yksikkökohtaiset potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävät menettelytavat
- yksikön toimintaan liittyvät potilas- ja asiakasturvallisuusriskit, niiden tunnistaminen ja hallinta
- yleisimmät vaaratapahtumatyypit ja niiden syntymekanismit – varautuminen
- toimintaohjeet poikkeus- ja hätätilanteissa

Tehtäväkohtainen taso

- työtehtävään liittyvät vastuut
- tehtävään liittyvät potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävät menettelytavat (esim. tarkastuslistat)
- yhteistyön merkitys potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamisessa
- suunnitelmallinen osaamisen ylläpito ja kehittäminen, osaaminen varmistetaan dokumentoidun menettelytavan mukaisesti

Potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistaminen opiskelijan toimiessa terveydenhuollon ammattihenkilön sijaisena

Työyksikön esimies vastaa potilas- ja asiakasturvallisuudesta ja huolehtii, että työyksikön henkilökunta on tietoinen opiskelijan edellytyksistä toimia ja mahdollisista toiminnan rajoituksista. Esimies tarkistaa, että opiskelijalla on lain edellyttämä määrä opintoja tehtävän hoitamiseksi. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisen asetuksen mukaan opiskelija voi toimia tilapäisesti laillistetun ammattihenkilön tehtävissä ko. ammattia itsenäisesti harjoittavan ammattihenkilön ohjauksessa, johtamisen ja valvonnan alaisena, mikäli opiskelijalla on riittävät edellytykset tehtävän hoitamiseen. Terveydenhuollon opiskelijoilla tulee olla ammattihenkilöistä annetun asetuksen (14.2.2008) mukaan hyväksytysti suoritettuna vähintään kaksi kolmasosaa opinnoistaan ennen kuin he voivat tilapäisesti työskennellä laillistetun ammattihenkilön tehtävissä.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Esimies suunnittelee perehdytyksen työvuorosuunnitelmaan. Opiskelijalle nimetään ohjaaja johtamaan ja valvomaan opiskelijan toimintaa. Opiskelijan osaaminen huomioidaan päivittäisessä työnjaossa ja toiminnan suunnittelussa. Työyksikön esimies ja opiskelija allekirjoittavat ammattihenkilön sijaisena toimimisen vastuita määrittelevän [lomakkeen](#).

Hallinnollinen ohje; Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön sijaisena toimivan opiskelijan valtuudet ja toiminta-aoikeudet löytyy [lääkehoitosuunnitelmasta](#).

5.1.3 Osaamisen ylläpito ja hallinta

[Henkilöstön osaamisen kehittämisen suunnittelusta](#) vastaavat tulosityksiköiden esimiehet. Esimiehet käyvät [kehityskeskustelut](#) vuosittain henkilöstönsä kanssa. Kehityskeskustelujen yhteydessä kartoitetaan työntekijän osaaminen (osaamiskartoitus), arvioidaan osaamisen hyödyntämismahdollisuudet ja suunnitellaan miten osaamista kehitetään. Tulosityksiköiden esimiehet arvioivat henkilöstön osaamisen riittävyyden tulevaisuuden vaatimuksiin nähden. Käytyjen kehityskeskustelujen jälkeen esimies laatii tulosityksikön osaamisen kehittämissuunnitelman. Kehittämissuunnitelmassa määritellään osaamisen kehittämisen tavoitteet, menetelmät, seuranta ja arviointi.

BSC:n mukaisesti laaditut tulosityksiköiden osaamisen kehittämissuunnitelmat lähetetään kuntayhtymän koulutuspäällikölle täydennyskoulutuksen suunnittelua varten. Osaamisen kehittämisen menetelmiä ovat mm. koulutus, työkierto, mentorointi, benchmarking, vertaiskäynnit ja kehittämishankkeet. Toteutuneet koulutukset, hankitut uudet osaamiset ja pätevyudet viedään sähköiseen HRM -koulutustietojen seurantajärjestelmään. Kuntayhtymän sisäiset koulutukset vie HRM -järjestelmään koulutuspäällikkö ja ulkoiset koulutukset vie HRM -järjestelmään työntekijän esimies. Osaamisen kehittämissuunnitelmien toteutumista ja osaamisen kehittymistä seurataan kehityskeskustelujen lisäksi HRM-ohjelman koulutustietojen ja -raporttien avulla. [koulutuspalaute -lomake](#) [henkilöstön osaamisen suunnittelu](#)

Koulutuksista saatua hyötyä ja vaikutuksia arvioidaan myös vastuualueen johtoryhmässä sekä johdonkatselmuksissa.

Mentorointi

Mentorointi on ammatillisen osaamisen kehittymisen ja kehittämisen menetelmä. Se on ohjausta ja tukea, jota kokeneempi henkilö eli mentori antaa kehittymishaluiselle aktorille eli henkilölle, jolla on vähemmän työkokemusta. Mentoroinnin tavoitteena on edistää ja tukea aktorin ammatillista kasvua ja kehittymistä. Mentorointi tukee vastavuoroista osaamisen kehittymistä. Se on osa henkilön osaamisen kehittämissuunnitelmaa sekä osa organisaation tavoitteellista kehittämistä. Lähiesimiehen rooli mentoroinnin mahdollistajana on tärkeä.

Mentoroinnista sovitaan kehityskeskusteluissa ja osaamisen kehittämisen suunnittelussa. Siitä tehdään [sopimus ja suunnitelma](#). Suunnitelmaan kirjataan tavoitteet, seuranta ja käytännön järjestelyt. Kehittymistä ja oppimista sekä mentorointiprosessia myös arvioidaan. Mentorointiprosessi tallennetaan keskitetysti HRM -koulutus- ja osaamisjärjestelmään. Kopio lomakkeesta toimitetaan täydennyskoulutusyksikköön koulutuspäällikölle sähköpostitse.

5.2 Työympäristö, työsuojelu ja työhyvinvointi

Hyvä työturvallisuuskulttuuri edistää myös hoidon ja palvelun turvallisuutta. Noudattamalla työturvallisuuteen liittyviä lakeja, asetuksia sekä työturvallisuuslaitoksen ja työnantajan antamia ohjeita ylläpidetään ja edistetään henkilöstön työhyvinvointia. Työhyvinvointia tukevat henkilöstön ammattitaidon, toimintakyvyn, työtyytyväisyyden, arvoin ja tavoitteisiin sitoutumisen lisäksi avoin ilmapiiri, hyvä johtaminen ja työergonomia. Työhyvinvoinnin kehittämisen tavoitteena on ehkäistä tapaturmia, ammattitauteja sekä fyysisiä ja henkisiä työstä johtuvia terveyshaittoja.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

5.2.1 Työympäristö ja työsuojelu

Työsuojelun tavoitteena on työntekijöiden hyvinvointi ja turvallisuus. Työsuojelun avulla pyritään ehkäisemään työstä johtuvia sairastumisia ja tapaturmia. Työsuojelu on toimintaa, jolla ylläpidetään ja edistetään työpaikan työympäristön turvallisuutta ja terveellisyyttä sekä työntekijöiden fyysistä ja psyykkistä työkykyä. Kun henkilöstö voi hyvin, työ sujuu mutkattomasti ja on tuottavaa.

Kainuun sotien työsuojelun yhteistoimintahenkilöstö kuuluvat turvallisuuspäällikkö, joka toimii myös työsuojelupäällikkönä, 3 työntekijöiden työsuojeluvaltuutettua, yksi toimihenkilöiden työsuojeluvaltuutettu (omantyon ohella) ja 6 työsuojeluasiamiestä. Työsuojeluvaltuutetut sekä työsuojeluasiamiehet valitaan vaaleilla joka neljäs vuosi. Turvallisuuspäällikkö ja työsuojeluvaltuutetut laativat Kainuun sotien työsuojelun toimintaohjelman 4 vuodeksi kerrallaan. Työsuojelun toimintaohjelma sisältää organisaation kannalta keskeiset kehittämistarpeet työturvallisuuden ja terveyden kannalta.

Työsuojelu ja turvallisuusyksikön keskeinen lainsäädäntö tulee työturvallisuuslaista (738/2002), työsuojelun valvontalaista (44/2006) sekä valtioneuvoston asetuksesta työpaikkojen turvallisuus ja terveysvaatimuksista (577/2003). Työnantajan yleinen velvoite on huolehtia tarpeellisin toimenpitein työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Huomioita tulee kiinnittää järjestelmälliseen ja jatkuvaan työympäristön ja työolosuhteiden arviointiin ja parantamiseen sekä olla tietoisuuteen työpaikan ja toiminnan fyysisistä ja henkisistä haitta- ja vaaratekijöistä.

Työntekijän tulee noudattaa työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita. Hänen tulee muutenkin noudattaa työnsä ja työolosuhteiden edellyttämää järjestystä, siisteyttä, huolellisuutta ja varovaisuutta. Käytettävissä olevin keinoin on huolehdittava sekä omasta, että muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työntekijän on vältettävä muihin työntekijöihin kohdistuvaa häirintää ja epäasiallista kohtelua. Työntekijällä on velvollisuus ja oikeus ilmoittaa työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle työolosuhteissa tai työmenetelmissä, koneissa, muissa työvälineissä, henkilösuojaimissa tai muissa laitteissa havaitsemistaan vioista ja puutteellisuuksista, jotka voivat aiheuttaa haittaa tai vaaraa työntekijöiden turvallisuudelle tai terveydelle.

Valvovana viranomaisena työturvallisuuteen ja terveyteen liittyvissä asioissa toimii Pohjois-Suomen aluehallintoviraston työsuojelun vastuualue. Aluehallintovirasto tekee työyksiköihin tehdyistä tarkastuksista tarkastuskertomuksen, jonka turvallisuuspäällikkö laittaa sähköpostitse tiedoksi ja toimenpiteitä varten ylimmälle johdolle, linjaorganisaatiolle, työterveyshuollolle sekä tarvittaessa tekniikan edustajille.

5.2.2 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi on kiinteä osa Kainuun sotien kokonaisuutta ja pohjautuu arvokirjaan. Työhyvinvoinnin päätavoite on perustehtävä toteutuminen.

Työhyvinvoinnin pitkä ajan tavoitteet ovat:

- työhyvinvointi on kiinteä osa arkea ja johtamista
- työntekijät tiedostavat oman vastuun ja toiminnan merkityksen oman sekä työyhteisön työhyvinvoinnin edistämisessä
- työurat jatkuvat ja mahdollistuvat työntekijöillä, joilla on työkykyä uhkaavia riskejä tai osa työkyvystä on jäljellä
- työhyvinvointiviestintä on työhyvinvointia vahvistaa ja kannustaa organisaation jäseniä aktiiviseen työhyvinvointiin
- oppimiskulttuurin vahvistuminen osaksi työprosesseja ja työhyvinvointia



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Työhyvinvointi on kaikkien organisaation jäsenten yhteinen asia. Jokaisella jäsenellä on oma roolinsa ja tehtävänsä työhyvinvoinnin ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Esimiesten ja työyhteisön yhteistyön avulla luodaan hyvä ja kestävä työhyvinvoinnin perusta yksikköön. Työhyvinvointi on myös osa ammattitaitoa. Taulukossa on esitetty työntekijöiden ja esimiesten työhyvinvoinnin rooli ja tehtävät.

Työntekijä vastaa	Esimies vastaa
Omasta terveydestä, hyvinvoinnista, työkyvystä, omalla käytöksellä työyhteisön työhyvinvoinnista	Työhyvinvointi on osa johtamista, luo työhyvinvointia yksikköön, huolehtii ja välittää henkilöstön työhyvinvoinnista

Henkilöstöpalveluiden tehtävänä on organisaatiotasoon kohdistuva työhyvinvoinnin suunnittelu, toteutus, koordinointi, arviointi ja yhteistyö yksiköiden ja ulkoisten kumppaneiden kanssa. Työsuojelun tehtävänä on ohjata ja tukea terveelliseen ja turvalliseen työskentelyyn. Soten johtoryhmän tehtävänä on antaa työhyvinvointiin resurssit ja suorittaa toiminnan ohjausta sekä vaikuttavuuden arviointia. Työterveyshuollon rooli kohdistuu ennaltaehkäisyyn ja kuntouttavaan toimintaan. Vastuualuepäälliköiden ja ylläkäreiden rooli on tukea lähiesimestä työhyvinvoinnin toteuttamisessa ja auttaa erityiskysymyksissä. Tulosaluejohtajat ja ylihoitajat vastaavat ja varmistavat omilla tulosalueilla, että työhyvinvointi on osa yksiköiden johtamista. Soten hallituksen ja valtuuston rooli on mahdollistaa resurssien avulla työhyvinvoinnin toteuttaminen ja ohjata toimintaa.

Työhyvinvointi tarkoittaa Kainuun sotessa

- hyvää yhteistyötä ja yhteistä tahtotilaa
- ihmisillä on hyvä olla työssä
- vastuullisuutta, avoimuutta, luottamusta, arvostusta ja oikeudenmukaisuutta
- asiakastyytyvää

Organisaation työhyvinvoinnin tavoite on perustehtävä. Yksikön työhyvinvoinnin tavoite tai tavoitteet muodostuu niistä tarpeista, jotka on tunnistettu esim. työhyvinvointikyselyn yhteenvedossa ja tarkennettu mahdollisesti muilla kyselyillä tai niistä asioista, joita yhteisissä keskusteluissa on yksikössä tuotu esille.

Yksilön tavoitteet lähtevät hänen omista tarpeistaan ja työn vaatimuksista. Keinot tavoitteisiin pääsemiseksi organisaatiotasolla ovat hyvin moninaiset. Yksiköiden keinot ovat yhteisesti sovittuja ja joihin kaikki sitoutuvat. Yksilötasolla työhyvinvoinnin keinoista tärkein on työhyvinvointia tukevat terveelliset elintavat ja osaamisen ylläpitäminen. Niin yksiköissä kuin yksilöidenkin on sopivin väliajoin hyvä arvioida mm. tavoitteiden realistisuus sekä keinojen sopivuus ja toimivuus sekä saadut tulokset.

Työhyvinvointi näkyy ja vaikuttaa organisaatiotasolla sekä yksiköissä ja yksilöissä:

- työssä viihtymisenä ja jaksamisena
- työhön paneutumisena
- työn tuloksissa ja perustehtävän toteutumisena
- yhteistyön sujumisena
- työkavereiden kohtaamisena
- asiakkaiden/ potilaiden ja heidän läheisten kohtaamisena



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Työhyvinvoinnin aktiivisen tuen toimintatavat ovat keskeinen työhyvinvoinnin johtamisen työväline Kainuun soten yksiköissä. Toimintatapojen tavoitteena on mahdollistaa varhainen puuttuminen ja avun saaminen työhyvinvointiongelmien sekä välittämisen kulttuurin vahvistuminen. Tavoitteena on myös vaikuttaa työkyvyttömyysriskin muodostumiseen ja ennen aikaiseen eläköitymiseen sekä pienentää työkyvyttömyydestä johtuvia eläkekustannuksia. Keskisestä on hakea johdonmukaiset ratkaisut työhyvinvoinnin edistämiseen niin yksilö kuin yksikkötasolla. Työhyvinvoinnin aktiivisen tuen toimintatavat sisältävät korvaavan työn, työhyvinvoinnin varhainen tuki, tehostettu tuki sekä työhön paluun tuki.. Työntekijän aktiivinen rooli korostuu toimintavoissa. Toimintatavoista kerätään palautetta sovittujen ajan puitteissa ja saatujen palautteiden pohjalta tehdään tarvittavat kehittämistoimenpiteet. Toimintavoissa käytettävät lomakkeet löytyvät eTyöpöydältä

Työhyvinvoinnin seuranta ja arviointi

Henkilöstön työhyvinvointia selvitetään vuosittain toteutettavalla työhyvinvointikyselyllä (Mitä kuuluu?). Työhyvinvointikyselyllä kartoitetaan työyhteisön toimivuutta, ammatillista osaamista, työoloja, tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta sekä arvioidaan lähiesimiehen toimintaa esimiehenä ja Kainuun soten työnantajakuva sekä tulevaisuutta. Työhyvinvointikysely on ensisijaisesti yksiköiden työväline ja yksikkö käsittelee vastaukset esimiehen johdolla. Työhyvinvointikyselyn avulla yksiköt saavat tiedon erityistä kehittämistä vaativista asioista ja niistä asioista, jotka ovat kunnossa. Kysely toimii kehittämisprosessin avaajana kehittämistä vaativien työhyvinvointiasioiden osalta. Yksikössä kunnossa olevien asioiden osalta on syytä todeta ne keinot, millä pidetään jatkossakin työhyvinvointia yllä.

Työhyvinvointisuunnitelman tehtävänä on muuttaa tieto toiminnaksi. Työhyvinvointisuunnitelman sisältää tavoitteet, toiminnan- ja arviointisuunnitelman. Saadun työhyvinvointikyselyn yhteenvedon pohjalta yksiköihin voidaan tehdä tarkennettuja työhyvinvointikyselyjä esim. sisäilmakysely, vuorovaikutuskysely tai työterveyshuollon työhyvinvointikysely työsuojelun, työterveyshuollon ja/tai työhyvinvointiasiantuntijan yhteistyöllä. Tarkennettu kysely antaa yksiköille lisää tietoa kehitettävästä asiasta ja selkeyttää työhyvinvointi-suunnitelman laatimista. Tarkennettuja kyselyjä voidaan tehdä myös välittömästi tarpeen ilmaantuessa, jolloin voidaan myös arvioida työhyvinvointisuunnitelmassa olevien asioiden toteutumista.

Työhyvinvointikysely antaa kuntayhtymälle tärkeää tietoa yksiköiden ja koko organisaation työhyvinvoinnista. Saatua tietoa on pohjana organisaatiotason työhyvinvointisuunnitelmille ja toimenpiteille. Yksiköiden työhyvinvointikyselyiden vastaukset ja -suunnitelmat ovat keskeisiä työvälineitä työyksiköille, työsuojelulle, työhyvinvointiasiantuntijalle ja työterveyshuollolle.

Kyselyiden lisäksi työhyvinvoinnin mittareita ovat mm. sairauspoissaolot ja eläköityminen. Yksiköiden henkilökunnan kanssa käydyt keskustelut antavat kuvan yksikön työhyvinvoinnista sekä yhteydenotot työhyvinvointiasiantuntijaan, työterveyshoitajaan tai työsuojeluvaltuuteltuihin. Työhyvinvoinnin aktiivisen tuen raportit, meneillään olevista ja käydyistä keskusteluista, kuvaavat työhyvinvoinnin tilannetta ja pitkällä aikavälillä niiden vaikutusta voidaan arvioida sairauspoissaoloihin.

Työterveyshuolto

Kainuun soten työterveyspalvelut hoidetaan Kainuunmeren työterveyden kautta. Työterveyshuolto on keskeinen strateginen kumppani työhyvinvoinnin edistämiseksi. Työterveyshuollon toimintasuunnitelma päivitetään vuosittain. Työhyvinvoinnin aktiivisen tuen toimintatapoihin on kirjattu työterveyshuollon toimesta heidän oma rooli. Turvallisuuspäällikkö toimii yhteyshenkilönä organisaation ja työterveyshuollon välillä. https://kaima.kainuu.fi/sote/kainuunmeren_tyoterveys/Sivut/default.aspx



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Työyhteisökonsultit

Organisaation sisäiset koulutetut työyhteisökonsultit antavat työyhteisöille lyhytkestoista tukea työyhteisötaitojen kehittämiseksi. Työyhteisökonsultoinnilla tuetaan itsensä johtamisen taitoja, työyhteisön vuorovaikusta sekä ratkaisukeskeistä ajattelua työyhteisön hyväksi. Työyhteisökonsultointi on työnohjausta ja työyhteisön ristiriitojen ratkaisumallia kevyempää ja lyhytkestoista työyhteisöille tarjottavaa tukea. Työyhteisökonsultointi on menetelmä, jonka avulla voidaan kehittää työyhteisön vuorovaikutusta ja ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä. Työyhteisökonsultointi tukee työyhteisöjen ja esimiesten työhyvinvointia. Työyhteisökonsulttien yhteyshenkilönä on työsuojeluvaltuutettu

Työkykykoordinaattorit

Organisaation sisäiset koulutetut työkykykoordinaattorit voivat toimia työhyvinvoinnin varhaisen tuen vaiheessa työyhteisön ja työntekijöiden tukena edistettäessä työhyvinvointia. Työkykykoordinaattori voi olla tukena työhyvinvointikeskustelussa varhaisen tuen vaiheessa. Työhyvinvoinnin tehostetun vaiheessa tehtävänä on toimia yhdessä esimiehen, työntekijän ja muiden verkostossa olevien kanssa, miettien vaihtoehtoja ja ratkaisuja työhyvinvoinnin ja työkyvyn ylläpymiseksi ja vahvistumiseksi. Työkykykoordinaattori motivoi työntekijää tunnistamaan omia vahvuuksia ja voimavaroja sekä rohkaisee työntekijää miettimään miten omaa osaamista voi hyödyntää. Työkykykoordinaattorit toimivat yhteistyössä henkilöstökoordinaattorin ja työhyvinvointiasiantuntijan kanssa. Työkykykoordinaattoreiden yhdyshenkilönä toimii henkilöstökoordinaattori.

Työhyvinvoinnin viestintä ja yhteistyö

Työhyvinvointiviestinnän tavoitteen on vahvistaa työhyvinvointia tiedotuksella ja tarjoamalla keinoja. Viestintä kannustaa aktiiviseen toimintaan työhyvinvoinnin edistämiseksi, niin yksiköissä kuin yksilöissä. Työhyvinvoinnin viestinnän välineenä on sisäinen intra Kaima ja esimiehille myös sähköposti. Viestinnän kohteena on Kainuun soten henkilökunta. [Työhyvinvointi](#) sivuilta löytyy laajasti materiaalia. Kaiman etusivulle nostetaan ajankohtaisia asioita työhyvinvoinnista, tiedotteet löytyvät etusivunoston jälkeen työhyvinvointisivulta. Työhyvinvoinnin osalta yhteistyötä tehdään organisaation yksiköiden kanssa ja ulkopuolisten tahojen kanssa kuten Työterveyslaitoksen, Keva, Kainuulaisten oppilaitosten. Yhteistyö on työhyvinvointia kehittävä.

Savuton Kainuun sote

Kainuun soten työpaikat ovat savuttomia. Henkilöstön, opiskelijoiden, asiakkaiden ja potilaiden savuttomuutta halutaan edistää sekä tukea tupakoinnin lopettamista. Savuton Kainuun sote -toimintaohjeessa tupakoinnilla tarkoitetaan kaikkien tupakkatuotteiden, sähkösavukkeen, vesipiipun ja nuuskan käyttöä. Kainuun soten savuttomuudesta tiedotetaan myös yhteistyötahoille, esim. eri alojen sopimusosapuolet ja ostopalveluiden tuottajat, ja heiltä edellytetään savuttomuuden noudattamista työskennellessään kuntayhtymän sisä- ja ulkotiloissa. Kainuun sote tukee henkilöstön tupakasta vieroitusta tarjoamalla tupakoiville työntekijöille maksuttoman kolmen kuukauden vieroitushoidon. Työterveyshuoltoon voi ottaa yhteyttä joko työntekijä itse tai sitten esimies. Esimiesten tehtävä korostuu tupakoimattomuutta edistettäessä, sillä heidän tehtävänä on informoida sekä henkilöstöä että opiskelijoita savuttomasta työpaikasta. Esimiesten tulee myös omalta osaltaan vaikuttaa Savuton Kainuun sote -toimintaohjeen toteutumiseen. https://kaima.kainuu.fi/henkilosto/savuton_kainuun_sote



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Työnohjaus

Työnohjausta järjestetään [hallinnollisen ohjeen](#) mukaisesti. Hallinnollisessa ohjeessa on määritelty työnohjauksen tavoite, sen järjestäminen ja käytettävissä olevat työnohjausmuodot. Ohje sisältää myös työhyvinvoinnin tukimalli -kuvion, jossa kuvataan miten arvioidaan työnohjauksen tarve ja siihen hakeutuminen. Ohjeessa on myös työnohjauksen laskutusperusteet sekä ohjeet työnohjausprosessin arvioinnista. Yksiköitten välisessä laskutuksessa käytetään talouspalvelujen lomakkeissa olevaa muistiotositetta.

Työnohjausta koordinoi terveyden edistämisen erikoissuunnittelija yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Terveyden edistämisen erikoissuunnittelija ottaa vastaan työnohjauspyynnöt ja selvittää yhdessä pyynnön lähettäneen esimiehen kanssa tarkemmin yksikön tuen tarvetta. Jos työnohjaus aloitetaan, tehdään kirjallinen työnohjaussopimus sopivaksi katsotun sisäisen tai ulkoisen työnohjaajan kanssa. Jos yksikön tuen tarve ei näytä ensisijaisesti työnohjaukselliselta, esimies jatkaa tilanteen selvittelyä tarvittaessa yhteistyössä työhyvinvointiasiantuntijan ja työterveyshuollon kanssa.

5.2.3 Laadunhallinta, potilas- ja asiakasturvallisuus työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin edistäjänä

Työympäristö ja työhyvinvointi on keskeinen osa potilas- ja asiakasturvallisuutta. Työympäristöä ja työhyvinvointia kehittämällä vaikutetaan turvallisuuden edistämiseen. Työympäristöstä pyritään aktiivisesti poistamaan potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavat tekijät ja varmistamaan sekä potilaiden/asiakkaiden että henkilökunnan turvallisuus. Työturvallisuuden ylläpitämiseksi ja tapaturmien ennaltaehkäisemiseksi eri tulosyksiköissä tehdään riskikartoitukset, jotka päivitetään vähintään joka toinen vuosi tai tarpeen mukaan. Työhyvinvoinnin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain. Esimiehen ja työntekijöiden tueksi on laadittu erilaisia henkilöstöhallinnon ohjeita esim. työkyvyn tukiprosessi ja päihdehuollon toimintaohje. Lisäksi neuvoja ja tukea saa työhyvinvointipäälliköltä, työsuojeluvaltuutetuilta ja työterveyshuollolta.

Organisaatiolla on käytössä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (Haipro). Järjestelmään ilmoitetaan työtapaturmailmoitukset ja niin sanotut läheltä piti -tilanteet sekä työturvallisuuteen liittyvät turvallisuushavainnot ja kehittämiskohteet. Vaaratapahtumailmoituksista saatuja tietoja hyödynnetään toiminnan ja työympäristön kehittämisessä.

Organisaatiossa toiminnan turvaamiseksi varmistetaan, että:

- työtilat tarjoavat edellytykset turvallisen hoidon toteuttamiseen
- kaatumis- ja loukkaantumisvaarat on huomioitu
- lääkintälaitteet ja hoitotarvikkeet ovat toimintakuntoisia ja niitä on saatavilla
- yleinen turvallisuus on huomioitu (kulunvalvonta, vartiointi, kameravalvonta)
- henkilöstöresurssit ovat riittävät ja jakautuvat tasaisesti työkuormituksen mukaan
- työympäristön olosuhteita kehitetään ja parannetaan jatkuvasti
- työyksiköissä tehdään säännöllisesti riskikartoitukset ja riskienhallintasuunnitelmat
- turvallisuuskävelyt suoritetaan säännöllisesti



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

5.3 Tietosuoja, tietoturva ja tietojärjestelmät

Tietojen turvaaminen on olennainen osa toiminnan turvallisuutta ja on koko kuntayhtymän yhteinen asia. Tietoturvallisuutta johtaa ja valvoo kuntayhtymän yhtymävaltuusto. Kuntayhtymän johtaja päättää rekisterinpidon ja tietosuojan kokonaisuudesta antamalla tietosuoja- ja rekisterinpitoa koskevat periaateohjeet sekä nimeämällä tietosuojavastaavan ja tietoturva- ja tietosuojatyöryhmän. Kuntayhtymän tietosuojavastaava toimii tietosuojan erityisasiantuntijana ja valvoo tietosuojalainsäädännön noudattamista organisaatiossa sekä vastaa neuvonnasta ja kouluttamisesta tietosuoja-asioissa. Tietosuojavastaava raportoi organisaation johdolle tietosuojan toteutumisesta. Kuntayhtymässä toimii tietoturva- ja tietosuojatyöryhmä, jonka tehtävänä on tietosuojan suunnittelu ja kehittäminen. Tietoturva- ja tietosuojatyöryhmä, valmistelea tietosuojaan liittyviä ohjeistuksia, tiedottaa tietosuojatyöhön liittyvistä hankkeista ja muutoksista sekä vie tietosuojatyön osaksi organisaation operatiivista toimintaa.

Esimiehet vastaavat oman yksikkönsä henkilöstön osaamisesta ja henkilötietojen käsittelystä tietosuojalainsäädännön sekä organisaatiossa annettujen ohjeiden mukaisesti. Jokainen kuntayhtymässä tietoja käsittelevä, tietojärjestelmien ylläpitäjä ja käyttäjä on vastuussa tietosuojan toteuttamisesta omalta osaltaan.

[Tietoturvapoliitiikka](#) on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) johdon hyväksymä näkemys tietoturvallisuuden päämääristä, periaatteista ja toteutuksesta. Kainuun sotessa tietoja käsitellään yhdenmukaisten tietosuoja- ja tietoturvaperiaatteiden mukaisesti. Tietoturvapoliitiikan hyväksyy yhtymähallitus.

[Tietosuojaoliitiikka](#) määrittää periaatteet, toimintatavat, vastuut, valvonnan ja seuraamusjärjestelmän, joita noudatetaan Kainuun sote tietosuojan toteuttamisessa ja kehittämisessä. Tietosuojaoliitiikka koskee henkilötietojen käsittelyä, jossa kuntayhtymä toimii rekisterinpitäjänä. Kuntayhtymässä on määritetty toimintaprosessi tilanteisiin, joissa havaitaan tai todetaan henkilörekisteririkkomusepäily, johon liittyy henkilötietoihin kohdistuva tietoturvaloukkaus. Prosessin mukaista toimintatapaa noudatetaan tietosuojaoliitiikan sattuessa.

Kuntayhtymän henkilökunta noudattaa kuntayhtymän yhteisiä tietoturva- ja tietosuojaohjeita. Tietojärjestelmien käyttöä ja käyttäjätunnuksia haetaan kirjallisesti. Käyttöoikeudet antaa tietohallinto ja/tai järjestelmän pääkäyttäjä. Käyttöoikeuden saadakseen henkilö allekirjoittaa tietosuoja- ja tietoturvasitoumuksen. Potilas- ja asiakasasiakirjoja saavat käsitellä vain ne henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon tai asiakkaan palvelutapahtumaan. Asiakirjoihin kirjataan potilaan hoitoon tai asiakkaan palveluun olennaisesti sisältyvät asiat. Potilasasiakirjojen käyttöä seurataan säännöllisin lokiajoin. Asiakas voi halutessaan tarkastaa potilasasiakirjoistaan hoitoaan koskevia tietoja henkilökohtaisesti pyytämällä tai omakätisesti allekirjoitetulla kirjeellä. Pyyntö osoitetaan hoitaneelle lääkärille, terveysjohtajalle tai rekisterin vastuuhenkilölle. Asiakkaalla on myös oikeus nähdä tulosityksikössä muodostuvat rekisteriselosteet, jotka on tehty kaikista niistä potilas- tai asiakastietoja sisältävistä järjestelmistä.

Asiakkaan oikeus yksityisyyden suojaan turvataan kaikissa olosuhteissa. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ulkopuolisiin organisaatioihin voidaan tietoja siirtää ainoastaan potilaan suostumuksella. Mikäli kyseessä on alaikäinen tai esim. tajuton potilas lupa kysytään lähiomaiselta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992). Tulosityksikön päällikkö ja muut potilas- sekä muita salassa pidettäviä asiakirjoja työtehtävissään käsittelevät toimijat vastaavat siitä, että salassa pidettävät asiakirjat säilytetään asianmukaisesti.

Tietoturvaan- ja suojaan liittyvät vaaratilanteet kirjataan Haipro-järjestelmän [tietoturvaosioon](#).

Tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät toimintaprosessit ja ohjeistukset löytyvät laadunhallintajärjestelmästä, kohdasta 5, [tietosuoja ja tietoturva](#).



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

5.4 Lääkintälaitteiden hallinta

Terveystenhuollon toimintaympäristön ja laitteiden hallinta on keskeinen osa laadunhallintaa ja potilas- ja asiakasturvallisuutta. Laitteiden hallinnan tarkoituksena on ylläpitää ja edistää laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuutta niin asiakkaiden kuin henkilökunnan kannalta. Laitteiden yhdenmukaisilla hankinnoilla pyritään yhdenmukaisuuteen työnhallinnan edistämiseksi.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629 edellyttää, että ammattimaisella käyttäjällä tulee olla vastuhenkilö, joka vastaa siitä, että käyttäjän toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säädöksiä ja määräyksiä. Ammattimaisella käyttäjällä tarkoitetaan sosiaali- tai terveydenhuollon yksikköä, kehitysvammaisten erityishuoltoyksikköä tai terveydenhuollon ammattihenkilöä, joka käyttää terveydenhuollon laitetta tai luovuttaa sen potilaalle. Kainuun sotien ammattimaisen käyttäjän vastuhenkilö on kuntayhtymän hallintoylilääkäri ja hänen varahenkilönä toimii hallintoylihoitaja. Kuntayhtymässä toimii moniammatillinen lääkintälaitetyöryhmä, jonka tehtävän on yhtenäistää ja edistää Kainuun sotien lääkintälaitteiden hallintaa.

Potilaan hoitoon, tutkimuksiin ja niiden tukena oleviin toimintoihin käytettävistä lääkintälaitteista, laitteiden toimintakunnosta, ajanmukaisuudesta, huoltoon saattamisesta, henkilöstön perehdytyksestä sekä hankinnasta ja käytöstä poistosta vastaavat laitteita käyttävän yksikön esimies ja henkilöstö. Vastuu koskee myös lainattuja ja vuokrattuja laitteita. Lääkintälaitteiden teknisestä asiantuntijapalvelusta vastaa lääkintälaitetekniikka. Jokaiseen tuloksikkoon on nimetty laitevastaava (-t). Laitevastaavia on yksikössä oltava sellainen määrä, että laitteista huolehtiminen on säännöllistä.

Kuntayhtymän laitteiden hallintaan liittyvät ohjeet ja lomakkeet sekä muu tuki materiaali löytyvät laadunhallintajärjestelmästä, kohdasta 5, [laitteiden hallinta](#)

5.5 Hankinnat ja ostopalvelut

Tarvike-, lääke- ja laitehankinnat sekä asiantuntia ja muut palveluhankinnat tehdään Kainuun sotien yhteisen hankintaprosessin mukaisesti. Hankinnat tehdään joko itse järjestettyjen tai ERVA- alueen yhteisten tarjouskilpailujen perusteella. Kainuun sotien hankintayksikkö hoitaa hankintaprosessia alusta loppuun yhteistyössä hankinnan omistajan kanssa. Hankintayksikön tehtäviin kuuluu mm. tarjouspyynnön tekeminen yhdessä hankinnan omistajan kanssa, tarjousten vertailu ja hankintapäätösesityksen tekemiseen osallistuminen sekä hankintapäätöksen ilmoittaminen ja hankintapäätöksen lainvoimaisuuden jälkeen hankintasopimuksen allekirjoittamisen valvonta.

Asiakaspalveluja voidaan hankkia sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Osa asiakaspalveluista on asetuksella määrätty tuotettaviksi tietyissä yliopistosairaaloissa. ERVA- alueella erityisen vaativaa hoitoa keskitetään yliopistosairaalaan. Tästä sovitaan vuosittain sairaanhoitopiirien kesken. Osan tukipalveluista (mm. siivous- ja pesulapalvelut) kuntayhtymä hankkii ostopalveluina kilpailutuksen perusteella. Tarjouspyynnössä määritellään valinta- ja laatukriteerit sekä toiminnan seurantaan tarvittavat arviointimenettelyt ja -vaatimukset. Laatukriteerit toimivat palvelutoiminnan arvioinnin pohjana. Palvelun tuottamisesta tehdään ostosopimus, jossa määritellään tehtävät, laatukriteerit ja -vaatimukset sekä toiminta ongelmatilanteissa. Hyväksytyistä toimittajista pidetään listaa.

Palvelujen toteutumista arvioidaan tarkastuskäyntien, käyttäjäkokemusten, tilastoraporttien, asiakaspalautteiden, poikkeama/reklamaatioilmoitusten ja palvelujen tuottajan laadunhallintajärjestelmän avulla. Nämä asiat käsitellään yhteistyökokouksissa, joissa selvitetään syyt havaittuihin poikkeamiin ja sovitaan käynnistettävistä toimenpiteistä. Jatkotoimenpiteiden toteutumista seurataan, arvioidaan ja dokumentoidaan. Palvelun ostaja tekee muistion yhteistyökokouksista. Mikäli ostopalveluna toteutettu työ ei täytä sovittuja laatuvaatimuksia, pyydetään palvelun toimittajaa ryhtymään korjaaviin toimenpiteisiin. Ostetun palvelun laatu poikkeamat ilmoitetaan [reklamaatioilmoituksella](#) ja/tai suoraan keskustellen palveluntuottajan esimiehen kanssa.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Alihankinta- tai ostopalveluja käytettäessä potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistaminen kuuluu yksikön esimiehelle. Alihankkijoilta ja ostopalvelujen tuottajilta edellytetään systemaattisia toimintatapoja potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Palveluista sovittaessa turvallisuuteen liittyvät riskit kartoitetaan ja laaditaan suunnitelma niiden välttämiseksi. Samalla sovitaan työntekijöiden perehdytys, työn sisältö ja siltä odotettava laatu.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistaminen alihankintaa tai ostopalvelua suunniteltaessa:

- suunnitteluvaiheessa arvioidaan ja kirjataan hankintasuunnitelmaan toimintaan liittyvät potilas- ja asiakasturvallisuusriskit sekä määritellään tarvittavat toimenpiteet riskien hallitsemiseksi
- sopimuksessa määritellään selkeästi palvelu tai tuote, jota sopimus koskee, palvelun laatuvaatimukset sekä potilasturvallisuuden varmistamisen periaatteet ja käytännöt
- kirjallinen perehdytysuunnitelma ulkopuolisen toimijan henkilöstölle yksikön vaatimusten mukaisesti

5.6 Viestintä

Viestintäyksikön perustehtäviä ovat Kainuun soten omien viestintäkanavien ylläpito ja kehittäminen, mediasuhteiden hoitaminen ja henkilöstön tukeminen viestinnässä. Sisäisen viestinnän pääkanava on Kaima-intranet, jota viestintä ylläpitää yhdessä tietohallinnon kanssa. Ulkoisen viestinnän pääkanavia ovat mediatiedotus (tiedotteet ja tiedotustilaisuudet) ja ulkoiset verkkosivut. Sosiaalisessa mediassa Kainuun sotella ja eri yksiköillä on useita kanavia (Twitter, Facebook, YouTube, Instagram). Viestintäyksikkö avustaa myös seminaarien ja tapahtumien järjestämisessä. Viestintä toteuttaa myös erilaisia viestintään liittyviä kuvauksia, videointeja ja suoratoistoja. Viestintä tukee kuntayhtymän strategisten tavoitteiden saavuttamista ja edistää kainuulaisten hyvinvointia. Viestinnässä huomioidaan henkilöstön oikea-aikainen tiedonsaanti ja vaikuttamismahdollisuudet heitä koskevissa asioissa sekä kansalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet jo päätösten valmisteluvaiheessa. [Viestintäsuunnitelma](#) ja [viestintäopas](#) ovat keskeisiä viestinnän asiakirjoja.

5.7 Asiakirjahallinta (ohjeet ja lomakkeet)

Kuntayhtymän laadunhallintajärjestelmän dokumentaation tarkoituksena on antaa kuva siitä, mitä toiminnassa pitää saada aikaan ja miten. Dokumentaatio on kuvaus organisaation menettelyistä. Kuvaus selventää kuka tekee, mitä tekee, milloin tekee, missä tekee ja miten tekee. Organisaation dokumentaatioon sisältyy kuntayhtymän laatupolitiikka, laadunhallintajärjestelmä ja laatukäsikirjat, prosessikuvaukset, laadunhallinnan ja potilas/asiakasturvallisuuden toimintaohjelma, turvallisuutta edistävät käytänteet, toiminnan ohjaukseen tarvittavat asiakirjat, ohjeet (asiakirjojen ja tallenteiden ohjaus, sisäinen arviointi, poikkeavan palvelun /tuotteen ohjaus, korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet) ja toiminnasta syntyvät tallenteet. Ohjeistuksella tuodaan henkilöstölle informaatiota heidän työnsä tekemiseen.

Asiakirjojen hallintaa ohjataan kuntayhtymän asiakirjahallinnan ja laadunhallinnan kautta. Asiakirjojen hallinnan ja niitä ohjaavien ohjeiden tarkoituksena on asiakirjojen yhtenäisen asiakirjahallinnan ja yleisilmeen luominen. Asiakirjojen ohjauksen tarkoituksena on varmistaa, että käytössä ovat ajantasaiset, oikeat ja helppolukuiset versiot työtä ohjaavista asiakirjoista. Tarvittavat asiakirjat pidetään henkilöstölle käytettävissä, jotta he tehdessään työtään saavat tarvittavan informaation helposti. Asiakirjojen laaditaan ja ylläpitoa ohjeistetaan ohjeessa: [Ohjeiden laatiminen ja ylläpito](#). Ohjeiden hallintaan liittyvät vastuut on määritelty menettelyohjeessa laatuasiakirjojen ohjaus: [Laatuasiakirjojen ohjaus](#).



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Tallenteet kuvaavat toteutunutta toimintaa ja toiminnan tuloksia. Tallenteita tarvitaan osoittamaan, että on toimittu vaatimusten ja sopimusten mukaisesti. Niitä tarvitaan myös johtamisen ja päätöksen teon pohjaksi. Kuntayhtymän arkistonmuodostus ja arkistointi on kuvattu arkistonmuodostussuunnitelmassa, josta vastaa arkistointipäällikkö. Laatutiedostojen arkistonmuodostus tehdään kuntayhtymän arkistonmuodostussuunnitelman mukaisesti. Laatusihteerit vastaavat laatutiedostojen arkistonmuodostuksesta ja arkistoinnista. Laatutiedostojen säilytysajat ja arkistointi löytyvät [arkistonmuodostussuunnitelmasta](#).

6. Palvelujen tuottaminen ja kehittäminen

6.1 Prosessit, palvelut ja niiden hallinta

Kuntayhtymän palvelut asiakkaille tuotetaan tulosalueiden alla olevilla vastuualueilla ja tulosityksiköissä. Kuntayhtymän, tulosalueiden, vastuualueiden ja tulosityksiköiden keskeisten toimintojen ydinprosessit ja hoito- ja palveluketjut on kuvattu ja ne löytyvät [prosessikartasta](#). Toimivat hoito- ja palveluketjut tukevat päätöksentekoa ja vahvistavat asiakkaan hoidon ja palvelun jatkuvuutta ja saatavuutta sekä turvaavat hoidon ja palvelun laatua. Taloudellinen toiminta edellyttää prosessien jatkuvaa kriittistä arviointia ja päällekkäisten toimintojen hiomista mahdollisimman sujuviksi. Kustannusvaikuttavuutta tehostetaan kehittämällä näyttöön perustuvia hoito- ja palvelukäytäntöjä ja käyttämällä olemassa olevia resursseja mahdollisimman joustavasti. Hoito- ja palveluketjuja laadittaessa huomioidaan kansalliset ja kansainväliset suositukset sekä alan viimeisin lääketieteellinen ja muiden tieteiden tuoma tieto.

Prosessien ja toimintatapojen kehittäminen edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä hoidon ja palvelun laatua. Prosessien kuvaamisen ja kehittämisen tavoitteena on yhdenmukaistaa ja tehostaa toimintaa tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi sekä lisätä asiakkaan arvontuottoa. Toimintakohtaisten prosessien kuvaaminen yhtenäistää menettelyjä ja selkiyttää henkilökunnan työnjakoa ja vastuuta ja siten parantaa sujuvuutta sekä myötävaikuttaa poikkeamien ja virheiden vähenemiseen. Hoidon ja palvelun sujuvuus merkitsee asiakkaalle sitä, että hän saa asianmukaisen hoidon/palvelun ilman tarpeettomia viivytyksiä, jotka voivat vaarantaa hoidon tuloksellisuuden, sekä ilman päällekkäisiä ja aiheettomia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Toiminnan jatkuvan parantamiseksi prosesseja sekä hoito- ja palveluketjuja päivitetään toiminnassa syntyvien muutosten, seurannan ja mittaustulosten perusteella. Prosessien ja hoito- ja palveluketjujen kuvaamiseen ja kehittämiseen on laadittu työohjeet: [hoito- ja palveluketjun työstäminen](#) sekä [prosessien kehittäminen ja kuvaaminen](#).



Kuva 4 Prosessien jatkuvan kehittämisen vaiheet

Prosessien kuvaamisen ja kehittämisen tavoitteet:

- luoda lisäarvoa asiakkaalle (virtaustehokkuus)
- yhdenmukaistaa, tehostaa ja kehittää toimintaa sekä menettelytapoja
- poistaa turhia ja päällekkäisiä työvaiheita (hukkaa)
- selkiyttää henkilöstön työnjakoa ja vastuuta
- parantaa toiminnan sujuvuutta ja tiedonkulkua
- vähentää vaara- ja haittatapahtumia



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Kuntayhtymän prosessien ja ketjujen työstäminen rakentuu asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöiset prosessit lähtevät asiakkaan tarpeiden ja odotusten huomioimisesta. Prosessien kehittämisen lähtökohdista ovat organisaation toimintaa ohjaavat visio, arvot, strategiat ja toimintapolitiikka, joilla toimintaa ohjataan. Hoito- ja palveluprosesseja suunniteltaessa arvioidaan niihin liittyvät riskit potilas- ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta huomioiden erityisesti potilaan siirtoihin liittyvät työvaiheet sekä tiedonkulun varmistaminen eri yksiköiden ja sidosryhmien välisessä yhteistyössä. Asiakkaan kannalta kriittisiin työvaiheisiin / toimenpiteisiin määritellään menettelytapa ja/ tai toimintaohje. Sovittu toimintatapa tai ohjeistus tulee olla helposti henkilöstön saatavilla ja menettelytavasta tiedotetaan tai järjestetään koulutusta ennen menettelytavan käyttöönottoa. Yhteisillä toimintatavoilla varmistetaan tunnistettujen turvallisuusriskien hallinta ja riittävä tiedonkulku kaikkien hoitoon osallistuvien taholta. [Turvallisuutta edistävät hyvät käytänteet.](#)

6.2 Terveyden edistäminen

Kuntayhtymän yhtenä strategisena päämääränä on asiakkaiden toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen, terveyserojen kaventuminen sekä osallisuuden vahvistaminen. Terveyden edistäminen on tietoista voimavarojen kohdentamista terveyteen ja hyvinvointiin. Keskeisenä tavoitteena on vaikuttaa lapsiperheiden ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn, väestön elintapoihin, terveyteen, hyvinvointiin ja toimintakykyyn kohdentamalla toimintaa ja palveluja niihin ryhmiin, joissa sairauden ja/tai hyvinvoinnin riskitekijät korostuvat. Sosiaali- ja terveystalvelujen lisäksi hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. perintötekijät, yksilön elämäntyyli, yhteisölliset verkostot, elin- ja työolot, mutta myös yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukaisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painopistealueet ovat:

- lapsiperheiden ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy ja ongelmien varhainen tunnistaminen
- päihde- ja mielenterveysongelmien ehkäisy ja varhainen tunnistaminen
- ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitäminen
- elintapamuutokset kansansairauksien ehkäisemiseksi
 - ruokailutottumukset ja suun terveys
 - ylipaino ja liikunta
 - tupakointi, alkoholi ja muut päihteet
- kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen

Hyvinvoinnin edistäminen on olennaisella tavalla kytköksessä elinvoimaan - terve ja hyvinvoiva väestö on edellytys elinvoimaiselle kunnalle ja maakunnalle. Hyvinvoinnin edistämistehtävä on laaja - se edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä eri toimialojen kesken, unohtamatta yhteisöjä, järjestöjä, yrityksiä ja seurakuntia. Kainuun kaikissa kunnissa on nimetty Hyte-koordinaattorit sekä Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden (HyTeTu) ryhmät, jotka toimivat yhteistyössä kuntansa strategisen johdon kanssa. Kainuun sote koordinoi alueellista Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä ja toimii asiantuntijana kuntien ja Kainuun soten verkostossa. Kuntayhtymässä terveyden edistämistä koordinoi terveyden edistämisen erikoissuunnittelija, joka toimii tiiviissä yhteistyössä Kainuun kuntien kanssa.

6.3 Kuntouttavat työote

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan potilaan/asiakkaan/kuntoutuksen olemassa olevan toimintakyvyn edistämistä ja mahdollisimman monipuolista käyttöä. Se on potilasta aktivoivaa toimintaa, joka toteutetaan hänen omista tavoitteistaan ja lähtökohdistaan. Hoidon ja kuntoutuksen lähtökohdista on asiakkaan kokonaistilanteen kartoitus ja luonnollisen tukiverkoston huomioiminen.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Keskeistä on ammattihenkilöiden, kuntoutujan ja hänen läheistensä välinen yhteistyö sekä yhteisiin toimintaperiaatteisiin ja tavoitteisiin sitoutuminen.

Kuntoutumista edistävä työote on

- asiakaslähtöistä
- arvostavaa ja kuuntelevaa
- fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen kannustavaa
- innostavaa, rohkaisevaa ja tavoitteellista

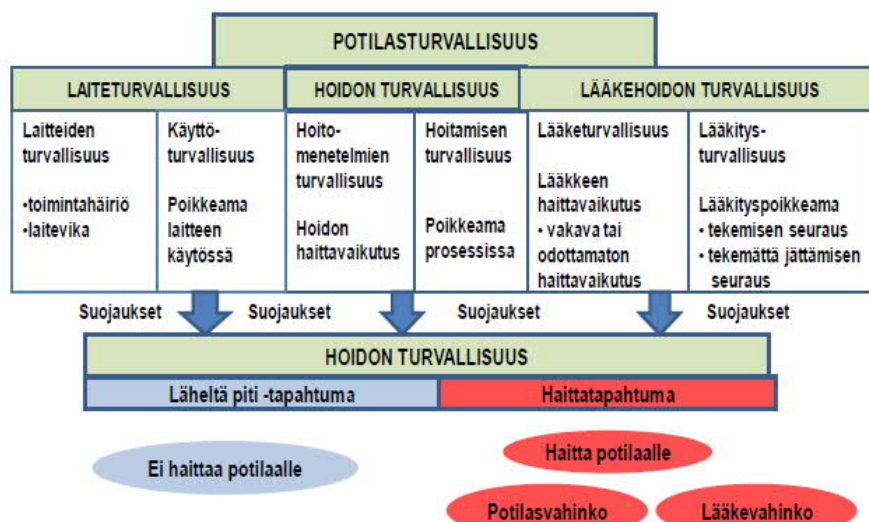
Kuntoutusjärjestelmä auttaa yksilöä

- arvioimaan omia pyrkimyksiään
- etsimään keinoja niiden saavuttamiseen
- muokkaamaan niitä uudestaan, luopumaan epärealistisista ja luomaan uusia
- valitsemaan toimenpiteitä elämänprojektien toteutuksen tueksi

Ammattihenkilön tehtävänä on yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa pyrkiä vähentämään toimintakykyä rajoittavia esteitä sekä tarjota vaihtoehtoja ja uusia mahdollisuuksia. Kuntoutumista edistävän työotteen kehittäminen edellyttää aikaisempien työtapojen ja työntekijän omien asenteiden kriittistä uudelleenarviointia sekä moniammatillisen työn arvostamista.

6.4 Potilas- ja asiakasturvallisuus

Potilas- ja asiakasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Turvallisuus rakentuu oikeasta toiminnasta, asenteista ja kulttuurista. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä ja siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden.



Kuva 5 Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon laadun perusta. Laadun muita ulottuvuuksia ovat:

- hoito on näyttöön perustuvaa
- hoito on lääketieteellisesti vaikuttavaa
- hoito on kustannusvaikuttavaa
- hoito on potilaskeskeistä
- hoitoa on saatavilla
- hoidon saatavuus on oikeudenmukaista

Potilas- ja asiakasturvallisuutta voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Asiakkaan ja potilaan näkökulmassa korostuu hänen odotukset ja saadut kokemukset hoidosta. Potilaan näkökulmasta hoidon hyvä laatu tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan, oikeassa paikassa, oikealla tavalla annettuna ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa ja epämukavuutta.

Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta on tärkeää asiakkaan tai potilaan palvelun tai hoidon tarpeisiin vastaaminen parhaan mahdollisen tiedon ja käytössä olevin, näyttöön perustuvien menetelmin asiakaslähtöisesti. Organisaation johdon ja hallinnon näkökulmasta tavoitteena on paras mahdollinen palvelun tai hoidon tulos tuhmaamatta, laadukkaasti, turvallisesti ja viiveettä säädöksiä ja sisäisiä ohjeita noudattaen.

Turvallisen hoidon ja palvelun toteuttamisessa noudatetaan potilas- ja asiakasturvallisuuden edistämisen menettelytapoja ja sovelletaan potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviä käytäntöjä. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallinen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia vuosille 2017–2021, joka ohjaa osaltaan Kainuun soten potilas- ja asiakasturvallisuustyötä.

6.5 Palvelujen ja toiminnan kehittäminen

Kuntayhtymän toimintaa kehitetään normaalin suunnittelun ja johtamisen, jatkuvan laatutyön sekä henkilöstön koulutautumisen lisäksi myös erilaisten määräaikaisten kehittämishankkeiden ja projektien avulla. Kehittämistyöllä pyritään kainuulaisten hyvinvoinnin lisäämiseen, palvelurakenteiden kehittämiseen ja toimintojen uudistamiseen. Kehittämishankkeet sisältävät joko olemassa olevien toimintamallien muuttamista tai kokonaan uusien toimintamallien käyttöönottoa. Kehittämishankkeet ovat yksikön tai vastuualueen normaalia prosessin kehittämistyötä silloin, kun ne voidaan toteuttaa yksikön tai vastuualueen omilla voimavaroilla eikä niihin tarvita ulkopuolista rahoitusta tai henkilöstöresursseja. Mikäli tarvitaan kuntayhtymän omaa hankerahoitusta tai kuntayhtymän ulkopuolista projektirahoitusta vastaa hankkeen hallinnoinnista Kainuun soten kehittäminen ja suunnitteluosasto.

Uusia toimintamalleja voidaan myös suoraan määrätä otettavaksi käyttöön kuntayhtymä-, tulosalue- tai vastuualueella tehdyin päätöksin. Tällöin päätös toimeenpanosta sovitaan kyseisen alueen johtoryhmässä. Muuten ehdotukset uusien toimintamallien käyttöönottamiseksi käsitellään vuosittaisissa budjetti- ja suunnittelupalaverissa tarvittavien voimavarojen allokoimiseksi. Kehittämishankkeet kirjataan vuosisuunnitelmiin. Uuden toimintamallin käyttöönotto organisoidaan tapauskohtaisesti. Tulosityksiköiden päälliköt vastaavat, että perehdytys ja koulutus uusiin toimintamalleihin on riittävä. Harkittaessa uusien toimintamallien käyttöönottoa tehdään ihmisiin kohdistuvan vaikutuksen [ennakkoarviointi \(IVA\)](#). Ennakkoarviointi toimii päätöksenteon tukena ja sen tarkoituksena on arvioida ennalta eri päätösvaihtoehtojen vaikutuksia. Arvioinnin avulla voidaan selkeämmin perustella päätöstä sekä kuvata päätöksen myönteiset ja kielteiset vaikutukset verrattuna muihin vaihtoehtoihin. Uusien hoitomenetelmien ja kalliiden lääkkeiden käyttöönottamista suunniteltaessa tehdään riskiarvio [Mini-HTA:n](#) mukaan.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Laadunhallinnan ja potilas/asiakasturvallisuuden kehittäminen perustuu tiedon hallintaan, jota saadaan toiminnan systemaattisen seurannan, arvioinnin ja katselmoinnin avulla sekä saatujen palautteiden kautta. Toiminnan jatkuvan parantamisen tavoitteena on ennakoida ja tunnistaa potilasturvallisuuden riskit, varmistaa riittävä varautuminen niihin sekä estää poikkeavien tilanteiden syntyminen.

Laadun, potilas ja asiakasturvallisuuden kehittämisen kohteina pääasiallisesti ovat:

- toimintaprosessien ja -ketjujen ja niiden rajapintojen jatkuva parantaminen
- toimintatapojen yhdenmukaistaminen erityisesti kriittisissä työvaiheissa
- työympäristöjen, niiden turvallisuuden kehittäminen
- laitteiden ja välineiden hallinta
- henkilöstön osaamisen kehittäminen
- asiakkaan osallisuuden kehittäminen laadun ja turvallisuuden hallinnassa
- avoimen ja syyllistämättömän toimintakulttuurin kehittäminen

6.6 Ulkoistetut palvelut

Ulkoistetuilla palveluilla tarkoitetaan tässä kuntayhtymän hankintalain (1397/2016) mukaisesti kilpailuttamia palveluhankintoja. Tarjouspyynnön valmisteluvaiheessa hankinnan omistajien vastuulla on palvelukuvauksen laatiminen ja hankinnan kohteen kriteerien kuvaaminen. Laadukkaiden palvelujen saamisen näkökulmasta juuri tarjouspyyntövaihe on keskeisin. Tarjoajien kelpoisuus- ja vähimmäisvaatimukset sekä pisteytettävät (laadun lisäpisteet) ilmenevät tarjouspyynnöstä. Hankinnanomistaja on se, jonka toimintaan palvelu liittyy. Pääsääntöisesti hankinnanomistaja on joko tulosyksikkö, -alue tai vastuualue (hankintasääntö 10 §). Hankinnan laadusta riippuen yhdessä hankinnassa voi olla useampi hankinnanomistaja. Matriisiorganisaatiot, kuten henkilöstö- ja taloushallinto, puolestaan ovat hankinnanomistajia niiden vastuulle kuuluvissa hankinnoissa. Tarjouspyyntöön kirjataan sopimussakkopykälät sen varalta, että palvelu ei olekaan tarjouspyynnön vaatimusten mukaista.

Toinen keskeinen vaihe laadunvalvonnan näkökulmasta on hankinnan omistajan sopimuksen aikainen toiminta. Tarjouspyyntöön kirjatulla seikoilla ei ole mitään merkitystä, mikäli niiden toteutumisen valvonta laiminlyödään. Valvontavastuu on jokaisella hankintasopimukseen kirjatulla henkilöllä. Hankintaohjeen (2.12.) mukaan sopimukseen kirjatut tilaajan puolelta sopimuksesta ja palveluntuotannosta vastuussa olevat henkilöt valvovat sopimuksen aikaista toimintaa. Mainitusta hankintaohjeesta ilmenevät molempien tehtävät tarkemmin. Hankintasopimukset löytyvät M-Filestä ja Kaimasta.

7. Suorituskyvyn arviointi

7.1 Mitattavat tekijät ja tulosten hyödyntäminen (BSC)

Kuntayhtymän toimintasuunnitelmaan on asetettu strategiset päämäärät, kriittiset menestystekijät, mittarit ja tavoitetasot. Prosessien ja hoito/palveluketjujen suorituskykyä, palvelun laatua ja vaikuttavuutta selvittävistä mittareista, mittausten toteuttamisesta, seurannasta ja tulosten analysoinnista sovitaan toimintasuunnitelman laadinnan yhteydessä. Talouden ja toiminnan toteutumista seurataan kuukausittain ja osavuosikatsaukset laaditaan [vuosikellon](#) mukaisesti neljän kuukauden välein (tammi-huhtikuu, touko-elokuu ja syys-joulukuu). Vuosittain julkaistavassa tilinpäätöksessä ja vuosikertomuksessa raportoidaan keskeiset toimintaluvut tulos- ja vastuualueetasolla. Sisäisen valvonnan raportti laaditaan kaksi kertaa vuodessa. Raportissa käsitellään taloutta ja toimintaa, organisaatio-rakennetta, vastuita ja valtuuksia, omaisuuden hankintaa ja luettelointia sekä riskien hallintaa tulosalueetasolla. Henkilöstöraportti sisältää tiedot rekrytoinnista, osaamisen kehittämisestä, henkilöstön terveydellisestä toimintakyvystä ja työhyvinvoinnista, poissaoloista, henkilöstökustannuksista ja henkilöstöresursseista.



Potilas- ja asiakasturvallisuuden ja toiminnan laadun kehittymistä seurataan osana organisaation toimintaa. Keskeiset tunnusluvut raportoidaan vuositason tasolla osana tilinpäätöstä. Laatu- ja potilasturvallisuuden vuosiraportissa käsitellään potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat, asiakaspalautteet, toimintaprosessit, sisäiset ja ulkoiset arvioinnit, johdon katselmukset, laatu- ja potilasturvallisuuskoulutukset, potilasturvallisuustiedotteet sekä keskeiset kehittämiskohteet. Seurannan, mittauksen, tulosten analysoinnin ja toiminnan kehittämisen avulla pyritään parantamaan asiakkaan kokemuksia palvelujärjestelmän toimivuudesta. Keskeiset indikaattorit ja seurantamenettelyt on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa: [Potilas- ja asiakasturvallisuuden sekä laadun seuranta ja mittaus](#). Laadun ja potilas- ja asiakasturvallisuuden seurantaan organisaation eri tasoilla on laadittu erillinen hallinnollinen ohje, [Laatu- ja potilasturvallisuustilanne raportti](#)



Kuva 6 Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta

Kuntayhtymässä potilas- ja asiakasturvallisuutta seurataan seuraavin periaattein:

- henkilökuntaa kannustetaan tekemään vaaratapahtumailmoituksia ja ilmoittamaan kehittämiskohteita HaiPro-järjestelmään ja kehittämään toimintaa niiden pohjalta
- potilailla ja asiakkailla sekä läheisillä ja omaisilla on mahdollisuus tehdä vaaratapahtumailmoitus
- vaaratapahtumat käsitellään luottamuksellisesti, syyllistämättömyyden periaatetta noudattaen
- vaaratapahtumat käsitellään säännöllisesti työyksikköpalavereissa
- tapahtumasta otetaan oppia ja toimintaa kehitetään siten, että jatkossa vastaavilta vaaratilanteilta vältytään
- vakavien haittatapahtumien käsittelyyn on oma menettelymalli

7.2 Kyselyt ja palautteet

7.2.1 Asiakaskyselyt ja palautteet

Kuntayhtymässä on käytössä sähköinen, reaaliaikainen asiakaspalautejärjestelmä (QPro feedback). Linkki palautelomakkeelle löytyy kainuu.fi-sivuilta kohdasta palaute. Asiakas voi antaa palautetta sivujen kautta ympäri vuorokauden. Asiakaspalautekyselyn tarkoituksena on saada tietoa asiakkaidemme palveluodotuksista ja -kokemuksista. Asiakaspalautteista saatua tietoa hyödynnetään sote-kuntayhtymän toiminnan kehittämisessä.

Kuntayhtymän yksiköissä järjestetään vuosittain myös tehostettuja asiakaspalauteviikkoja 1-2 kertaa vuodessa. Palauteviikot järjestetään keväisin ja/tai syksyisin. Yksiköt määrittelevät palautteen



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

keräämisen ajankohdan itse. Osassa toimintayksiköitä on käytössä myös muita tapoja kerätä asiakaspalautteita mm. HappyOrNot-palauttejärjestelmä. Palautetta asiakkailta kerätään myös mm. verkkosivujen ja Omasoten kautta.

Asiakaspalautteiden käsittely

Asiakaspalautteiden tuloksia ja asiakkaiden kokemuksia saadusta palvelusta/hoidosta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja jatkuvassa parantamisessa. Tulosityksikön esimies perehtyy yksikkönsä palautteisiin ja käsittelee palautteita säännöllisesti yhdessä henkilöstön kanssa osasto-/työpaikkakokouksissa. Saadut palautteet analysoidaan ja tarvittavat kehittämistoimenpiteet viedään HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiin. Asiakaspalautteiden käsittely työkokouksissa kirjataan kokouspöytäkirjaan.

Tulos- ja vastuualueilla koosteet asiakaspalautteista käsitellään säännöllisesti työpaikkakokouksissa ja johdon katselmuksissa. Tarvittavat kehittämistoimenpiteet, vastuut, aikataulutukset ja seurannat sovitaan ja viedään suunnitelma HaiPro -järjestelmän tilanneraporttiin. Asiakaspalautteiden käsittely kirjataan johtoryhmän kokouspöytäkirjaan. Tulosaluejohtaja, vastuualuepäällikkö ja tulosityksikön päällikkö vastaavat siitä, että tuloksia käsitellään säännöllisesti jokaisessa yksikössä. Johdonkatselmuksissa ja sisäisissä arvioinneissa arvioidaan asiakaspalautetulosten hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä.

Potilaan, asiakkaan tai hänen läheisen tekemät vaaratapahtumailmoitukset

Asetus laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta tehtävästä suunnitelmasta edellyttää, että organisaatiossa on sovittava menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista. Potilailla, asiakkailla ja hänen läheisillään on mahdollisuus raportoida hoidossa havaitsemistaan turvallisuuspuutteista HaiPro -järjestelmään.

Potilaalla, asiakkaalla on myös oikeus saada palautetta raportissaan esille tuomiinsa asioihin. Kuntayhtymässä toimitaan avointa toimintakulttuuria noudattaen. Haittatapahtuman jälkeen kerrotaan asiasta avoimesti potilaalle ja potilaan/asiakkaan niin toivoessaan hänen läheiselleen sekä pyydetään anteeksi. Anteeksipyyntö tukee avoimuutta. Mahdolliset seuraukset käydään yhdessä läpi potilaan kanssa. Haittatapahtuman jälkipuinnin tavoitteena on palauttaa potilaan ja asiakkaan luottamus terveydenhuollon järjestelmään. [Potilaan/asiakkaan vaaratapahtumailmoitus.](#)

Tavoitteena on vaaratapahtumasta oppiminen ja vastaavien tilanteiden välttäminen tulevaisuudessa. Luottamuksellisessa ilmapiirissä potilaat, asiakkaat ja heidän läheisensä uskaltavat tuoda esiin hoidon aikana ilmenneitä puutteita. Näin organisaatiolla on mahdollisuus puuttua tilanteeseen nopeasti ja avoimesti. Potilaan, asiakkaan ja /tai läheisen tekemän vaaratilanneilmoituksen käsittely ohjeistetaan hallinnollisessa ohjeessa, [Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvien vaara- ja haittatapahtumien sekä kehittämiskohteiden käsittely \(HaiPro\).](#)

7.2.2 Sidosryhmäkyselyt ja palautteet

Kuntayhtymässä on käytössä yhteinen lomake sidosryhmäpalautetta varten. Sidosryhmiltä saadaan palautetta myös HaiPro -järjestelmän kautta sekä erilaisten yhteistyökokousten kautta.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

7.2.3 Henkilöstökyselyt ja palautteet

Työhyvinvointikyselyn (Mitä kuuluu?) avulla seurataan henkilöstöstrategian toteutumista ja sen avulla suunnataan toimintaan kehittämistoimenpiteitä. [Työhyvinvointikysely](#) suoritetaan vuosittain Työterveyslaitoksen laatimalla Mitä kuuluu? -kyselyllä. Työhyvinvointikyselyjen tulokset ja käsittelyohjeet löytyvät laadunhallintajärjestelmästä, kohdasta 7

Turvallisuuskulttuurikyselyn (TUKU) tarkoituksena on saada tietoa organisaation tilanteesta ja kehityssuunnasta turvallisuuden näkökulmasta. Saatua tietoa hyödynnetään potilas- ja asiakasturvallisuuden ja toiminnan kehittämisessä. Turvallisuuskulttuurikysely toteutetaan Kainuun soten yksiköissä joka kolmas vuosi. Kysely toteutetaan VTT:n kehittämällä TUKU- turvallisuuskyselyllä.

Turvallisuuskulttuurikyselyn yhteenveto käsitellään laadunohjausryhmässä ja potilasturvallisuus-työryhmässä sekä soten johtoryhmän kokouksessa. Kokouksissa sovitaan tarvittavat kehittämistoimenpiteet, vastuut, toimenpiteiden aikataulutus ja seuranta sekä tulosten tiedottaminen henkilöstölle. Tulos- ja vastuualueilla suunnitellaan tulosten käsittelyt. Palauteyhteenvedot käsitellään johtoryhmien kokouksissa. Sovitaan tarvittavat kehittämistoimenpiteet, vastuut, aikataulutukset ja seurannat. Tulosten käsittely ja kehittämistoimenpiteet kirjataan johtoryhmän kokouspöytäkirjaan.

Tulosityksikön esimies perehtyy yksikkönsä tuloksiin ja käsittelee tulokset yhdessä henkilöstön kanssa osasto-/työpaikkakokouksessa. On tärkeää, että koko henkilöstö osallistuu tulosten käsittelyyn. Tulokset analysoidaan ja tarvittavat kehittämistoimenpiteet tehdään suunnitelmaksi. Vahvuudet, kehittämistarpeet, tarvittavat toimenpiteet, vastuut ja aikataulutus kirjataan Haipron -järjestelmän tilanneraporttiin. Tulosjohtaja tai vastuualuepäällikkö vastaa siitä, että tulokset käsitellään jokaisessa yksikössä. Johdonkatselmuksissa ja sisäisissä arvioinneissa arvioidaan tulosten hyödyntämistä. Koko kyselyprosessin onnistumista arvioidaan laadunohjausryhmässä ja potilasturvallisuustyöryhmässä.

Opiskelijapalautteen avulla saamme tietoa miten opiskelijoiden ohjaus tapahtuu työyksiköissämme harjoittelujen ja työssäoppimisjaksojen aikana. Palautteen avulla kehitämme opiskelijaohjaustamme ja sitä kautta myös vetovoimaisuuttamme työnantajana. Palautekyselymittarimme pohjautuu Mikko Saarikosken Cles-mittariin (copyright 2002 Saarikoski). Opiskelijapalaute saadaan työyksiköittäin HaiPro-puun mukaisella työyksikkövalikolla. Palautteen käsittely tapahtuu myös samoin periaattein kuin HaiPro- ja Qpro-palautteiden käsittely.

7.3 Seurannat, arvioinnit ja katselmuksset

Vaara- ja haittatapahtumien seuranta

Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien ja kehittämiskohteiden raportoinnin tarkoituksena on kerätä tietoa ja oppia läheltä piti- ja haittatapahtumista. Tavoitteena on tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttivat vaaratapahtuman syntyyn, arvioida tapahtumaan liittyviä riskejä ja niihin varautumista sekä arvioida tapahtumaan liittyvien organisatoristen tekijöiden vaikutusta. Saatua tietoa hyödynnetään toiminnan jatkuvassa parantamisessa ja kehittämisessä. Järjestelmään tallennettu tieto on luottamuksellista, eikä sitä käytetä muuhun kuin asiakas- ja potilasturvallisuuden seurantaan ja kehittämiseen. Vaaratapahtumatiedot tallennetaan HaiPro-järjestelmään, johon jokaisella työntekijällä on mahdollisuus tehdä [vaaratapahtumailmoitus](#) sisäiseen intranettiin (Kaima). Tähän samaan järjestelmään ilmoitetaan myös potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät kehittämis ehdotukset.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

HaiPro-järjestelmän [tietoturvaosioon](#) ilmoitetaan tietoturvan tai tietosuojaan liittyvät vaaratilanteet.

[SPro-järjestelmään](#) ilmoitetaan epäkohdasta tai epäkohdan uhasta sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoitusvelvollisuus perustuu sosiaalihuoltolain 48 pykälään, jossa velvoitetaan sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan ilmoittamaan viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa.



Kuva 7. Vaaratapahtumien raportointiprosessi. Lähde: Suomen potilasturvallisuusyhdistys; Vakavien vaaratapahtumien tutkinta -opas

[Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvien vaara- ja haittatapahtumine sekä kehittämiskohteiden käsittely \(HaiPro\)](#)

Sisäinen arviointi

Sisäinen arviointi on vaatimusten ja lupauksen sekä suorituskyvyn, toimivuuden ja tehokkuuden arviointia. Sisäisellä arvioinnilla todennetaan onko arvioitavalla kohteella sovittu tapa toimia, onko sovittu tapa dokumentoitu, tunnetaanko sovittu tapa, toimitaanko sovitun tavan mukaan, onko sovittu tapa tehokas ja järkevä asiakkaiden ja kuntayhtymän toiminnan kannalta, saavutetaanko näin toimien asetetut tavoitteet ja täyttääkö toiminta standardin ISO 9001:2015 vaatimukset.

Sisäisen arvioinnin avulla parannetaan ja kehitetään toimintaa, toimintaprosessien tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta sekä tulosityksiköiden, vastuu- ja tulosalueiden välistä yhteistyötä. Se tuottaa tietoa tulosityksikön, vastuualueen ja tulosalueen suorituskyvyn jatkuvaan parantamiseen ja on yksi tärkeä arviointimenettely palvelun laadun jatkuvassa parantamisessa. Sisäinen arviointi tukee johtamista ja toiminnan ohjausta.

Kuntayhtymän toiminnan ja laadunhallintajärjestelmän sisäiset arvioinnit toteutetaan järjestelmä- ja itsearviointia hyödyntäen. Laatupäällikkö laatii sisäisten arviointien vuosisuunnitelmat yhdessä tulosaluejohtajien kanssa tulosalueittain kolmelle vuodelle. Vuosisuunnitelmiä täsmennetään ja päivitetään vuosittain. Sisäisinä arvioijina toimivat koulutetut arvioijat. Peruskoulutuksen jälkeen arvioijat toimivat alkuun perehtyjinä sisäisissä arvioinneissa ja myöhemmin arvioijina. Sisäisten arvioijien osaamista ylläpidetään täydennyskoulutuksella ja vuosittaisten kokoontumisten avulla. [Sisäisen arvioinnin ohje.](#)



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Johdon katselmuksilla seurataan ja varmistetaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelujärjestelmän toimivuutta ja tehokkuutta. Katselmuksen avulla tuotetaan tietoa kuntayhtymän suorituskyvyn parantamisen suunnitteluun. Johdon katselmusten toteuttaminen on kuvattu laadunhallintajärjestelmässä kohdassa 3, johdon katselmuksien toteuttaminen. Katselmusten toteutuminen ja niistä nostetut keskeiset kehittämiskohteet raportoidaan vuositason laatu- ja potilasturvallisuuden tilanneraportissa ja kuntayhtymän toimintakertomuksessa.

Ulkoisen arviointi, sertifiointiarviointi, kliiniset arvioinnit ja laaturekisterit

Hoidon laadun seurantaan on Kainuun sotessa käytössä potilas- ja tautikohtaisia laaturekistereitä mm. tekoniivelrekisteri, selkärekisteri ja rintasyöpärekisteri.

Operatiivisella vastuualueella, konservatiivisella vastuualueella (lukuun ottamatta kotona tapahtuvaa hengityshalvauspotilaiden hoitoa), kuvantamisessa ja akuuttipalvelujen vastuualueella (lukuun ottamatta ensihoito) on voimassa oleva ISO 9001:2015 vaatimukset täyttävä sertifikaatti. Sertifiointiarviointi suoritetaan kolmen vuoden välein ja seuranta-arvioinnit vuosittain. Tavoitteena on asteittain laajentaa sertifiointiarviointia koskemaan koko kuntayhtymään toimintaa. Vuoden 2020 aikana arviointi laajenee patologian tulosityksikköön.

Ulkopuolisen arvioijan suorittamia kliinisiä arviointeja toteutetaan mm. kudoslaitostoinnissa, kuvantamisessa ja lääkehuollossa.

Palautteiden käsittely ja kehittämistoimet

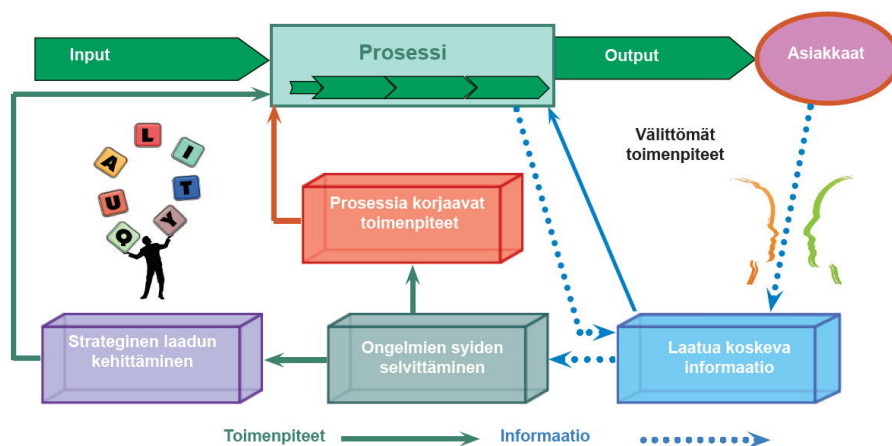
Seurannan avulla saatua tietoa ja mittaustuloksia ryhmitellään ja tavoitteiden saavuttamista analysoidaan vertaamalla niitä asetettuihin tavoitteisiin sekä aikaisempien mittausten tuloksiin, minkä perusteella toiminnan kehittymisestä voidaan tehdä päätelmiä. Kaiken kertyneen tiedon säännöllinen analysointi ja käsittely on toiminnan jatkuvan kehittämisen perusta. Analysoinnissa pohditaan, poikkeako tilanne tavoitetasosta tai keskiarvoista ja miksi. Mittaustuloksia analysoidessa huomioidaan prosesseissa tapahtuneet muutokset, tietolähteiden luotettavuus ja sopivuus johtopäätöksiä tehtäessä.

Yksikkö- ja organisaatiossa tietoa hyödynnetään niin, että koko työyhteisö saa säännöllisesti palautetta ilmoitetuista laatu- ja vaara- ja haittatapahtumista, henkilöstö-, opiskelija-, ja asiakaspalautteista. Yksikköön ilmoitettuja tapahtumia tarkastellaan yhdessä ja kehittämistoimia pohditaan moniammatillisesti. Yksikön esimiehen tehtävänä on organisoida säännölliset yksikön sisäiset keskustelut ja tarvittavat tarkemman ilmoitusten analyysit sekä tehokas viestintä koko työyhteisössä.

Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat analysoidaan käsittelijöiden toimesta mahdollisimman nopeasti, kuitenkin viimeistään kahden viikon sisällä ilmoituksen tekemisestä on ilmoituksen käsittely aloitettava. Ilmoituksista tehdään vuosittain yhteenveto HaiPro-järjestelmän laatu- ja potilasturvallisuuden tilanneraporttiin. Vaaratapahtumailmoitukset ja tilanneraportit käsitellään säännöllisesti työpaikkakokouksissa. Saatua tietoa hyödynnetään toiminnan jatkuvassa parantamisessa ja kehittämisessä. Tiedon analysointiin perustuen laaditaan suosituksia potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseksi sekä organisaation päätöksenteon ja kehittämistoimien tueksi. Seuranta tiedon avulla pyritään tunnistamaan mahdollista toiminnan heikkoja kohtia ja vaaratekijöitä sekä kehittämään toimia riskien hallitsemiseksi ja haittatapahtumien ehkäisemiseksi.



Kuva 8. Palautetiedon hyödyntäminen prosessien ja laadun parantamisessa



8. Jatkuva parantaminen

8.1 Toiminnan jatkuva parantaminen

Toiminnan kehittäminen ja jatkuva parantaminen on osa päivittäistä palvelutoimintaa. Prosessien ja hoito- ja palveluketjujen toiminnan seurannan, mittausten ja analysoinnin perusteella saatua tietoa hyödynnetään toiminnan jatkuvassa kehittämisessä ja parantamisessa. Jos tavoiteltavia tuloksia ei saavuteta, tehdään tarkoituksenmukaiset korjaukset palvelun vaatimusten varmistamiseksi. Tarvittaessa korjaavien toimenpiteiden tekemiseksi tehdään kehittämissuunnitelma. Suunnitelman toteuttamiseksi määritetään uusi tavoite ja keinot sekä sovitaan vastuuhenkilöt, tavoitteen, seuranta ja arviointi. Suunnitelma ja sen seuranta dokumentoidaan esim. Haipro -järjestelmän tilanneraporttiin. Prosessin omistajan/vastuuhenkilön vastuulla on prosessin seurannasta, analysoinnista ja jatkuvasta parantamisesta huolehtiminen. Mittareiden kautta saatuja tuloksia verrataan prosessin tavoitteisiin ja kriittisiin menestystekijöihin. Tulosten analysoinnin jälkeen tehdään suunnitelma prosessin ja toiminnan jatkokehittämiseksi. Prosessin omistaja/vastuuhenkilö sopii toimenpiteiden täytäntöön panosta.

Toiminnan jatkuva parantaminen tähtää potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittymiseen sekä hoidon ja palvelun laadun parantumiseen. Toiminnan kehittämisessä huomioidaan asiakaslähtöisyys, potilas- ja asiakasturvallisuus, osaamisen kehittäminen, prosessien ja toimintatapojen, yhtenäistäminen, työympäristön kehittäminen ja riskien hallinta. Toiminnan jatkuva parantaminen edellyttää myös, että huomioidaan ja poistetaan ennakoivasti poikkeavan ja muun epäsuotavan tilanteen syyt, jotta tällainen tilanne ei toteutuisi. Tämä tarkoittaa mm. vaara- ja läheltä piti tilanteista oppimista, riskien ennakoimista riskikartoitusten avulla, valmius- ja pelastussuunnitelmien sekä henkilöstön ammattitaidon ajan tasalla pitämistä. Haipro -järjestelmään on mahdollista ilmoittaa vaaratilanteiden lisäksi toimintaan liittyviä kehittämisehdotuksia. Kehittämisehdotuksia käsitellään yksikötasolla esimiehen johdolla ja vuosittain mm. laadunhallinnan ohjausryhmässä ja potilasturvallisuustyöryhmässä.

Toiminnan kehittämisessä hyödynnetään laatutyökaluja (esim. Demingin laatuympyrä, PDCA) ja lean- ajattelua. Lean työkalujen avulla tunnistetaan toiminnan hukkaa (eli arvoa tuottamatonta toimintaa) ja keskitytään parantamaan toiminnan sujuvuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Organisaatioon on koulutettu Lean -valmentajia.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

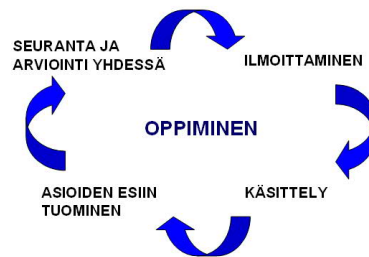
Laatija(t):
Korhonen Virpi

Vaaratapahtumista oppiminen

Hoidon ja palvelun yhteydessä sattuneista vaaratilanteista, haittatapahtumista ja turvallisuusriskeistä oppimalla voidaan hoidon ja palvelun turvallisuutta parantaa ja kehittää. Poikkeamien ja vaaratilanteiden sattua vaaratilanteet tuodaan julki ja käsitellään. Käsittelyssä keskitytään tapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin ja järjestelmän toiminnan kehittämiseen ei yksittäisen ihmisen rooliin tapahtuman synnyssä. Syyllisiä ei etsitä vaan mahdollisesti korjattavia syitä. Tietoa toiminnan turvallisuudesta ja vaaratapahtumista kerätään järjestelmällisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tiedon kerääminen perustuu vapaaehtoiseen ilmoittamiseen läheltä piti- tilanteista (HaiPro) ja potilas- ja asiakasturvallisuuteen vaikuttavista poikkeamista toiminnassa, haittatapahtumien raportointiin ja tutkintaan, lakisääteisiin tapahtuma-ilmoituksiin, potilailta saataviin vaaratapahtumailmoituksiin, sekä muihin tiedonhankinnan menetelmiin. Myös organisaation valvonnasta kertyvää tietoa hyödynnetään potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisessä (esim. muistutukset, kantelut, potilasvahinkoilmoitukset, hoitoilmoitustietokannat).

Potilaiden, asiakkaiden ja omaisten tekemät tyytymättömyyden ilmaisut analysoidaan säännöllisesti yksikkötasolla ja niistä saatavaa tietoa hyödynnetään palvelun laadun, toimintatapojen ja prosessien kehittämisessä. Toimintatapa muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen käsittelyyn ohjeistetaan hallinnollisessa ohjeessa [Toiminta muistutus-, kantelu- ja potilasvahinkoasioissa Kainuun sotessa](#).

Vakavien vaara- ja haittatapahtumien käsittelyyn on kuntayhtymässä käytössä vakavien haittatapahtumien menettelymalli. Vakavien vaara- ja haittatapahtumien käsittely on organisaation omaa sisäistä turvallisuus selvitystä. Tavoitteena on varmistaa johdonmukainen menettelytapa vakavan vaara- ja haittatapahtuman käsittelyn syyllistämättömästi ja systeemilähtöisesti sekä asianomaisten tukeminen prosessin jokaisessa vaiheessa. Vakavien vaara- ja haittatapahtumien käsittely ja niistä oppiminen kehittää organisaation turvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuuria. [Vakavien haittatapahtumien käsittelyohje](#).



Kuva 10 Vaaratapahtumista oppiminen

Kainuun sotessa vaaratapahtumista opitaan seuraavasti:

- periaatteet, jolloin vaaratapahtumailmoitus tehdään on sovittu
- kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on mahdollisuus raportoida nimettöminä
- vaaratapahtumat käsitellään ketään syyllistämättä
- vaaratapahtumien käsittelyyn liittyvät vastuut ovat kuvattu ja käsittelyyn on varattu riittävät resurssit
- vakavat haittatapahtumat käsitellään sovitun menettelytavan mukaisesti ketään syyllistämättä ja asianomaisia tuetaan tapahtuman jälkeen
- vakavien haittatapahtumien käsittelystä vastaavilla henkilöillä on tapahtumien tutkintaan vaadittava koulutus ja osaaminen
- jokaisessa työyksikössä seurataan säännöllisesti vaaratapahtumia, käydään ne yhdessä läpi ja mietitään keinoja, miten ne voidaan jatkossa ehkäistä



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Turvallisuutta edistävät käytänteet

Laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta edistävät menetelmät ja käytännöt ovat yksityiskohtaisia laadun ja potilas- ja asiakasturvallisuuden edistämiseen liittyviä toimintaohjeita ja menettelytapoja, jotka koskevat koko organisaatiota tai erillisiä työyksiköitä. Niiden laatimisesta ja ylläpidosta vastaavat yksiköiden esimiehet ja vastuuhenkilöt sekä potilasturvallisuustyöryhmä. [Turvallisuutta edistävät käytänteet.](#)

Turvallisuutta edistävät käytänteet:

- asiakkaan osallistaminen
- potilaan- ja asiakkaan tunnistaminen
- kaatumisten ehkäisyn toimintamalli
- turvallinen lääkehoito
- turvallinen lääkintälaitteiden ja hoitotarvikkeiden hallinta
- kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen
- painehaavojen ehkäisy
- tiedonkulku: strukturoitu raportointimalli (ISBAR), erilaiset tarkastuslistat esim. kotiutuksen tarkistuslista, leikkaussalin tarkastuslista
- vajaanaravitsemuksen ehkäisy
- infektioiden torjuntatyö
- potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

8.2 Omavalvonta

Kuntayhtymässä laaditut omavalvontasuunnitelmat löytyvät laadunhallintajärjestelmästä kohdasta 4 omavalvonta. Omavalvontasuunnitelma on asiakirja, johon kirjataan kaikki keskeiset toimenpiteet, joilla palvelujen tuottajat itse valvovat toimintayksikköjään, henkilökunnan toimintaa sekä tuottamiensa palvelujen laatua. Omavalvontasuunnitelma on palvelujen laadun ja kehittämisen päivittäinen työväline, jonka avulla parannetaan toiminnan laatua ja turvallisuutta. Omavalvontatoiminta tukee myös asiakkaiden ja potilaiden oikeusturvaa.

Omavalvonta sisältyy riskipohjaiseen ajatteluun ja sen avulla varmistetaan, että asiakas saa laadukasta ja turvallista palvelua. Kainuun sotessa omavalvontaa toteutetaan mm. valvontakäynneillä, sisäisillä selvityksillä, sisäisillä arvioinneilla, turvallisuuskävelyillä ja johdon katselmuksilla. Lääkehoidon- ja lääkintälaitteiden turvallisuuteen sekä tietosuojan- ja tietoturvaan on laadittu omavalvontalomake yksiköiden itsearviointia ja organisaation omavalvontakäyntejä varten.

8.3 Poikkeavan palvelun ohjaus

Poikkeamien, vaaratilanteiden ja haittatapahtumien raportointi auttaa parantamaan turvallisuutta. Poikkeavan palvelun tilanteessa noudatetaan ohjetta, [poikkeavan palvelun ohjaus](#).

Mikäli sovitusta menettelyistä poiketaan tai työntekijä havaitsee poikkeavaa toimintaa tai palvelua, työntekijä ilmoittaa asiasta eteenpäin suullisesti esimiehelleen ja tekee tarvittaessa [reklamaatioilmoituksen](#). Potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavista tilanteista tehdään ilmoitus Haipro-järjestelmään. Vaaratapahtumien osalta ilmoitusvelvollisuus koskee myös ns. läheltä piti -tilanteita. Asiakkaan antama palaute poikkeavasta palvelusta kirjataan (ellei se tule kirjallisena) ja käsitellään kuten muutkin asiakaspalautteet.

Tapahtuneet poikkeamat käsitellään tulosyksiköissä viivettä ja tilanne korjataan mahdollisuuksien mukaan. Poikkeamat ja niiden syyt sekä toimenpiteet kirjataan ja raportoidaan vastuu- tai tulosalueen johtajalle. Suoritettujen korjaavien toimenpiteiden vaikutusta arvioidaan uudelleen sovittuna ajan kohtana. Sisäisissä arvioinneissa ja johdon katselmuksissa arvioidaan, toimivatko korjaavat toimenpiteet laadunhallintajärjestelmän edellyttämässä puitteissa.



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Poikkeavaan palveluun liittyvät toimintamallit, ohjeet ja lomakkeet löytyvät laadunhallintajärjestelmästä kohdasta 8.



Kuva 11 Kainuun soten laadunhallinnan kokonaisuus



Laadittu 14.5.2018
Päivitetty 3.1.2020
Hyväksytty
Hallitus §

Laatija(t):
Korhonen Virpi

Yhteenveto

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä edistetään laadunhallinta ja potilas- ja asiakasturvallisuutta seuraavin toimenpitein:

1. Johto kantaa vastuun laadusta ja potilas- ja asiakasturvallisuudesta ja on nimennyt vastuuhenkilöt organisaation jokaiselle tasolle.
2. Potilas- ja asiakasturvallisuus huomioidaan kaikessa päätöksenteossa, taloudellisessa suunnittelussa sekä toiminnan kehittämisessä ja arvioinnissa.
3. Henkilöstöjohtaminen tukee avoimen ja syyllistämättömän toimintakulttuurin kehittymistä.
4. Henkilöstösuunnittelussa varmistetaan riittävä osaaminen ja henkilöstövahvuus turvallisen hoidon toteuttamiseksi.
5. Potilas/asiakas ja hänen läheisensä otetaan mukaan laadun sekä potilas ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen.
6. Asiakaslähtöisyys ja turvallisuus ohjaavat prosessien, hoito- ja palveluketjujen ja toimintatapojen kehittämistä.
7. Viestintää ja tiedottamista sekä dokumentointi- ja tiedonsiirtotapoja kehitetään ja yhtenäistetään yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.
8. Henkilöstö toteuttaa hoidon/palvelun turvallisesti soveltaen näyttöön ja/tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia, vaikuttavia menetelmiä.
9. Työympäristöä ja olosuhteita kehitetään pitkäjänteisesti tukemaan turvallista työskentelyä.
10. Riskien hallintaa kehitetään ennaltaehkäisevään suuntaan.
11. Toiminnan laatua ja turvallisuutta ja sen kehittymistä seurataan systemaattisesti ja saatua tietoa hyödynnetään toiminnan parantamisessa.
12. Jokainen tai ammattihenkilö vastaa omalta osaltaan hoidon/palvelun laadusta ja potilasturvallisuudesta sekä turvallisuutta edistävien työtapojen käytöstä omissa työtehtävissä.