

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Hengitysvajausyksikkö

Laatija(t)	Jaana Korhonen, osastonhoitaja
	Noora Laakkonen, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Hirvonen Mari, vastuualueen ylihoitaja
Hyväksyjä	Karttunen Mervi, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	21.3.2025

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	8
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	9
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	10
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	10
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	10
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	11
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	11
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	11
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	12
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	13
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	15
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	16
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	17
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	17
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	19
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	19
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	20
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	21
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	22
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	22
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	23
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	24
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	24
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	26

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	26
6.5.2	Asiakasviestintä	27
7	Henkilöstö	28
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	28
7.2	Rekrytointi	29
7.3	Perehdytys	30
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	32
7.5	Johtamisosaaminen.....	34
7.6	Työhyvinvointi	35
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	36
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	36
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	38
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	38
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	41
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	43
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	43
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	46
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	47
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	50
9.5	Infektioiden torjunta	54
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	54
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	55
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	56
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	57
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	57
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	58
9.7.3	Terveydensuojelu	59
10	Palvelun sisällön omavalvonta	61
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	61
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	62

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	63
10.4	Kivunhoito	64
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	65
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	67
10.7	Painehaavojen ehkäisy	68
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	69
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	69
10.10	Elintapaohjaus	70
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	71
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	71
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	72
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	72
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	73
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	73
10.12	Itsemurhien ehkäisy	74
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	75
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	76
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	76
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	77
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	77
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	78
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	79

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Kuntoutumisen palvelut
Vastuualue	Kuntoutumiskeskus
Palveluyksikkö	Yleislääketieteen ja neurologian keskus Noljakantie 17 aC, 80130 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Pitkäkestoinen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen piirissä olevat hengitysvajauspotilaat. Osastolla on potilaspaikat enintään 6 potilaalle Vuonna 2024 yksikössä oli hoidossa 4 potilasta.

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Jaana Korhonen, osastonhoitaja jaana.korhonen@siunsote.fi puh.013 330 9927 Apulaisosastonhoitaja Noora Laakkonen, noora.laakkonen@siunsote.fi , 0133304947
Palvelupäällikkö	Mervi Karttunen, mervi.karttunen@siunsote.fi , 0133307173
Palvelujohtaja	Jussi Malinen, jussi.malinen@siunsote.fi , 0133304272

2.1 Palveluyksikön johtaminen

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

Johtamisvastuiden jakautuminen:

Palvelupäällikkö vastaa yhteistyössä ylihoitajan kanssa yksikön strategisesta johtamisesta, taloudellisesta suunnittelusta sekä palveluiden kehittämisestä. Ylilääkäri vastaa lääketieteellisestä johtamisesta, potilasturvallisuudesta ja lääketieteellisten käytäntöjen noudattamisesta. Osastonhoitaja vastaa yksikön päivittäisjohtamisesta, operatiivisesta toiminnasta, henkilöstöhallinnosta ja hoitotyön laadusta. Hän huolehtii myös siitä, että palvelut tuotetaan lainsäädännön ja organisaation tavoitteiden mukaisesti. Apulaisosastonhoitaja toimii osastonhoitajan sijaisena ja varmistaa yksikön sujuvan toiminnan tämän poissa ollessa.

Omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä

Omavalvonta on keskeinen osa yksikön toimintaa, ja sen toteutumisesta vastaavat eri johtotasot seuraavasti: Osastonhoitaja johtaa yksikön operatiivista toimintaa ja varmistaa, että henkilöstö noudattaa lainsäädäntöä, organisaation ohjeistuksia ja omavalvontasuunnitelmaa. Palvelupäällikkö ja ylihoitaja seuraavat toiminnan tuloksellisuutta ja varmistavat, että palvelut tuotetaan asetettujen laatukriteerien mukaisesti. Ylilääkäri valvoo lääketieteellistä laatua ja potilasturvallisuutta. Henkilöstö on velvoitettu ilmoittamaan havaitsemistaan poikkeamista ja osallistumaan aktiivisesti laadunvalvontaan.

Omavalvonnan toteutumista seurataan säännöllisesti seuraavilla menetelmillä:

Vaaratapahtumien ja poikkeamien raportointi, jonka avulla voidaan tunnistaa ja ehkäistä riskejä. Sisäiset auditoinnit ja laadunarvioinnit, joiden avulla varmistetaan, että toiminta täyttää vaaditut kriteerit. Asiakaspalaute ja henkilöstön osallistaminen, joiden kautta saadaan tietoa palveluiden laadusta ja

kehittämistarpeista. Säännölliset johtamispalaverit, joissa arvioidaan toimintaa ja tehdään tarvittavia kehitystoimenpiteitä.

Johtamisen toteutuminen käytännössä:

Yksikön vastuuhenkilöt varmistavat palvelutoiminnan laatua ja lainsäädännön noudattamista seuraavilla käytännöillä: Työvuorosunnittelu ja henkilöstöhallinta: Varmistetaan, että yksikössä on riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Ohjaus ja perehdytys: Uudet työntekijät perehdytetään yksikön toimintakäytäntöihin, ja henkilöstölle tarjotaan jatkuvaa koulutusta. Toiminnan seuranta ja kehittäminen: Toimintaa analysoidaan säännöllisesti, ja havaittuihin epäkohtiin puututaan nopeasti. Turvallisuus ja riskienhallinta: Valvotaan, että yksikössä noudatetaan turvallisuuskäytäntöjä ja ennaltaehkäistään vaaratilanteita.

Johtamisjärjestelmä ja omavalvonta perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, organisaation sisäisiin ohjeisiin ja laadunhallinnan periaatteisiin.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

Palveluseteliprosessit hallinnoidaan Effector-palvelusetelijärjestelmässä rajatuin työtehtäviin liittyvin käyttöoikeuksin.

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Hoitotyön sijaispalvelut	1 palveluntuottaja
Lääkärin sijaispalvelut	useita palveluntuottajia
Hoitoringin järjestämispalvelu	1 palveluntuottaja

Hengitysvajausyksikön ostopalveluista vastaavat palvelun sisällön mukaisesti, joko Yleislääketieteen ja neurologian keskuksen esihenkilöt tai ylilääkäri/palvelupäällikkö. He määrittelevät henkilöstön osaamisvaatimukset ja palvelun laatukriteerit, varmistavat ostopalvelujen laadun sekä seuraavat palvelujen toteutumista organisaation sopimusten mukaisesti.

Hoitotyön ostopalveluiden osalta palveluntuottaja vastaa hoitohenkilöstön perehdytyksestä, osaamisen varmistamisesta ja vaadittavien pätevyyksien seurannasta. Hän myös seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista hoitotiimissä.

Henkilöstön vuokrauksessa ja työnohjauspalveluissa noudatetaan sopimusten mukaisia valvonta-, palaute- ja reklamaatiokäytäntöjä sekä organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Hengitysvajausyksikön henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelujen laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä poikkeamista, ja ilmoitukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti.

Potilaat voivat antaa palautetta henkilöstölle suullisesti tai kirjallisesti jatkuvan asiakaskokemuksen mittaamisen tai verkkosivujen palautekanavan kautta. Lisäksi potilaat voivat tehdä tarvittaessa vaaratilanneilmoituksia.

Hengitysvajausyksikön esihenkilöt saavat tukea työhönsä ja osaamiseensa organisaation tarjoamasta osto- ja hankintakoulutuksesta sekä hankinta- ja sopimuspalvelujen asiantuntijoilta. Ostopalveluosaamista vahvistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Kyllä, hoitoringin järjestämispalvelun osalta. Muilta, Ei.

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen, Siun soten, tehtävänä on tarjota alueensa väestölle yhdenvertaisesti lainsäädännön mukaiset terveydenhuollon palvelut jäsenkuntiansa puolesta. Tavoitteenamme on kannustaa ihmisiä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja terveydestään yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa sekä moniammatillisessa yhteistyössä.

Kuntoutumiskeskuksessa toimiva Hengitysvajausyksikkö tarjoaa erikoissairaanhoidon taseisia hoito- ja kuntoutuspalveluita hengityshalvauspotilaille ympäri vuorokautisena osastohoitona. Tavoitteenamme on turvata potilaidemme hyvinvointi ja elämänlaatu tarjoamalla yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa sekä tukemalla heitä ja heidän läheisiään haastavan tilanteen keskellä. Pyrimme jatkuvasti kehittämään toimintaamme vastaamaan hengitysvajauspotilaiden tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla.

Lisäksi yksikköön kuuluu kaksi asiakkaan kotona toimivaa hoitorinkiä, joista toinen toteutetaan ostopalveluna.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveysthuollon palvelujen tulee toteuttaa terveysthuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

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

Hengitysvajausyksikön toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot, jotka ilmenevät seuraavasti toimintaperiaatteissa:

Asiakaslähtöisyys: Tuotamme moniammatillisia palveluita hengitysvajauspotilaiden sen hetkisen tarpeen mukaisesti. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka vastaa heidän terveydentilaansa ja kuntoutumistarpeita.

Avarakatseisuus: Tunnistamme potilaiden voimavarat ja räätälöimme hoidon ja kuntoutuksen vastaamaan heidän omia voimavarojaan. Yksikössämme arvostetaan erilaisuutta ja pyritään jatkuvaan toiminnan kehittämiseen.

Turvallisuus: Korostamme asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta toimintakäytänteissämme. Henkilökuntamme on koulutettua ja perehdytettyä, ja varmistamme turvallisen lääkehoidon toteutumisen.

Yhdenvertaisuus: Jokainen hengityshalvauspotilas saa tarvitsemansa hoidon ja palvelut tasa-arvoisesti ja asiakastarpeiden perusteella.

Vastuullisuus: Jokainen työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan ja pyrkii varmistamaan asiakas- ja työturvallisuuden noudattamalla lakeja, asetuksia ja työnantajan ohjeita. Poikkeamia havaitessaan työntekijä

ryhtyy välittömästi toimenpiteisiin niiden korjaamiseksi ja kehittää toimintaa yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa.

Nämä arvot ja toimintaperiaatteet ohjaavat Hengityshalvauksyksikkömme toimintaa ja ovat osa vastuullista ja laadukasta toimintaamme. Omavalvontasuunnitelma ja toiminnan omavalvonta ovat olennainen osa meidän toimintaamme, ja niiden avulla varmistamme toimintamme laadun ja turvallisuuden.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Hengitysvajausyksikön omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa Yleislääketieteen ja neurologisen keskuksen ylilääkäri, Hengitysvajausyksikön osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Hengitysvajausyksikön henkilöstö osallistuu aktiivisesti omavalvontasuunnitelman laadintaan. Suunnitelman laatimisessa on hyödynnetty eri vastualueiden osaamista, kuten turvallisuus-, lääke- ja hygieniavastaavien asiantuntemusta. Osastonhoitaja ja ylilääkäri ovat vastanneet omavalvontasuunnitelman valmistelusta, joka on käyty läpi moniammatillisissa palavereissa keskustellen ja tarvittaessa suunnitelmaa täydentäen.

Potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta, ja nämä palautteet sekä mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai kantelut otetaan huomioon omavalvontasuunnittelussa. Omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta ja kannustaa heitä antamaan palautetta. Mikäli keskusteluissa esimerkiksi potilasjärjestön kautta nousee esiin omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita, nämä otetaan huomioon suunnitelman päivityksissä.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluysikkökohtainen omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka tulee julkaista julkisessa tietoverkossa tai muuten julkisuutta edistävällä tavalla. Omavalvontasuunnitelma tulee olla asiakkaiden ja potilaiden sekä muiden asiasta kiinnostuneiden nähtävillä julkisesti (esim. ilmoitustaululla tai muutoin) palveluysikössä ilman erillistä pyyntöä.

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

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena Hengitysvajausyksikössä ilmoitustaululla sekä yksikön sisäisellä Teams - kanavalla.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluysikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimeenpanon lähtökohta. Ilman riskien tunnistamista ei riskejä voi ennaltaehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin voida puuttua suunnitelmallisesti. Hyvä turvallisuuskulttuuri rohkaisee tunnistamaan turvallisuuspoikkeamia sekä toimintaan liittyviä riskejä ja kannustaa tuomaan nämä avoimesti esille.

5.1 Riskienhallinnan vastuut

Jokainen palveluysikkö ja työntekijä on vastuussa oman toimintansa riskien tunnistamisesta ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Jokainen työntekijä on myös velvollinen tuomaan esille havaitsemansa riskit ja epäkohdat.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu Hengitysvajausyksikössä esihenkilöille. Vastuuhenkilöiden, eli toiminnasta vastaavien esihenkilöiden, vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Henkilöstön vastuuseen kuuluu tuntee, havainnoida ja ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä toimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Hengitysvajausyksikön jokaisella työntekijällä on myös vastuu vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaaratilanteiden syntymistä vähentävästi.

Hengitysvajausyksikössä on käytössä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Osaston esihenkilöt tiedottavat työntekijöitä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käytännöistä ja ilmoitusvelvollisuudesta sekä riskienhallinnan prosessista. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten teko ja riskien hallinta huomioidaan

perehdytyksessä ja niitä kerrataan yksikköpalavereissa. Hengitysvajausyksikössä veloitetaan työntekijöitä tutustumaan ja noudattamaan turvallisuusohjeita, tutustumaan Työn riskien arviointiin ja riskien hallintakeinoihin. Turvallisuusohjeet ja Työn riskien arviointi ovat luettavissa yksikön turvallisuuskansiossa ja Laatuportissa.

Henkilöstön vastuulla on huolehtia omasta osaamisestaan ja riskien hallinta- ja suojauskeinojen toteuttamisesta omassa työssään. Hengitysvajausyksikön turvallisuusvastaavat huolehtivat turvallisuusohjeiden ajantasaisuudesta ja osaltaan henkilöstön perehdytyksestä ja tiedottamisesta esihenkilöiden ja henkilökunnan keskuudessa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan viipymättä ja ne käsitellään henkilöstön kesken viikkopalavereissa ja sovitaan toimenpiteistä tai mahdollisista kehittämistoimenpiteistä epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan korjaamiseksi. Esihenkilöt vastaavat Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelystä ja toimenpiteiden toteutumisesta.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

Riskienhallinta perustuu siihen, että toimintaan sisältyvät riskit ja vaarat tunnistetaan mahdollisimman varhain. Erittymisen tärkeää on tunnistaa ennakoivasti toimintaan sisältyvät kriittiset työvaiheet. Ennakoivaa riskien arviointia suoritetaan osana toimintaan kohdistuvien muutosten suunnittelua tai osana toiminnan tavanomaista kehittämistä.

Hengitysvajausyksikössä, kuten koko vastuualueella, keskeisenä työkaluna potilas- ja työturvallisuuden varmistamisessa toimii Laatuportti-järjestelmä. Tämän järjestelmän avulla ilmoitamme ja käsittelemme vaaratilanteita ja poikkeamia sekä potilasturvallisuuden että työturvallisuuden näkökulmasta.

Ennakoivia riskienarviointimenetelmiä osastollamme ovat muun muassa säännölliset henkilöstön turvallisuuskävelyt ja vastuualueen turvallisuuskierrokset, joihin jokainen henkilöstön jäsen osallistuu vähintään kerran vuodessa. Lisäksi toteutamme vuosittain hätäpotilaan tunnistamisen ja ensiavun koulutuksia.

Riskienarviointi tehdään vuosittain yhteistyössä Työsuojelun ja Työterveyshuollon kanssa ja kattaa työolosuhteet, -ympäristön, henkilöstön ja työvälineet. Muutostilanteissa suoritamme tarvittaessa riskikartoituksia yhteisen moniammatillisen arvioinnin perusteella.

Henkilöstön terveystarkastusmenettely perustuu työterveyshuollon ohjeistukseen, joka määrittelee terveystarkastusten taajuuden kolmivuorotyötä tekeville ja ikäkausittain.

Palo- ja pelastusturvallisuus perustuu lakisääteisiin poistumisturvallisuusselvityksiin ja pelastussuunnitelmiin. Henkilöstö osallistuu vuosittain palo- ja pelastuskoulutuksiin sekä sammutuskoulutuksiin.

Hengitysvajausyksiköllä ja Neurologisella kuntoutusosastolla on yhteinen lääkehoitosuunnitelma, joka päivitetään tarvittaessa vähintään kerran vuodessa, ja sen lukeminen ja ymmärtäminen on veloitettu kaikelle lääkehoitoa toteuttavalle henkilökunnalle.

Toiminnan ydinprosessiin, joka sisältää hengityshalvauspotilaan hoitoprosessin, liittyy riskipaikkojen ja kriittisten työvaiheiden tunnistaminen ja sujuvoittaminen vakioimalla toimintamalleja. Tämän avulla voimme vähentää palvelussa vaihtelua ja turvata laatua asiakkaalle samalla varmistaen henkilöstön osaamisen perehdytyksen ja työhön oppimisen avulla.

Vastuualueella on otettu käyttöön laatuohjelma (SHQS). Kuntoutumiskeskuksen esihenkilöt ja johto ovat osallistuneet yksikön itsearviointiin. Itsearviointi käsitellään ja sitä täydennetään henkilöstön kanssa. Itsearviointi on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuosituksien sekä organisaation strategiset tavoitteet.

Vuonna 2024 Laatuportti-ohjelmaan tehtiin yhteensä 4 ilmoitusta. Näistä ilmoituksista 1 oli Läheltä piti-ilmoitus, 2 Tapahtui asiakkaalle/potilaalle - ilmoituksia ja 1 muu turvallisuushavainto tai kehittämis ehdotus.

Asiakas ja potilasturvallisuusilmoituksissa keskeisimpinä haattatapahtumina esille nousivat lääke- ja nestehoitoon sekä tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät ilmoitukset. Kaikki ilmoitukset kirjattiin tammi-toukokuu 2024 välisenä aikana, joka oli se ajanjakso vuodesta 2024, jolloin tiimissä oli osastolla hoidettavana hengityshalvauspotilas.

Ennakoivien riskien ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmien riittävyyttä arvioidaan analysoimalla toteutuneita vaaratilanteita, keräämällä palautetta henkilöstöltä ja asiakkailta, suorittamalla sisäisiä auditointeja sekä tarkastelemalla raportointijärjestelmän toimivuutta. Arvioinnissa varmistetaan myös, että menetelmät ovat ajantasaisia ja vastaavat lainsäädännön sekä organisaation omavalvontasuunnitelman vaatimuksia.

Ennakolliset riskienarvioinnit tapahtuivat yksikössä suunnitellun aikataulun mukaisesti.

Jos havaitaan, että riskien tunnistusmenetelmät eivät ole riittäviä, yksikössä analysoidaan syyt, kehitetään menetelmiä, koulutetaan henkilöstöä, tehostetaan seuranta ja varmistetaan johdon tuki muutoksille.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Hengitysvajausyksikön henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoitukset tehdään Laatuporttiin ja kohdistetaan siihen yksikköön, jossa poikkeama tai epäkohta on havaittu tai tapahtunut. Lomakkeilla voi ilmoittaa monipuolisesti erilaisia turvallisuushavaintoja, vaaratilanteita ja laatu poikkeamia.

Epäkohtiin liittyvät ilmoitukset menevät käsittelystä vastaavan esihenkilön/esihenkilöiden lisäksi tiedoksi myös valvontapäällikölle ja potilasturvallisuuspäällikölle.

Hengitysvajausyksikön potilaat sekä heidän läheisensä voivat tuoda esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoituksia voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti henkilökunnalle tai verkkosivujen virallisen ilmoituskanavan kautta. Suullisen ja/tai kirjallisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset dokumentoidaan Laatuportti-järjestelmään epäkohta tai epäkohdan uhka tai vaara- ja poikkeamatilanne - ilmoitukseksi.

Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin ja lisäksi tehdään ilmoitus Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen Fimealle. Ilmoituksen voi tehdä Laatuportin kautta. Lisäksi tehdään ilmoitus laitevalmistajalle.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviest.valvira.fi/>)).

Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset tehdään vakavista ja odottamattomista haittavaikutuksista Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.

Verensiirtoihin liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus laatuporttiin sekä Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta.

Potilastietojärjestelmä Mediatrin haattatapahtumakirjaus on käytössä yksikössä kaatumisten, putoamisten ja painehaavojen osalta.

Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään laatuporttiin ja Pelastustoimelle: [Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi](#) (linkki)

Jos Hengitysvajausyksikön henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta ja yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

Viranomaisyhteistyötä hätäkeskuksen kanssa tehdään tarvittaessa.

Riskien suuruus määritellään niiden vaikutusten vakavuuden ja todennäköisyyden perusteella, hyödyntäen aiempia tapahtumatietoja. Ilmoitusten toteutumista seurataan raportoinnilla, tilastoinnilla ja henkilöstön palautteella. Jos ilmoituksia ei tehdä suunnitellusti, syyt analysoidaan ja ryhdytään toimenpiteisiin, kuten ohjeistuksen tarkentamiseen, prosessin kehittämiseen ja koulutuksen lisäämiseen.

Osaamista vahvistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla (esim. Laatuportti) ja avoimella keskustelulla.

Henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan epäkohdista viipymättä. Vastuuhenkilöt vastaavat tiedottamisesta, omavalvonnan järjestämisestä ja tarvittavista korjaustoimenpiteistä.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Hengitysvajausyksikön käytännöt Vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyssä ovat tehokkaita ja nopeita. Ilmoitukset otetaan välittömästi käsittelyyn, yleensä muutaman päivän kuluessa. Jos osastonhoitaja on poissa, apulaisosastonhoitaja seuraa ilmoituksia ja käsittelee ne tarvittaessa välittömästi.

Kun ilmoitus on vastaanotettu, riskin suuruus määritellään tunnistamalla vaikutusten seurausten taso, sekä todennäköisyys, miten harvoin tai usein tapahtuma voi sattua. Todennäköisyys saadaan tarkastelemalla yksikön menneitä tapahtumia. Mikäli riski on vähintään kohtalainen, suunnitellaan välittömästi kehittämistoimenpiteitä riskin pienentämiseksi. Toimenpiteet kirjataan vaaratilanneilmoituslomakkeelle, ja niihin nimetään vastuuhenkilö ja määräaika. Korjaavat toimenpiteet viedään käytäntöön mahdollisimman nopeasti.

Ilmoitukset käsitellään henkilökunnan kesken, ja tarvittaessa niitä voidaan käsitellä viikoittain. Henkilökunta osallistuu aktiivisesti korjaavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen. Tarvittaessa ilmoitukset käsitellään moniammatillisesti.

Riskin suuruutta arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen. Osastonhoitaja käsittelee ilmoitukset valmiiksi 30 vrk kuluessa. Työtapaturma- ja ammattitauti-ilmoitukset käsitellään välittömästi, ja niistä tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedon saamisesta.

Tarvittaessa tehdään yhteistyötä sidosryhmien kanssa ja pyydetään lisäselvityksiä osallisilta. Yhteistyökumppaneina voivat olla esimerkiksi Islab näytteenottopalvelut ja sairaalan muut yksiköt ja vuodeosastot. Tarvittaessa neuvotellaan yhteisistä korjaavista toimista tai toimintatapojen muuttamisesta.

Ilmoittajaa informoidaan kehittämistoimenpiteisiin ryhtymisestä Laatuportti-ilmoituksen käsittelyssä yhteenvedon kautta. Tarvittaessa vaaratilanneilmoituksen voi siirtää myös toiseen yksikköön tai tiedoksi ylemmälle taholle.

Riskien ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelyä seurataan säännöllisesti raportoinnin ja johdon katselmusten avulla. Jos käsittelyssä ilmenee puutteita, niitä korjataan tehostamalla prosesseja, selkeyttämällä vastuita, lisäämällä koulutusta ja vahvistamalla seuranta.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Hengitysvajausyksikön riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat osaston esihenkilöt. He käsittelevät vaaratilanneilmoituksiin liittyvät toimenpiteet pääasiassa viestinnän ja keskustelujen avulla osallisten kanssa sekä tarjoavat tukea asianosaisille. Kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan tilanteisiin, jotka vaativat uusia toimia tai toimintatapojen muutosta. Kehittämistoimenpiteiden vastuuhenkilönä toimii Hengitysvajausyksikön osastonhoitaja.

Kehittämistoimenpiteet ja niiden tavoiteaikataulu määritellään tapauskohtaisesti, ja aikataulutetaan toimenpiteen laajuuden mukaan. Yksikössä seurataan mahdollisten vaara- ja poikkeamatilanteiden toistumista ja varmistetaan, että ehdotettu toimenpide on riittävä ja tiedossa kaikille asianosaisille. Tavoitteena on riskin pienentäminen.

Kehittämistoimenpiteet voivat sisältää esimerkiksi henkilöstön osaamisen lisäämistä koulutuksen tai perehdytyksen kautta, ohjeistuksen täsmentämistä, toimintatapojen muuttamista tai korjaamista, yksiköiden välistä yhteistyön lisäämistä tai turvavälineiden hankintaa. Vastuuhenkilö varmistaa kehittämistoimenpiteiden seurannan ja toteutumisen yhdessä henkilöstön kanssa ja kirjaa toteutumisen Laatuportti-järjestelmään sekä yksikön kokousmuistioihin.

Potilaan tai hänen läheisensä antamat palautteet käsitellään moniammatillisesti ja nimettömästi, ellei kyseessä ole arkaluontoinen yksilöllinen palaute, joka vaatii yksilöllistä käsittelyä. Potilaspalautetta hyödynnetään toiminnan jatkuvaan kehittämiseen.

Vakavammat vaaratilanteet analysoidaan juurisyyanalyysin ja tutkintamenettelyjen avulla. Kehittämistoimien etenemistä ja määrääjassa valmistumista seurataan osana omavalvonnan vuosisuunnittelua, jossa analysoidaan edellisen vuoden tapahtumat ja suunnitellaan seuraavan vuoden kehittämistoimet.

Jos riskien ja poikkeamatilanteiden seurannassa tai korjaavien toimenpiteiden toteuttamisessa ilmenee viivästyksiä, ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin, kuten vastuiden selkeyttämiseen, prosessien tehostamiseen ja lisäkoulutuksen järjestämiseen.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Hengitysvajausyksikön esihenkilöt vastaavat henkilökunnan ja tarvittaessa yhteistyötahojen tiedottamisesta. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti laatuportissa ilmoituksen tehneelle taholle tai tiedoksi tapahtumaan osallisille, puhelimitse, sähköpostitse ja suullisesti henkilökunnan palaverissa ja toiminnan ohessa sekä kirjallisesti esimerkiksi muistioihin ja yksikön ohjeisiin kirjattuna. Kehittämistoimenpiteistä informoidaan palvelujen käyttäjiä henkilökunnan toimesta.

Korjaavista toimenpiteistä tiedottamisen toteutumista seurataan osana yksikön sisäistä viestintää, johdon seurantakatsauksia ja henkilöstöpalavereita. Lisäksi tiedotuksen toteutumista arvioidaan henkilöstöltä ja yhteistyötahoilta saadun palautteen avulla sekä tarkastelemalla dokumentaatiota, kuten muistioita ja yksikön ohjeita.

Jos havaitaan, ettei tiedottaminen toteudu suunnitellusti, ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin, kuten tiedotuskäytäntöjen selkeyttämiseen, viestinnän kanavien ja vastuuhenkilöiden määrittämiseen tarkemmin tai tiedotuksen toteutumisen aktiivisempaan seurantaan. Tarvittaessa järjestetään lisäkoulutusta viestinnästä vastaaville tahoille ja lisätään säännöllisiä tarkistuspisteitä tiedottamisen varmistamiseksi.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Potilaita informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti tarvittaessa tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta (linkki) Laatuporttiin. Potilaalle tarjotaan tarpeen mukaan tukea, keskusteluapua tai ohjataan muun avun tai tuen piiriin. Hengitysvajausyksikön esihenkilöt ovat yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoitukseen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Potilaalle kerrotaan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheistensä tiedottamisen toteutumista seurataan kirjaamalla tiedotustilanteet potilasasiakirjoihin ja yksikön sisäisiin seurantaraportteihin. Lisäksi tiedottamisen toteutumista arvioidaan asiakaspalautteen ja henkilökunnan raportoinnin perusteella.

Jos havaitaan, ettei tiedottaminen tapahdu suunnitellusti, analysoidaan syyt ja ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin, kuten tiedotuskäytäntöjen tarkentamiseen, henkilöstön ohjeistuksen ja koulutuksen lisäämiseen sekä tiedottamisen seurannan tehostamiseen. Tarvittaessa tiedotuksesta vastaavat esihenkilöt varmistavat, että kaikille potilaille ja heidän läheisilleen tarjotaan riittävä ja ajantasainen tieto tapahtuneesta sekä sen perusteella tehtävistä kehittämistoimenpiteistä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaaminen (harvoin tarvittava toimintamalli, uudet työntekijät)	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin Osaamisen vahvistaminen, viestintä ja koulutus, toimintamallin ja riskienhallinnan prosessin kertaaminen	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje Riskien suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Laiteturvallisuuksilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus) - Yksikön riskien arviointi (tunnistetut riskit ja niiden hallintakeinot Laatuportissa)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus, osaamisen vahvistaminen	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin

		• Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintatapojen kertaaminen	• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Asiakaspalaute/ vaaratilanneilmoitus: (linkki, sisäinen verkko) • Vaaratilanneilmoitus - siunsote.fi(linkki) • Potilasasiavastaavan yhteystiedot (linkki)

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Yleensä potilas tulee hoitoon Hengitysvajausyksikköön erikoissairaanhoidossa todetun hengitysvajauksen vuoksi. Taustalla voi olla äkillinen tai pitkäaikainen hengitysvajaus aiheuttava sairaus. Kun potilaalla on todettu hengityshalvaus, tarvitsee hän ympärivuorokautista hengityskonehoitoa, jota järjestetään hoidon alkuvaiheessa kuntoutumiskeskuksen Hengitysvajausyksikössä. Jos hengityskonehoidosta vastaava lääkäri niin arvioi ja kyseessä on etenevä sairaus, hoito voidaan alkuvaiheen jälkeen järjestää 1.1.2025 voimaan tulleen uuden vammaispalvelulain mukaisesti sosiaalihuollon järjestämänä vammaispalveluiden asumispalveluyksikössä niiden palveluiden turvin, joita hänen on arvioitu tarvitsevan.

Ennen vuoden 2025 alkua hengitysvajausta aiheuttavaan sairauteen sairastuneet henkilöt voivat kolmen vuoden siirtymäajan ajan jatkaa terveydenhuollon palveluiden piirissä. Heidän hoitonsa järjestetään joko Hengitysvajausyksikössä, tai resurssien salliessa, potilaan kotona hoitoringin tuella. Halutessaan he voivat siirtyä uuden lain mukaisiin palveluihin jo ennen siirtymäajan päättymistä.

Päätös potilaan hoidosta ja hoitopaikasta tehdään moniammatillisesti yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Potilaalle tehdään palvelutarpeen arviointi, jonka perusteella määritetään hänen tarvitsemat välttämättömät palvelut ja sosiaalihuollon vammaispalveluiden asiakkuuden edellytykset. Hoitotahdon laatiminen on suositeltavaa, jotta potilaalla on mahdollisuus itse vaikuttaa mahdollisimman pitkälle siihen, miten hänen joskus pitkäänkin jatkuva hengityskonehoitonsa järjestetään.

Hoidon ja palvelun tarpeen arvioinnin toteutumista seurataan säännöllisillä arvioinneilla, kirjatulla mittauksella sekä moniammatillisten tiimien kokouksissa. Hoitoon pääsyyn liittyviä riskejä sekä haittatapahtumia raportoidaan Laatuportti-järjestelmän kautta.

Jos havaitaan riski, ettei palvelun tarpeen arviointi toteudu suunnitellusti, analysoidaan syyt ja ryhdytään tarvittaviin korjaaviin toimenpiteisiin. Näitä voivat olla esimerkiksi: Hoito-/palvelusuunnitelman tarkentaminen, lisäarvioinnit ja moniammatillisen yhteistyön tehostaminen, resurssien uudelleen kohdentaminen, henkilöstön lisäkoulutus ja toimintatapojen kehittäminen palautteen ja seurannan perusteella.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

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

Jos havaitaan, että Hengitysvajausyksikköön hoitoon pääsy viivästyy tai ei toteudu suunnitellusti, analysoidaan viiveiden syyt ja ryhdytään tarvittaviin korjaaviin toimenpiteisiin. Näitä voivat olla esimerkiksi resurssien uudelleen kohdentaminen, henkilöstön työjärjestelyjen optimointi, toimintaprosessien kehittäminen tai

yhteistyön tehostaminen muiden palveluntuottajien kanssa. Lisäksi seurataan hoitoa tarvitsevien potilaiden määrää ja tarvittaessa tarkennetaan palveluprosesseja, jotta varmistetaan palvelujen oikea-aikainen saatavuus.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Hengitysvajauspotilaan terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma on olennainen asiakirja, joka ohjaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Suunnitelma laaditaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle hänen tarpeidensa ja tilanteensa perusteella yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa/läheistensä ja moniammatillisen tiimin kanssa.

Ennen potilaan saapumista osastolle otamme huomioon hänen voimavaransa ja tilanteensa, ja suunnitteleme hoitoa niiden pohjalta. Hoitotarpeet ja -tavoitteet määritellään heti potilaan tullessa osastolle, keskittyen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja tarvittavaan hengityksen tukemiseen ja ylläpitoon.

Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan diagnoosi, hoidon tarve ja tavoitteet, vastuunjako hoitohenkilökunnan kesken, hoitotoimenpiteiden toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi sekä potilaan lääkitys ja sen toteutusaikataulu. Suunnitelma tallennetaan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tarvittaessa potilaan tilanteen muuttuessa tai hoidon tarpeiden muuttuessa. Suunnitelmaan voi myös liittää potilaan ja hänen omaistensa/läheistensä antamaa palautetta ja toiveita hoidon suhteen.

Hoitotyön toteutusta ja arviointia kirjataan päivittäin, ja pitkäaikaispotilaille tehdään vähintään kolmen kuukauden välein seuranta-yhteenveto. Uudet työntekijät ja sijaiset perehdytetään suunnitelman sisältöön perehdytyksen yhteydessä. Suunnitelman toteutumisesta seurataan päivittäin moniammatillisella yhteistyöllä, ja henkilökunta tutustuu jokaisen työvuoron alussa potilaan tilanteeseen ja terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Käytössä on hiljainen raportti, jota tarvittaessa täydennetään suullisesti.

Seurantaan sisältyy potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset ja niiden ajantasaisuus, moniammatillisten kokousten yhteydessä tapahtuva arviointi, hoitohenkilöstön ja lääkäreiden välinen viestintä sekä potilaan ja läheisten näkemykset suunnitelman toteutumisesta.

Jos havaitaan riski, ettei suunnitelmien laadinta tai päivittäminen toteudu asianmukaisesti, yksikössä ryhdytään seuraaviin toimenpiteisiin:

- Hoitohenkilöstön ja hoitavan lääkärin muistuttaminen suunnitelman päivityksen tarpeellisuudesta
- Kirjauskäytäntöjen tarkastelu ja ohjeistuksen täsmentäminen
- Henkilöstön lisäkoulutus kirjaamiskäytännöistä ja moniammatillisesta yhteistyöstä
- Seurantajärjestelmien ja vastuunjaon selkeyttäminen
- Tavoitteiden toteutumisen säännöllinen arviointi osaston palaverissa

Tavoitteena on varmistaa, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmat ovat ajan tasalla ja vastaavat potilaan tarpeita koko hoitojakson ajan.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Potilaan hoito Hengitysvajausyksikössä perustuu täysin potilaan vapaaehtoisuuteen. Kunnioitamme potilaan itsemääräämisoikeutta ja hänen oikeuttaan osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaille tarjotaan kattavasti tietoa heidän sairaudestaan ja siihen liittyvistä hoitovaihtoehdoista, ja heitä kannustetaan sekä osallistetaan aktiivisesti oman terveytensä hoitoon. Hoitosuunnitelmia ja hoitolinjauksia tehdessä otetaan huomioon potilaan voimavarat ja näkemykset.

Tarvittaessa ja halutessaan potilaan hoidon suunnittelussa voidaan ottaa mukaan myös hänen omaisensa tai läheisensä. Potilaan hoitotahto huomioidaan aina hoitoa koskevissa päätöksissä. Potilaan yksityisyys on meille ensiarvoisen tärkeä asia, ja se varmistetaan käytettävissä olevilla keinoilla, kuten tarvittaessa yhden hengen potilashuoneella.

Henkilökuntamme noudattaa tiukasti salassapitovelvollisuutta, ja tämä asia korostuu erityisesti opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan tarkasti Laatuportin Vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitusten sekä henkilöstön ja asiakaspalautteen avulla. Organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä on selkeät ohjeet itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyen, ja näitä periaatteita käsitellään myös viikkopalaverissa ja koulutuksissa.

Potilaan hoito ja huolenpito toteutetaan aina vapaaehtoisuuden periaatteella, ja hoitoa rajoitetaan vain äärimmäisissä tilanteissa, joissa potilaan tai muiden terveys tai turvallisuus on uhattuna. Rajoitustoimenpiteet tehdään aina lainmukaisesti ja toteutetaan aina turvallisesti ja kunnioittaen potilaan ihmisarvoa. Potilaille tiedotetaan myös mahdollisuudesta tehdä hoitotahto, jolla he voivat ilmaista oman tahtonsa tulevasta hoidostaan tilanteissa, joissa eivät itse pysty sitä luotettavasti kertomaan.

Jos itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen liittyvät menettelytavat eivät toteudu, yksikössä ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin. Tilanteen syyt selvitetään, ohjeistuksia tarkennetaan ja tarvittaessa järjestetään lisäkoulutusta. Seurantaa tehostetaan asiakaspalautteen ja Laatuportin ilmoitusten avulla, ja moniammatillinen yhteistyö varmistaa, että potilaan oikeudet toteutuvat. Havaitut puutteet käsitellään osana jatkuvaa kehittämistä, ja tarvittavat toimenpiteet toteutetaan viipymättä.

Lue lisää: [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 \(linkki\)](#), [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 \(linkki\)](#), [Mielenterveyslaki 1116/1990 \(linkki\)](#)

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino ja rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

Hengitysvajausyksikössä itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on äärimmäinen toimenpide, jota harkitaan vain silloin, kun potilaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus on vakavassa vaarassa. Tämä voi olla tarpeen esimerkiksi silloin, kun potilaan hengitys on vakavasti uhattuna tai hänen oma käyttäytymisensä voi aiheuttaa vaaraa itselleen tai muille.

Ennen itsemääräämisoikeuden rajoittamista pyritään ensisijaisesti käyttämään muita keinoja ja hoitomenetelmiä potilaan tilanteen hallitsemiseksi. Rajoittamista harkitaan huolellisesti, ja päätös tehdään aina potilaan hoidosta vastaavan lääkärin toimesta. Potilaan kanssa voidaan potilaan suostumuksella käyttää turvallisuutta edistäviä välineitä, kuten turvavyötä pyörätuolissa istuttaessa tai sängyn laidan nostamista. Asia kirjataan potilastietojärjestelmään hoitokertomukseen.

Jos itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on tarpeen, se toteutetaan lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Tällaisia rajoittamistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi magneettiliivit, raajasidokset, haaravyöt tai tarvittaessa erityisesti suunnitellut turvallisuusvälineet.

Henkilökunnan osaaminen varmistetaan koulutuksilla ja käytännön harjoituksilla, ja kaikki rajoittamistoimenpiteet kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään.

Rajoittamistoimenpiteiden käyttöä seurataan jatkuvasti ja niitä arvioidaan säännöllisesti, ja pyritään aina löytämään keinoja niiden tarpeen vähentämiseksi tai lopettamiseksi heti kun se on mahdollista potilaan turvallisuuden ja hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi potilaan tilaa ja reaktioita seurataan tarkasti, ja tarvittaessa muutetaan hoitosuunnitelmaa vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita.

Jos on uhka, ettei itsemääräämisoikeuden rajoittaminen toteudu asianmukaisesti, yksikössä ryhdytään välittömästi korjaaviin toimenpiteisiin. Tilanne arvioidaan moniammatillisesti, ja tarvittaessa konsultoidaan asiantuntijoita. Henkilöstölle järjestetään lisäkoulutusta lainsäädännön ja eettisten periaatteiden mukaisista toimintatavoista. Ohjeistuksia tarkennetaan ja rajoitustoimenpiteiden toteutumista seurataan Laatuportin ilmoitusten, asiakaspalautteen ja sisäisten auditointien avulla. Havaitut epäkohdat käsitellään yksikön palaverissa, ja tarvittaessa toimintakäytäntöjä muutetaan potilaan oikeuksien turvaamiseksi.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakasta/potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Asiakkaan/potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen kohtelussaan ja sosiaali- ja terveyspalveluita toteutettaessa.

Hengitysvajausyksikössä potilaiden kohtelu on ensisijaisen tärkeää ja siihen kiinnitetään erityistä huomiota. Potilaiden kunnioittaminen, arvostaminen ja hyvä kohtelu ovat keskeisiä periaatteita yksikön toiminnassa.

Henkilökunta pyrkii luomaan turvallisen ja kannustavan ilmapiirin, jossa potilaat voivat tuntea olonsa turvalliseksi ja arvostetuksi. Potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet otetaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. Henkilökunta pyrkii olemaan avoin ja empaattinen potilaita kohtaan sekä kuuntelemaan heidän huoliaan ja tarpeitaan.

Mahdollisiin epäasiallisiin tilanteisiin puututaan välittömästi ja tilanteet selvitetään asianosaisten kanssa. Tarvittaessa apua ja ohjeistusta pyydetään esimiehiltä, turvallisuushenkilöstöltä tai potilasasiamieheltä. Potilaiden asiallista kohtelua edistetään myös tarjoamalla säännöllisesti mahdollisuus antaa palautetta ja osallistumalla jatkuvaan koulutukseen ja kehittämiseen.

Yksikössä pyritään varmistamaan viestinnän esteettömyys tarvittaessa tarjoamalla tulkkipalvelua ja huomioimalla erityistarpeet, kuten aistivammaisten tarpeet, yksilöllisesti. Kaikessa toiminnassa pyritään edistämään potilaiden hyvinvointia ja tukemaan heidän kokonaisvaltaista hoitoaan ja kuntoutumistaan.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Hengitysvajausyksikössä toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään Siun soten omavalvontaa ohjaavan toimintaohjeen mukaisesti. Kaikki asiat osoitetaan toimialuejohtajalle, joka voi tarvittaessa delegoida ratkaisultaan eteenpäin.

Hoitohenkilökuntaa tai hoitotyötä koskevissa muistutuksissa selvityspyyntö lähetetään ylihoitajalle tai ko. hoitajan esihenkilölle, joka on osastonhoitaja. Kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten käsittelyssä selvitystä pyydetään potilaan hoitoon osallistuneilta henkilöiltä.

Osaston henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten tekemisessä organisaation verkkosivuilla, sähköisen Miunpalvelut -kautta ja antaa tarvittavat yhteystiedot, esimerkiksi potilasasiavastaavan.

Jos muistutus tai kantelu saapuu suoraan yksikköön, se toimitetaan Siun soten kirjaamoon.

Muistutukseen vastaa ylihoitaja ja palvelupäällikkö riippuen muistutuksen sisällöstä.

Esihenkilön vastuu on antaa selvitys muistutukseen liittyen, mikäli se koskee omaa yksikköä.

Muista olemassa oleva ohje, joka ohjaa toimintaa: Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely (linkki, vain sisäisessä verkossa)

Muistutuksien, kantelujen, potilasvahinkojen ja muiden reklamaatioiden seurannasta vastaa ylihoitaja ja palvelupäällikkö. Muistutuksiin vastataan määritetyssä ajassa. Kehittämistoimien toteuttamista ja seuranta tehdään yhdessä toimintayksiköiden kanssa.

Jokaiseen tapahtumaan vastataan sen tarpeen ja luonteen mukaisesti. Tarvittaessa tehdään korjaavia toimenpiteitä, ja niiden toteuttamisesta ja seurannasta vastaavat esihenkilöt.

Kaikki muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja muut reklamaatiot otetaan huomioon toiminnan kehittämisessä, esimerkiksi muuttamalla toimintatapoja, tarkentamalla toimintaohjeita tai lisäämällä perehdytystä ja koulutusta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote

Kirjaamo

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaaliapotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat Hengitysvajausyksikön ilmoitustaululla ja ne ovat löydettävissä myös organisaation verkkosivuilla. Tarvittaessa henkilökunta antaa yhteystiedot potilaalle sekä kertoo mahdollisuudesta ottaa yhteyttä sosiaali- ja potilasvastaaviin.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Hengitysvajausyksikössä kerätään asiakaspalautetta suullisesti, kirjallisesti sekä sähköisesti Laatuportti-järjestelmän kautta. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista. Asiakaspalautetta voidaan ottaa vastaan myös epäsuorasti läheisten, omaisten, kokemusasiantuntijoiden, potilasjärjestön tai muiden yhteistyötahojen kautta joko suullisesti tai kirjallisesti.

Osastonhoitaja seuraa asiakaspalautteita kuukausittain. Asiakaspalautteiden avulla saatua tietoa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja konkreettisista toimista päätetään moniammatillisesti. Palautteen keräämisen tiedottamisesta muistutetaan henkilöstöä ja mahdollistetaan hengitysvajausyksikön potilaille mahdollisuus palautteen antoon eri keinoja käyttäen.

Säännöllisen palautteen kerääminen on Hengitysvajausyksikössä ollut pienen potilasmäärän vuoksi vähäistä ja sitä kerätty lähinnä suullisesti.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Hengitysvajausyksikössä toteutetaan potilasviestintää suullisesti osastohoidon yhteydessä, mm. hoitotilanteissa, lääkärinkierroilla, terapiatapahtumissa. Kirjallista viestintää tapahtuu mm. lääkelistojen, potilasohjeiden, epikriisien muodossa. Hengitysvajausyksikössä ei ole käytössä säännöllistä kokemusasiantuntijatoimintaa.

Asiakasviestinnän riittävyyttä arvioidaan asiakaspalautteen, hoitohenkilökunnan havaintojen sekä vaaratapahtuma- ja poikkeamailmoitusten perusteella. Lisäksi seurataan, miten hyvin potilaat ja heidän omaisensa ymmärtävät saamansa tiedon sekä kuinka aktiivisesti he osallistuvat hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Jos havaitaan riski, ettei asiakasviestintää toteuteta riittävästi, yksikössä tarkennetaan viestinnän vastuita ja toimintakäytäntöjä. Tarvittaessa henkilöstölle järjestetään lisäkoulutusta asiakaslähtöisestä viestinnästä. Viestintäkanavia ja -menetelmiä kehitetään esimerkiksi selkokielisten materiaalien, käännöspalveluiden tai uusien viestintävälineiden avulla. Viestinnän toteutumista seurataan säännöllisesti ja tehdään tarvittavia muutoksia asiakaskokemuksen parantamiseksi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstöresurssin vajeesta johtuva hoitoon pääsyn viivästymien, yksikön potilasmäärää ei voi ennakoita	Jatkuva rekrytointi	Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki) Siun soten osallisuusohjelma (linkki) Laatuportti-ohjeet Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely (linkki, sisäinen verkko)
Potilaan ja heidän läheistensä osallistamiseen liittyvät haasteet	Perehdytys	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992(linkki) Siun soten osallisuusohjelma(linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa

		• Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa • Asiakaspalautejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely
Kommunikaatiohaasteet potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Kommunikaatio-apuvälineiden riittävä käyttö	• Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992(linkki) • Siun soten osallisuusohjelma (linkki)

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Hengitysvajausyksikössä hoitohenkilöstön (lähihoitajat ja sairaanhoitajat) määrä on 10. Hoitajat työskentelevät kahdessa eri työpisteessä ja pääasiassa 2 tai 3-vuorotyössä. Osastolla työskentelee osastonlääkäri, sekä ylilääkäri ja ylihoitaja jaettuna muiden kuntoutumiskeskuksen osastojen kesken. Yksikössä työskentelee lähi- ja sairaanhoitajia, terapiahenkilökuntaa (fysioterapeutteja, puheterapeutti toimintaterapeutti), laitoshuoltajia, osastonsihteeri, apulaisosaston- ja osastonhoitaja. Hoitotyössä yksikössä työskentelee lisäksi opiskelijoita, hoiva-avustajia ja kansainvälisesti rekrytoitu oppisopimusopiskelija. He työskentelevät työryhmän jäseninä, eivätkä vastaa itsenäisesti potilaiden hoidosta. Heidän tehtävänsä määritellään yksilöllisesti opintojen vaiheen sekä osaamisen perusteella. Hoiva-avustajien tehtäväkuva on määritetty yksikkökohtaisesti. Yhteistyötä tehdään kuntoutumiskeskuksen osastojen ja palliatiivisen keskuksen eri ammattiryhmien välillä. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja sosiaalipsykologi on kuntoutumiskeskuksessa työssä arkisin ja sosiaalityöntekijä kolmena päivänä viikosta. Sairaalasielunhoidon palveluja on saatavilla tarvittaessa.

Aamu- ja iltavuorossa Hengitysvajausyksikössä on 2 hoitajaa osaston tiimissä ja yksi hoitaja kotitoteutuksen tiimissä. Osaston yövuoroissa on yksi hoitaja ja kotitoteutuksen tiimissä 1 hoitaja. Lisäksi samassa kerroksessa sijaitsevilla Neurologisella kuntoutusosastolla on yöllä kaksi hoitajaa (sairaanhoitajia tai lähihoitajia) ja Palliatiivisella osastolla on 2 hoitajaa (sairaanhoitajia tai lähihoitajia). Lääkärit ja esihenkilöt ovat paikalla virka-aikaan. Viikonloppuisin päivystävä lääkäri käy osastolla.

Henkilöstöresurssia tarkastellaan päivittäisen tilanteen mukaan osastokohtaisesti, ja myös Kuntoutumiskeskuksen yhteisessä tilannepalaverissa arkipäivisin. Virka-aikana lähiesihenkilöt järjestelivät äkillisiin poissaoloihin mahdollisuuksien mukaan kuntoutumiskeskuksen muilta osastoilta työntekijöitä lainavuoroon, sisäisiä sijaisia tai sijaispalvelusta saatavia sijaisia. Poissaoloihin voidaan käyttää

harkintaperusteisesti vuokratyövoimaa, mikäli organisaation sisäisiä sijaisia ei ole käytettävissä. Tarvittaessa voidaan kysyä osaston henkilökuntaa vaihtamaan työvuoroa, tulemaan vapaapäivältä ylimääräiseen työvuoroon tai jatkamaan työvuoroa eli tekemään ns. tuplavuoro.

Virka-ajan ulkopuolisena aikana (ilta- ja yöaikaan) osaston vuorovastaavat järjestävät poissaoloon työntekijän mahdollisuuksiensa mukaan. Tilannekeskus (TIKE) on avoinna ja tavoitettavissa puhelimitse arkipyhinä ja viikonloppuisin klo 7.30–20.00, jolloin he auttavat henkilökuntaresurssin järjestämisessä.

Työvuorosuunnitelma tehdään kolmen viikon jaksoissa. Esihenkilö valmistelee listapohjan huomioiden työntekijöiden vuosilomat, koulutukset, toiveet sekä muut poissaolot. Resurssisuunnittelija jatkaa työvuorosuunnitelman suunnittelua ja optimointia. Työvuorosuunnittelussa huomioidaan jokaiseen työvuoroon oikea osaaminen ja henkilöstövahvuus. Lista luovutetaan esihenkilölle lopullista hienosäätöä ja listan julkaisua varten. Vuosilomia suunnitellaan tasaisesti ympäri vuoden. Vuosilomien suunnittelussa huomioidaan tasapuolisuus ja osaamisen jakautuminen tasaisesti.

Yksikköön rekrytoitavilla lähi- ja sairaanhoitajilla on oltava ammattitoiminnan mukainen koulutus ja riittävä ammatillinen pätevyys, mikä varmistetaan työntekijän rekrytoinnin yhteydessä. Yksikössä työskentelevillä lähi- ja sairaanhoitajilla on oltava lähihoitajan tai sairaanhoitajan koulutus. Kaikki uudet työntekijät perehdytetään yksikön toimintaan ja työssä oppiminen tapahtuu kokeneen kollegan kanssa työskennellen. Koko henkilökunnalle järjestetään lisä- ja toimipaikkakoulutusta. Yksikön työntekijät osallistuvat säännöllisesti järjestettäviin sisäisiin koulutuksiin.

Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan työvuorosuunnittelun kautta saatavilla raporteilla ja vuokratyövoiman käyttömäärillä.

7.2 Rekrytointi

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

Hengitysvajausyksikön rekrytointia ohjaa työlainsäädäntö sekä hoitohenkilöstöä koskeva SOTE-sopimus. Henkilöstön sijaistarpeet suunnitellaan ennakkoon heti, kun tarve on tiedossa esim. vuosilomat. Lomat suunnitellaan jonoon. Työvuorosuunnittelussa on käytössä toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu, joka määrittää työvuoroihin riittävän osaamisen ja resurssin.

Henkilöstön rekrytoinnin hoitaa pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikkö Laura-rekrytointiohjelman kautta. Äkillisiin poissaoloihin käytetään ensisijaisesti Siun soten varahenkilöstöä ja toissijaisena Tempore rekryä. Sijaispyynnöt tehdään keskitetysti Tempore-ohjelmaan. Sijaisten otossa yksittäisiin vuorotarpeisiin huomioidaan myös osastolla olevien potilaiden määrä ja hoitoisuus.

Henkilöstön kelpoisuus varmistetaan JulkiTerhikistä. Työntekijän sopivuus tehtävään huomioidaan haastattelulla ja tarkistamalla hakijan tutkinto- ja työtodistukset sekä tarvittaessa oleskelu/työlupa. Samalla varmistetaan riittävä kielitaito. Tarvittaessa pyydetään esittämään todistus kielikokeesta. Rokotesuojassa noudatetaan tartuntatautilakia (48 § 1227/2016) ja rokotussuojan varmistamisesta on olemassa työnantajan ohje. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetut määräykset ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja sitä täydentävä valtioneuvoston asetus (104/2008) sekä laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja sitä täydentävä asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016). Valvontalain 28§ mukainen selvitys tehdään edellyttämällä rekrytoiduilta uusilta työntekijöiltä rikosrekisteriote.

Yksikön vakituiset työtehtävät täytetään koulutetulla henkilökunnalla työnantajan ohjeiden mukaisesti. Vapautuvat tehtävät laitetaan hakuun. Sijaisena voi työskennellä myös alan opiskelijoita. Rekrytoinnista vastaa Siun soten rekrytointiyksikkö yhdessä osastonhoitajan kanssa. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot) · Kelpoisuus tehtävään varmistetaan työhönottotilanteessa Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). · Samalla varmistetaan Sosiaali- ja terveystien lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta.

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

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

7.3 Perehdytys

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

Hengitysvajausyksikössä uudet työntekijät ja opiskelijat saavat kattavan perehdytyksen, joka on suunniteltu vastaamaan osaston erityispiirteitä ja toimintaa. Siun soten yhtenäinen perehdytysohjelma muokataan osaston tarpeiden mukaisesti, ja uusille työntekijöille tarjotaan myös verkkokurssi perehdytyksen tueksi.

Perehdytyksen aikana käytetään erilaisia työkaluja ja materiaaleja, kuten infektioiden torjunnan ja lääkehoidon perehdytyslistaa, yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja omavalvontasuunnitelmaa. Turvallisuuteen liittyvät asiat käydään läpi turvallisuuskansioista ja turvallisuuskävelyllä.

Jokaiselle uudelle työntekijälle, opiskelijalle ja sijaiselle laaditaan oma yksilöllinen perehdytysuunnitelma. Perehdyttäjät ja perehtyjät käyvät säännöllisesti suunnitelman läpi, päivittävät sitä tarpeen mukaan ja seuraavat perehdytyksen etenemistä. Osastonhoitaja seuraa perehdytyksen onnistumista ja kerää palautetta säännöllisesti. Perehdyttäminen nähdään kaikkien työntekijöiden vastuuksi, ja jokainen osallistuu uusien työntekijöiden integroimiseen osastolle. Perehdytyksen tavoitteena on varmistaa uusien työntekijöiden nopea ja tehokas sisäänajo osaston toimintaan.

Keskeisiä perehdytettäviä asioita Hengitysvajausyksikön työntekijöille ovat:

- **Työtehtävät yksikössä:** Uuden työntekijän on tärkeää ymmärtää omat tehtävänsä, vastuunsa, velvollisuutensa ja oikeutensa osastolla. Erityisesti lääkehoidon osalta on varmistettava, että työntekijällä on tarvittavat luvat ja osaaminen.
- **Potilastietojen käsittely ja tietosuojat:** Työntekijän on ymmärrettävä potilastietojen käsittelyyn liittyvät säännökset ja noudatettava tietosuojakäytäntöjä.
- **Omavalvontasuunnitelma ja sen toteuttaminen:** Työntekijöiden on oltava tietoisia omavalvontasuunnitelmasta ja sen toteuttamisesta. Suunnitelman on oltava henkilöstön saatavilla ja sen noudattamista on seurattava aktiivisesti. Jokainen työntekijä veloitetaan tutustumaan omavalvontasuunnitelmaan ja asia varmistetaan lukukuittauksella.
- **Ilmoitusvelvollisuus:** Henkilökunnan on tiedettävä velvollisuutensa tehdä ilmoitus mahdollisista poikkeavista tapahtumista tai tilanteista, jotka uhkaavat potilaiden hyvinvointia tai sosiaalihuollon toteutumista.
- **Yleiset toimintatavat:** Työntekijöiden on oltava selvillä yksikön yleisistä toimintatavoista ja odotuksista.
- **Potilaan kohtelu:** Henkilökunnan on sitouduttava kohtelevaan kaikkia potilaita tasavertaisesti, kunnioittavasti ja empaattisesti.
- **Potilas- ja henkilöturvallisuus sekä ergonomia:** Työntekijöiden on ymmärrettävä potilasturvallisuuteen ja ergonomiaan liittyvät periaatteet ja toimittava niiden mukaisesti.
- **Itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet:** Työntekijöiden on tunnettava potilaiden itsemääräämisoikeuteen liittyvät periaatteet sekä osattava käyttää ja toteuttaa rajoittamistoimenpiteitä asianmukaisesti.
- **Osaamisen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus, kehityskeskustelut:** Työntekijöiden on osallistuttava säännöllisesti täydennyskoulutuksiin ja ylläpidettävä osaamistaan. Kehityskeskusteluissa käydään läpi osaamisen kehittymistä ja tarpeita.

Mikäli havaitaan, että perehdyttäminen ei ole toteutunut suunnitellusti, työntekijän kanssa käydään läpi perehdytysuunnitelma ja tarvittavat asiat kerrataan.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Hengitysvajausyksikössä työskentelevän henkilökunnan odotetaan omaksuvan laaja-alaisen osaamisen, jotta he voivat tarjota turvallista ja laadukasta hoitoa hengitysvajauksesta kärsiville potilaille. Tässä on joitakin keskeisiä osa-alueita, joissa henkilökunnan odotetaan olevan päteviä:

Hengitysvajauksen hoito: Työntekijöiden tulee olla perillä erilaisten hengitysvajauksen syiden, oireiden ja hoitomenetelmien tuntemuksesta.

Hengityslaitteiden hallinta: Työntekijöiden tulee osata käyttää ja ylläpitää erilaisia hengityslaitteita, kuten hengityskoneita, CPAP-laitteita ja happipitoisuuden mittareita.

Potilasturvallisuus: Työntekijöiden tulee osata tunnistaa ja hallita mahdollisia riskejä, jotka liittyvät potilaiden hengitysvajaukseen ja hoitoon.

Lääkehoidon hallinta: Työntekijöillä tulee olla riittävä lääkehoidon osaaminen. Heidän tulee kyetä annostelevaan lääkkeitä ja seuraamaan niiden vaikutusta.

Potilaiden ja omaisten tukeminen: Työntekijöiden tulee osata tarjota tukea ja ohjausta potilaille ja heidän omaisilleen hengitysvajauksen hallinnassa ja hoidossa.

Hätätilanteiden hallinta: Työntekijöiden tulee osata tunnistaa ja toimia hätätilanteissa, kuten hengitysvaikeuksien pahenemisessa tai hengityskoneiden häiriötilanteissa.

Tiimityötaidot, moniammatillinen yhteistyö: Työntekijöiden tulee osata työskennellä tiimissä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, kuten lääkäreiden, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kanssa.

Jatkuva oppiminen: Hengitysvajaus potilaiden hoitomenetelmät ja -tekniikat kehittyvät jatkuvasti, joten työntekijöiden tulee olla valmiita oppimaan uutta ja päivittämään osaamistaan säännöllisesti.

Nämä ovat vain muutamia esimerkkejä keskeisistä osa-alueista, joissa hengitysvajausyksikössä työskentelevän henkilökunnan odotetaan olevan päteviä.

Henkilökunta osallistuu koulutuksiin koulutussuunnitelman linjausten ja yksikön sekä työntekijän tarpeiden mukaisesti. Osa koulutuksista tulee kaikkien suorittaa. Henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään mahdollistamalla osallistuminen mm. Siun soten yhteisiin koulutuksiin. Siun soten sisäiset koulutukset ovat

ensisijaisia. Koulutusta toteutetaan myös verkko-opintoina, Teamsin välityksellä ja videovälitteisinä. Sisäiset koulutukset löytyvät Onni-koulutuskalenterista. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan tilanteen mukaan.

Tarvittava osaaminen varmistetaan ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa huomioiden jo olemassa oleva osaaminen sekä yksikön toiminta. Osaamisen lisäämiskeinona käytetään myös työkiertoa, jonka avulla työntekijä ymmärtää organisaation toimintaa laajemmin ja syvemmin sekä verkostoituu useampien ihmisten kanssa. Myös asiakkaat ja potilaat hyötyvät, kun työntekijä oppii ymmärtämään paremmin, kuinka eri palveluketjut toimivat.

Työntekijät ja opiskelijat perehtyvät potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin jo perehdytysvaiheessa sekä koko työhistoriansa ajan. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän lisähaittaa. Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Moniammatillinen henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden.

Laatuohjelma ohjaa oman toiminnan arviointiin ja sitä käytetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Henkilöstö perehdytetään laatuohjelmaan ja sisältöön. Laatuportti-järjestelmässä henkilöstö suorittaa eri lääkintälaitteiden laitepätevyydet esim. verensokerimittari, verenpainemittari, hengitystä avustava laite.

Siun sotessa henkilöstölle tarjotaan seuraavia täydennyskoulutuksia, joista osa on pakollisia, kaikkien suoritettavia.

www.verkkarit.fi: linkki):

- Lääkehoidon verkko-opinnot ja näytöt lääkehoitosuunnitelman mukaisesti (viiden vuoden välein)
- Opiskelijaohjaus taso 1-3 (suoritetaan kerran)
- Hätätilapotilaan tunnistaminen taso 3 (vuoden välein)
- Yleisperhdytys verkkokurssi SiunPerehdytys (suoritetaan kerran)
- EKG-passi (5 vuoden välein) Oppiportti:
- Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Johdon ja osastonhoitajien tietoturvakoulutus (osastonhoitajat, viiden vuoden välein)
- Tietoturva terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Infektioiden torjunta (kertasuoritus)

Potilasturvaportin koulutukset www.potilasturvaportti.fi(linkki):

- Potilasturvallisuutta taidolla (suoritetaan kerran)
- Paloturvallisuutta taidolla (kurssi potilasturvaportissa sekä käytännönharjoitteet viiden vuoden välein)
- Potilaan tunnistaminen (suoritetaan kerran)

- Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa (kertasuoritus)
- Laiteturvallisuus (kertasuoritus) ·
- ISBAR - menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun (5 vuoden välein)
- Väsymysriskien hallinta · Laitteisiin liittyvät vaaratilanteet
- Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta (osastonhoitajat) Siun Soten sisäinen koulutus/ intra
- Vaaratapahtumien raportointi - patu
- RAI (THL:n verkkokoulutus)

Lisäksi suositellaan suoritettavaksi

- AVEKKI-koulutus tai vastaava (suoritetaan kerran)
- Diabetespassi (verkkarit.fi) (suoritetaan kerran)
- Hoitotyön Ergo -koulutus (suoritetaan kerran)

Työntekijä kirjaa koulutussuorituksen sähköiseen koulutusten seurantajärjestelmään, jossa esihenkilö käy ne tarkistamassa ja hyväksymässä Sähköisen järjestelmän avulla henkilöstön suorittamia koulutuksia voidaan seurata. Jos työntekijä ei suorita tarvittavia kursseja tai ei kykene suorittamaan lääkehoidon osaamisaluetta, ei tällöin kyseinen työntekijä voi osallistua esim. potilaan lääkehoitoon. Tällöin pyritään etsimään työntekijälle soveltuvampaa työtä siksi aikaa, kunnes tarvittavat luvat on suoritettu.

7.5 Johtamisosaaminen

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

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

tuetaan onnistumaan johtamisessa ja työajan hallinnassaan mm. oman lähiesihenkilön tuella sekä tarvittaessa yksilöllisin tuen menetelmin.

Mikäli havaitaan, että lähiesihenkilötyöhön ei ole riittävästi aikaa, yksikössä arvioidaan tilannetta ja etsitään ratkaisuja, kuten tehtävien uudelleenjärjestely, hallinnollisen tuen lisääminen, työajan priorisointi tai esihenkilöresurssien vahvistaminen. Tarvittaessa voidaan tarjota lisäkoulutusta ajanhallintaan ja työkuorman hallintaan liittyen.

7.6 Työhyvinvointi

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

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tuetaan:

- Tyhy toiminnalla
- HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaatteen mukaisesti
- SISU-työn toimintamallilla
- Työkykylähtöisellä tehtävien uudelleen järjestämisellä
- Koulutusten avulla, esimerkiksi potilasturvaportissa suoritettava Väsymysriskien hallinta
- Työvuorosunnittelun keinoin

Osastollamme on myös olemassa yhteiset pelisäännöt. Tarvittaessa voimme järjestää työnohjausta tai työyhteisövalmennusta henkilökunnalle.

Työturvallisuudesta huolehtiminen

- Perehdytys
- Riskienarviointi Laatuportissa
- Turvallisuushavainnoista oppiminen
- Yhteistyön tekeminen työterveyshuollon kanssa.

Kriisitilanteissa työntekijä voi saada tukea mm. purkuistuntomallin kautta, defusing istunnoilla.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan eri palautteiden kautta, esimerkiksi suora palaute suullisesti, kehityskeskustelun aikana tai kirjallinen palaute. Lisäksi Siun sotessa on käytössä työhyvinvointia mittaavat WorkFlow- ja Vibe-kyselyt. Kyselyn tuloksia käydään läpi osastopalavereissa. Henkilöstöä kannustetaan tuomaan avoimesti esille työhyvinvointia uhkaavia tekijöitä ja muistutetaan kyselyihin vastaamisesta.

Jos huomataan, että työhyvinvointia täytyisi parantaa, toimeen tartutaan välittömästi kartoittamalla mistä poikkeama johtuu ja mitä sille voidaan tehdä.

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Hengitysvajausyksikössä saattaa esiintyä haastavia kohtaamistilanteita, joissa potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti fyysisesti ja psyykkisesti. Hengitysvajausyksikkö sijaitsee Neurologisen kuntoutusosaston läheisyydessä ja haastavasti käyttäytyvä potilas voi olla hoidossa siellä. Erityisesti muistisairaille tai vaikeasti sairaille potilaille hoitoon sitoutuminen voi olla henkisesti kuormittavaa, mikä luo haasteita heidän jaksamiselleen. Pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään näitä tilanteita tarjoamalla asiakkaille ennakoivaa tietoa ja tukea sekä mahdollisuuden keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Haastavien tilanteiden varalta henkilökunta työskentelee tiiviisti yhdessä ja noudattaa parityömallia. Tavoitteena on ratkaista tilanteet rauhallisesti keskustellen ja tarvittaessa moniammatillisesti. Henkilökuntaa ohjaa Siun soten Henkilöturvaohje väkivaltatilanteissa, ja he saavat tarvittavaa koulutusta väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. Turvahälyttimet ja tarvittaessa vartijapalvelu varmistavat henkilökunnan turvallisuuden. Osaamista tuetaan toimintaohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksella, johon kuuluvat esimerkiksi Avekki- ja MAPA-koulutukset.

Haastavien asiakas- ja potilastilanteiden ennaltaehkäisyn ja hoitamisen onnistumista seurataan poikkeama- ja vaaratapahtumailmoitusten, työhyvinvointikyselyiden sekä moniammatillisten tiimipalaverien avulla. Henkilökunnan koulutus ja turvallisuuskäytännöt arvioidaan säännöllisesti.

Jos havaitaan puutteita varautumisessa tai tilanteiden hallinnassa, ryhdytään välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin, kuten toimintaohjeiden päivitykseen, lisäkoulutuksiin (esim. Avekki, MAPA), parityömallin vahvistamiseen, turvallisuusjärjestelyjen kehittämiseen ja moniammatillisen tuen lisäämiseen.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Asiakas- ja potilasturvallisuutta edistetään myös oppimalla onnistumisista ja erinomaisesta toiminnasta. Tämä voi ilmetä esimerkiksi hyvin toimivana yhteistyönä, sujuvana työskentelytapana tai myönteisenä asenteena. Huomioimalla myös onnistumiset lisätään työntekijöiden työhyvinvointia, kun toimintaa kehitetään positiivisen

kehityksen kautta eikä pelkästään poikkeamiin ja virheisiin reagoimalla. Onnistumisista oppiminen korostaa työntekijöiden osaamista ja joustavuutta sekä kykyä soveltaa tietoa erilaisissa ja monimutkaisissa tilanteissa niin, että asiakkaan turvallisuus säilyy.

Laatuportti-järjestelmän Erinomainen toiminta -ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla annetaan positiivista palautetta ja hyödynnetään hyviä käytäntöjä organisaation laajuisesti. Positiivista potilaspalautetta jaetaan säännöllisesti työntekijöille viikkopalaverissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Palautetta kerätään eri lähteistä, kuten arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta.

Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta, ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään yksikössä. Hyviä toimintamalleja jaetaan myös työyksikön ulkopuolelle osastonhoitajien kokouksissa. Tällä tavoin toimintaa voidaan kehittää ja arvioida, onko se etenemässä oikeaan suuntaan. Onnistuneista kokemuksista ja palkinnoista tiedotetaan tarvittaessa Siun Soten intrassa, mikä edistää tiedon jakamista organisaation laajuisista onnistumisista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön riittävyys	Ennakoiva rekrytointi Osaavan henkilöstön kouluttaminen ja ylläpito Yksikön veto- ja pitovoiman lisääminen Työhyvinvoinnista huolehtiminen Avoin vuorovaikutus Onnistunut johtaminen	• Terveydenhuoltolaki 1326/2010 linkki): • Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 linkki): • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) linkki): ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) linkki): • Työturvallisuuslaki 738/2002 linkki): • Työterveyshuoltolaki 1383/2001 • Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Työvuorosuunnittelun pelisäännöt • Vuosiomaohje • Pyyntö rekrytointiin käynnistämiseksi -ohje

		• Virantäyttöprosessi -ohje • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja osastonhoitajatyö (sharepoint.com) • Henkilöturvaohje • Työhyvinvoinnin tuki • Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma • Työsuojelun toimintaohjelma
Osaamisvaje	Hyvä perehdytys Ennakoiva osaamisen kehittäminen Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Riittävä osaamisen tuki	• Terveystenhuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki terveystenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (linkki) • Asetus terveystenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveystenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com)

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveystenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun. Sosiaali- ja terveystenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyä sääntelee asiakas- ja potilaslakien

lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä eli asiakastietolaki (703/2023, [linkki](#)). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa (2016/679, [linkki](#)) sekä kansallisessa tietosuojalaissa (1050/2018, [linkki](#)).

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi kaikki asiakas- ja potilasasiakirjat pidetään sähköisessä muodossa. SiunSoten organisaatiossa käytetään Mediatri-potilastietojärjestelmää. Potilastietolain ohjeistuksia noudatetaan tietojen kirjaamisessa. Jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen toimikortti, joka mahdollistaa sähköisen allekirjoituksen antamisen. Opiskelijoille annetaan käyttäjätunnukset koululta tai osaamisen kehittämisen yksiköstä, ja he kirjaavat opiskelijastatuksella ohjaajiensa valvonnassa.

Mahdolliset paperiset potilasasiakirjat säilytetään lukituissa tiloissa ja arkistointikäytännöt noudattavat lainsäädäntöä sekä hyvinvointialueen ohjeistuksia. Pääsy asiakirjoihin on rajattu vain niille, joiden työtehtävät sitä edellyttävät. Asiakirjojen hävittäminen tehdään tietoturvallisesti hyödyntämällä tietoturvahävityspalvelua.

Hoitotyön kirjaaminen tehdään reaaliaikaisesti, huolellisesti ja kattavasti rakenteisen kirjaamisohjeen mukaisesti. Potilasasiakirjoja käsitellään vain työtehtävien ja vastuiden edellyttämässä laajuudessa, ja tietojärjestelmien käyttöoikeudet määritellään ja rajataan työtehtävien perusteella. Potilastietojärjestelmän käyttöä on mahdollista valvoa lokiseurannan avulla.

Kaikki työntekijät ovat sitoutuneet salassapito- ja vaitiolovelvollisuuteen, joka pysyy voimassa myös työsuhteen päättymisen jälkeen. Työntekijät, opiskelijat ja muut henkilöt sitoutuvat salassapito- ja käyttäjäsitoumuksella noudattamaan tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään käyttäjätunnuksensa ja salasanansa asianmukaisesti sekä huolehtimaan potilas- ja asiakastietojen salassapidosta myös työsuhteen tai harjoittelun päättymisen jälkeen. Sitoumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle. Lähiesihenkilö vastaa siitä, että työntekijät ja opiskelijat perehtyvät ja allekirjoittavat

sitoumuksen sekä saavat koulutuksen tietoturvaan ja tietosuojaan. Tietoturva- ja tietosuojakoulutukset ovat pakollisia kaikille työntekijöille.

Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen perusteella. Hoitohenkilökunta perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla, ja tarkempi perehdytys tapahtuu työn ohessa kollegoiden toimesta. Lisäksi henkilöstölle tarjotaan jatkuvaa koulutusta ja ohjeistuksia potilastietojärjestelmän muutosten ja päivitettyjen toimintamallien osalta.

Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan säännöllisesti sisäisillä auditoinneilla ja kollegiaalisella lukemisella. Virheelliset tai puutteelliset tiedot korjataan viivytyksettä kirjallisten ohjeiden mukaisesti, ja virheen tehnyt työntekijä on ensisijaisesti vastuussa korjauksesta. Asiakkaita ohjataan tekemään oikaisupyyntö, jos he havaitsevat tiedoissaan virheitä. Ohjaus tapahtuu asiakasohjauksen ja hoitohenkilökunnan kautta.

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

Julkisuuslain mukainen asiakkaan tiedonsaantioikeus varmistetaan tarjoamalla asiakkaalle selkeät ohjeet siitä, miten hän voi pyytää omia tietojaan. Asiakkaalla on oikeus saada tietoja itseään koskevista asiakirjoista, ellei lainsäädäntö rajoita niiden luovutusta. Tiedonsaantioikeutta koskevat pyynnöt käsitellään viivytyksettä ja niistä annetaan kirjallinen päätös tarvittaessa. Tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukainen tarkastusoikeus varmistetaan tarjoamalla asiakkaille mahdollisuus tehdä tietopyyntö kirjallisesti tai sähköisesti. Organisaatio vastaa tietopyyntöihin lakisääteisessä ajassa ja huolehtii, että tietosuojavastaava ohjeistaa henkilökuntaa asianmukaisissa käytännöissä. Asiakkailla on oikeus saada selvitys tietojensa käsittelystä ja perusteista. Tietosuojavastaava tai muu vastuuhenkilö antaa tarvittaessa lisätietoa. Asiakkaille tarjotaan myös kirjallisia ja sähköisiä ohjeita tietosuojasta ja tietojen käsittelystä.

Asiakasohjauksessa varmistetaan, että asiakkaat saavat tietoa OmaKanta-palvelusta, sen hyödyistä ja käyttömahdollisuuksista omien terveystietojensa tarkasteluun. Henkilökunta opastaa asiakkaita palvelun käytössä ja varmistaa, että tietoa on saatavilla myös kirjallisesti sekä sähköisesti. Ohjausta vahvistetaan osana hoitoprosessia ja asiakasneuvontaa. Tarvittaessa tarjotaan tukea esimerkiksi digipalveluiden käytön tueksi.

Tietosuojan omavalvonnassa havaitut poikkeamat ja selvitykset käsitellään viivytyksettä ja dokumentoidaan asianmukaisesti. Tietosuojavastaava ja vastuuhenkilöt arvioivat tapaukset ja tarvittaessa ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin. Lisäksi henkilöstölle järjestetään säännöllistä koulutusta ja ohjeistusta tietosuojan varmistamiseksi.

Hyvinvointialueen tiedonohjaussuunnitelma ja arkistoinnin toimintaohjeet ovat saatavilla sähköisessä muodossa ja niihin perehdytetään henkilöstöä. Esihenkilöt valvovat ohjeiden noudattamista ja käsittelevät mahdolliset poikkeamat tietoturva- ja tietosuojakäytänteiden mukaisesti.

Vuoden 2024 seurantahavaintoihin perustuen potilasasiakirjojen käsittelyyn liittyvää toimintaa on kehitetty siten, ettei salassa pidettäviä henkilötietoja sisältäviä potilaslistoja saa enää tulostaa. Vuonna 2025 seurataan säännöllisesti uuden toimintamallin toteutumista.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Jokainen uusi työntekijän lukee organisaation tietosuoja ja tietoturva käsikirjan. Työntekijät ovat sitoutuneet noudattamaan sääntöjä allekirjoittamalla salassapito- ja käyttäjätunnussitoumuksen. Tietosuoja- ja tietoturvakoulutus suoritetaan 5 vuoden välein (verkkokoulutuksena Oppiportissa): Kaikki osaston työntekijät käyvät tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tietosuoja terveydenhuollossa koulutukset. Johtajat ja esihenkilöt käyvät johdon ja esihenkilöiden tietoturvakoulutuksen.

Tietosuojavastaavat tekevät kuukausittain satunnaistarkastuksia, joiden avulla tietojen asianmukaista käsittelyä valvotaan. Valvonta sisältää myös Kanta-palvelujen käytön valvonnan. Esimies ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin, jos joku on ohjeiden vastaisesti käsitellyt asiakas- tai potilastietoja, tällöin esimiestyön tukipalveluna on käytössä Siun soten tietosuojavastaava ja tietosuoja-asiantuntija. Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitsemastaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle. Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti [Miunpalvelujen](#) (linkki) kautta. Lisäksi vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin. Asiakas tai potilas voi tehdä Siun sotelle käyttö- ja luovutusrekisterin tarkastuspyynnön. Tarkastuspyyntölomake on saatavissa Siun soten internetsivulla.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista ilmoitetaan tietojärjestelmän valmistajalle ja merkittävän riskin aiheuttamista poikkeamista esihenkilö tekee ilmoituksen Valviralle (<https://turvaviest.valvira.fi/>). (linkki). Henkilötietoja sisältävät paperiset asiakirjat hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuoja-jätteenä. Tietosuoja-selosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla.

Tietoturva- tai tietosuoja-uhkat (esim. järjestelmähäiriöt, tietojenkalastelu, kyberuhkat) ilmoitetaan välittömästi esihenkilölle ja tietoturavastaavalle. Järjestelmähäiriöissä otetaan yhteys IT-tukeen ja tarvittaessa siirrytään varajärjestelmien käyttöön.

Havaituista tietoturvaloukkauksista ilmoitetaan organisaation tietosuojavastaavalle. Tilanne arvioidaan, dokumentoidaan ja tarvittaessa raportoidaan viranomaisille. Asianomaisia informoidaan, ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet toteutetaan, kuten lisäkoulutukset tai järjestelmäpäivitykset.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

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

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja:

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	Toimintaohjeet Perehdytys	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007 (linkki) Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 (linkki) EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) Tietosuoja laki (1050/2018) (linkki) - Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019)

		• Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi • Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen • Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) • Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje • Tietosuoja- ja tietoturvapoliittika • Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja • Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma • Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus • Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaesosteet • Tietosuojan valvontasuunnitelma • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset • Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	---

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Hengitysvajausyksikön toimitilat ovat uudet. Yksikölle on vuonna 2023 remontoitu uudet valvontahoitoon soveltuvat tilat. Tiloille on tehty käyttöönottotarkastus remontin jälkeen. Tilojen suunnittelussa on otettu huomioon asiakas- ja potilasturvallisuus. Hengitysvajausyksiköllä on käytössään 3 potilashuonetta, joihin mahtuu 5 potilasta. Lisäksi on mahdollisuus ottaa käyttöön yksi lisäpaikka. Suihku ja wc on jokaisessa potilashuoneessa. Yksikössä on yksi esteetön yhteinen päivätila Neurologisen kuntoutusosaston kanssa sekä leveät esteettömät käytävät. Tilat on tarkoitettu sairaalakäyttöön. Yksikössä on selkeät opasteet liikkua tiloissa ja henkilökunta opastaa tarvittaessa. Yksikön lääkehuone on yhteinen Neurologisen kuntoutusosaston kanssa.

Esteettömyys on huomioitu ja apuvälineiden kanssa liikkuminen on sujuvaa, kynnyksiä ei ole ja oviaukot ovat riittävän väljiä. Yksikköön pääsee hissillä. Ulko-ovet avautuvat sähköisesti painikkeilla ja tunnisteella. Lääkehuoneeseen kulku on henkilökunnan kulunvalvonnalla. Kulunvalvonnalla varmistetaan, että yksikön luvanvaraiset tilat ovat vain niiden käyttöön valtuutettujen henkilöiden käytössä.

Potilashuoneissa on riittävä ja paikkakohtaisesti säädettävä valaistus. Äänieristys on huomioitu tilasuunnittelussa; potilashuoneissa ja toimistotiloissa toteutuu hyvä äänieristys. Hoitotiloissa ja potilashuoneissa hyödynnetään sermejä ja väliverhoja. Kahden hengen potilashuoneissa yksityisyydensuojan toteutuminen vaatii erityistä huomiota ja hoitotilanteissa tämä pyritään huomioimaan kattavasti.

Kiinteistössä on käytössä kulunvalvonta sekä yleisten tilojen ja kulkuväylien reaaliaikainen kameravalvonta. Tallentava kameravalvonta on lääkehuoneessa. Tiloissa on automaattiset paloilmoin ja sammutusjärjestelmät sekä murtosuojaajajärjestelmät. Järjestelmistä vastaa kiinteistön tekninen huolto. Kameravalvonnan asianmukaisuudesta vastaa hyvinvointialueen turvallisuuspäällikkö. Kameravalvonnasta tiedotetaan kiinteistön ulko-ovilla ja tallentavasta kameravalvonnasta tiedotetaan vielä erikseen asianmukaisella opasteella huoneen ovesta. Yhdessä Hengitysvajausyksikön potilashuoneessa on kameravalvonta, joka ei ole tallentava. Reaaliaikaista kameravalvontaa käytetään tilanteissa, joissa potilaan turvallinen hoito ei muuten toteutuisi. Näissä tilanteissa kameravalvontaa käytetään potilaan/omaisten suostumuksella ja asia kirjataan potilastietojärjestelmään. Kameravalvonnan kuva ohjautuu lukittavassa tilassa olevalle näytölle, josta sitä seuraa vain ne henkilöt, joilla on siihen hoitosuhteeseen kuuluva oikeus.

Yksikössä on käytössä WLAN-verkossa toimiva Vivago hoitajakutsujärjestelmä. Hoitajakutsut ja läsnäolot näkyvät kanslian seurantamonitoreissa, käytävän tauluilla, huoneiden ovien ulkopuolella valohälytyksenä ja jokaisella hoitajalla vuoron aikana käytössä olevassa puhelimesta. Jokainen asiakas ohjataan käyttämään hoitajakutsujärjestelmää tulotilanteessa, samalla testataan laitteen toiminta. Henkilökunta on saanut hoitajakutsujärjestelmään koulutuksen, johon sisältyy verkko-opinnot sekä käytännön harjoitukset vastualueen hoitajan opastamana. Koulutus uusitaan vuosittain ja tarvittaessa.

Tilojen hätäpoistumistiet on merkitty opasteilla ja merkkivaloilla. Kulkuväylät ja hätäpoistumisreitit pidetään vapaana. Yksikössä on turvavalistus sähkökatkotilanteita varten ja käytössä on varavoimaverkosto.

Kuntoutumiskeskuksen tiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja paloturvallisuusohje, jotka päivitetään vähintään 3 vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu yksikön

turvallisuusohjeisiin, saa perehdytystä tilojen turvallisuuteen liittyen ja osallistuu Kuukausittain/vuosittain toteutettaviin turvallisuuskävelyihin. Yleisten hälytyslaitteiden tarkastus tapahtuu kerran kuukaudessa kiinteistöhuollon yksikön tarkastamana.

Asiakas-, potilas- ja työturvallisuutta vaarantavista toimitiloihin liittyvistä tilanteista tehdään vikailmoitus Granlund Manager -huoltoilmoitusjärjestelmään ja/tai ilmoitus Laatuportti-järjestelmään, minkä lisäksi ryhdytään tarvittaviin korjaaviin toimenpiteisiin. Kiinteistöjen vaara- ja poikkeamatilanteita seurataan Laatuportti-järjestelmän sekä muun viestinnän kautta. Pääsääntöisesti kiinteistöön liittyviä vaaratilanteita raportoidaan Laatuportti-järjestelmässä vain vähän, sillä useimmat puutteet ja korjaustarpeet ilmoitetaan suoraan Granlund Manager -järjestelmään, jossa ne käsitellään. Ilmoitusten perusteella järjestetään korjaustoimenpiteet.

Kiinteistön pitkäjänteisestä ylläpidosta, toimintamalleista, resursseista ja suunnitelmista vastaa Siun soten Tilat ja tekniset palvelut. Kiinteistöjen vikailmoitukset ja työtilaukset tehdään Granlund Manager -järjestelmän kautta, ja sen käyttö perehdytetään työntekijöille. Yksiköstä voidaan myös olla suoraan yhteydessä kiinteistöhuoltoon puhelimitse virka-aikana ja tarvittaessa virka-ajan ulkopuolella, riippuen asian kiireellisyydestä ja vakavuudesta.

Toimitiloihin kuuluvien välineiden turvallisuus ja soveltuvuus varmistetaan organisaation hankintaohjeistuksen mukaisesti, ja riskialttiit välineet poistetaan käytöstä heti. Huolto toteutetaan valmistajien ohjeiden mukaan teknisten palveluiden tai sopimuskumppanien toimesta, ja huoltotarpeista ilmoitetaan sovittuun käytännön mukaisesti. Henkilöstölle järjestetään säännöllistä koulutusta toimitiloihin liittyvien välineiden turvalliseen käyttöön, ja uudet työntekijät perehdytetään osana yksikön perehdytysohjelmaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut	Perehdytys, säännölliset tarkistukset ja turvallisuuskierrot	• Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Tietosuoja laki (1050/2018) (linkki) • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Pelastuslaki (379/2011) (linkki) • Säteilylaki 859/2018 (linkki)

		• STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 • Läkelaki 395/1987 (linkki) • Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) (linkki) • EUn yleinen tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Pelastussuunnitelmat - linkit • Poistumisturvallisuus opas • Yksikön paloturvallisuusohje • Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri • Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Yksikössämme ei ole käytössä etä- ja digipalveluja.

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Terveydenhuollon laitteita ovat kaikki laitteet, tarvikkeet, instrumentit ja ohjelmistot, jotka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

Hengitysvajausyksikön päivittäisessä toiminnassa potilaan hoitoon, tutkimiseen ja voinnin seurantaan käytettäviä lääkinnällisiä laitteita ovat esimerkiksi verenpainemittarit, saturaatio- ja pulssimittarit, potilasvalvontamonitorit, hengityskoneet, happi- ja ilmapirtausmittarit ja hengitysteiden imulaite sekä verensokerimittarit. Lisäksi käytetään jäännösvirtsaskannaria, Ekg-laitetta, painon mittaukseen istuma- tai nosturivaakaa. Lääkehoidon toteuttamiseen käytetään tarvittaessa infuusioautomaatteja ja lääkepumppuja. Lisäksi käytössä on ravitsemuksen infuusiopumppuja ja elvytysvälineistöön kuuluva defibrillaattori. Liikkumisen apuvälineinä käytetään esimerkiksi pyörätuoleja, rollaattoreita ja tasofordeja sekä lattiatasonostureita ja seisomanojanosturia. Käytössä on myös sähköiset ja säädettävät potilasvuoteet.

Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Kaikkien lääkinnällisiä laitteita työssään käyttävien, laitteita asiakaskäyttöön luovuttavien sekä puhdistus-, huolto tai ylläpitotehtäviin osallistuvien tulee suorittaa laiteturvallisuuden verkkokurssi. Samoin jokaisen hoitohenkilökunnasta tulee suorittaa digitaaliset laitepassit Laatuportti-järjestelmässä. Laitepassien suoritukset tallentuvat Laatuportti-järjestelmässä olevaan Pätevyydet-osioon.

Yksikössä on käytössä laiterekisteri, jonka ylläpidosta vastaavat lääkintälaittehuolto sekä yksikön laitevastaavat. Lääkintälaittehuolto huolehtii laitteiden vuosihuolloista. Uudet laitteet tarkistetaan ja merkitään lääkintälaiterekisteriin ennen käyttöönottoa lääkintälaittehuollossa.

Lääkintälaitteet hankitaan sopimustoimittajilta, ja hankinnassa kiinnitetään huomiota käyttötarkoitukseen sekä helppokäyttöisyyteen. Lääkintälaitteen tulee olla helposti puhdistettava. Hankintojen kilpailutusvaiheessa huomioidaan, että tarjotut laitteet täyttävät kaikki sairaalaympäristössä käytettävien laitteiden laatuvaatimukset. Ennen laitteen käytön aloittamista henkilöstölle järjestetään laitetoimittajan antama käyttökoulutus ja henkilökunta on myös velvollinen tutustumaan laitteen mukana tuleviin ohjeisiin, jotta voidaan taata laitteen turvallinen käyttö. Lääkintälaitteiden käyttöohjeet löytyvät osastonhoitajan huoneesta. Tarvittaessa laitevastaavat perehdyttävät muut lääkintälaitteiden käyttöön.

Lääkintälaitteen rikkoutuessa tai vanhentuessa niin, ettei kyseiseen laitteeseen ole saatavilla enää varaosia, huolehditaan ettei laite aiheuta vaaraa tai sen rikkoutuminen ei tuota hoidon jatkuvuuteen käyttökatkoa. Vaaraa aiheuttavan laitteen käyttäminen lopetetaan välittömästi, laite siirretään sellaiseen paikkaan missä se ei voi aiheuttaa vaaraa ja merkitään selkeästi mikä laitteessa on vikana, milloin asia on huomattu, ja onko viallisesta laitteesta tehty huoltopyyntöä. Vanhentuneet laitteet poistetaan käytöstä ja uusitaan tarpeen mukaan.

Lääkintälaitteen rikkoutuessa tai vanhentuessa niin, ettei kyseiseen laitteeseen ole saatavilla enää varaosia, huolehditaan ettei laite aiheuta vaaraa tai sen rikkoutuminen ei tuota hoidon jatkuvuuteen käyttökatkoa. Vanhentuneet laitteet pyritään uusimaan tarpeen mukaan. Osalle lääkitäilaitteista on tehty omat ohjeensa, joita noudatetaan yleisesti Siun Sotessa. Säännölliset harjoittelut ovat osa lääkitäilaitteosaamisen ylläpitoa, kuten EKG-passin suorittaminen viiden vuoden välein tai simulaatioharjoitus sydäniskurin käyttämisestä.

Laitteen toimintahäiriötilanteessa, laite lähetetään lääkitäilaittehuoltoon tarkistettavaksi ja huollettavaksi. Työpyynnön ja laitteen lähetyksen huolehtii se henkilö, joka on huomannut laitteessa olevan toimintahäiriön. Jokainen lääkitäilaitteen käyttäjä on velvollinen tarkastamaan laitteen käyttökunnon laitetta käyttäessään. Joidenkin laitteiden, esim. verensokerimittari, toimintakunto tarkistetaan säännöllisillä tarkistusmittauksilla. Tarkistuksen tulos kirjataan seurantaakavakkeelle. Kriittisissä lääkitäilaitteissa on sähkökatkojen varalta akku. Tällaisia laitteita Hengitysvajausyksikössä ovat mm. hengityskoneet, Ekg-laite ja infuusioautomaatit.

Laitteiden aiheuttamia vaaratilanneilmoituksia seurataan Laatuportti-järjestelmän kautta kuukausi- ja vuositasolla. Myös kuntoutujat sekä omaiset ohjataan tekemään Laatuporttiin potilasturvallisuusilmoitus, jos he huomaavat vaaran laitteiden käytön yhteydessä.

Osalle lääkitäilaitteista on tehty omat ohjeensa, joita noudatetaan yleisesti Siun Sotessa. Säännölliset harjoittelut ovat osa lääkitäilaitteosaamisen ylläpitoa, kuten EKG-passin suorittaminen viiden vuoden välein tai simulaatioharjoitus sydäniskurin käyttämisestä.

Apuvälineisiin liittyen henkilökunta sekä kuntoutujat saavat perehdytyksen osaston fysioterapeutilta. Potilaille ja heidän omaisilleen annetaan selkeät toimintaohjeet terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvalliseen käyttöön sekä mahdollisiin vaara- ja poikkeamatilanteisiin. Ohjeistus tapahtuu suullisesti, kirjallisesti sekä tarpeen mukaan käytännön opastuksena.

Apuvälineiden kohdalla ongelmia kohdatessaan asiakas tai omainen saa toimintaohjeet virka-aikana apuvälineyksiköstä. Virka-ajan ulkopuolella neuvoja voi saada soittamalla päivystysapuun 116117. Kotiin annettavien lääkitäilaitteiden, kuten hengityskoneen, häiriötilanteessa potilaat voivat olla yhteydessä Siun soten tekniseen päivystäjään. Näiden laitteiden osalta potilaita ja tarvittaessa heidän omaisiaan on ohjeistettu varautumaan mahdollisiin sähkökatkoihin, jos sähkökatko aiheuttaa turvallisuusriskin ja vaarantaa potilaan hoidon jatkuvuuden. Jos sähkökatko vaikuttaa pitkittyvän ja laitteen käyttö on välttämätöntä hoidon kannalta,

ohjeistetaan ottamaan yhteys hoitavaan yksikköön tai sen kiinni ollessa päivystysapuun 116117. Henkeä uhkaavissa tilanteissa ohjataan soittamaan 112.

Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet ilmoitetaan Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Ilmoitus tehdään viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa. Yksikön osastonhoitaja ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan Laatuportin kautta.

Lääkintälaitteisiin ja tarvikkeisiin liittyviä ilmoituksia ja kehittämistoimenpiteitä seurataan Laatuportti-järjestelmän kautta sekä säännöllisissä yksikköpalaverissa. Käyttöturvallisuuteen liittyvät havainnot käsitellään ja tarvittavat toimenpiteet toteutetaan viipymättä. Vaaratilanneilmoitusten perusteella arvioidaan myös sitä, millaisia lääkitäilaitteisiin liittyviä osaamisen kehittämisen tarpeita yksikössä ilmenee.

Hengitysvajausyksikössä ei ole lääkinnällisten laitteiden omavalmistusta.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet	Perehdytys, laitepassi, laitteen käyttökoulutus	- EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) (linkki) Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) (linkki) Säteilylaki (859/2018) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje

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

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Hengitysvajausyksikön ja Neurologisen kuntoutusosaston yhteinen lääkehoitosuunnitelma on laadittu Siun soten lääkehoitosuunnitelman pohjalle, joka pohjautuu STM:n turvallinen lääkehoito-oppaaseen. Yksikön lääkehoito pohjautuu laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan ja sitä päivitetään tarvittaessa, vähintään vuosittain ja aina säädösten, yksikön toiminnan ja olosuhteiden muuttuessa. Päivityksestä vastaa osastonhoitaja yhteistyössä yksikön lääkevastaavien ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Laatuportti-järjestelmään tehtävien Patu-ilmoitusten avulla seurataan lääkehoidon laadullista toteutumista.

Yksikössä voidaan antaa lääkkeitä suun kautta, suonensisäisesti, ihonalaisesti/-sisäisesti, lihakseen, silmään, iholle, inhalaatioina, lääkeannostelijan ja PEG-ravinnonsiirtoletkun kautta. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu yksikön perehdytysohjelmaan ja jokaisen hoitajan velvollisuuksiin. Uudet hoitajat ja opiskelijat perehtyvät lääkehoidon toteutukseen kokeneen hoitajan ohjaamana. Lääkehoidon perehdytyksestä täytetään perehdytyslomake. Lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.

Lääkehoitosuunnitelman hyväksyy keskuksen ylilääkäri. Vuosittain tehdään lääkehuoneiden tarkistus lääkevastaavan ja sairaala-apteekin edustajan toimesta. Osastonhoitaja ja lääkevastaavat vastaavat valvonnasta ja ohjeistuksista yhteistyössä. Osastonhoitaja, lääkehoitovastaavat ja sairaanhoitajat vastaavat perehdytyksestä, ja sairaala-apteekin ohjeistuksen välittämisestä henkilökunnalle.

Hoitohenkilöstön lääkehoidon osaaminen varmistetaan Siun soten ohjeistuksen mukaisesti. Henkilökunta suorittaa LOVE-lääkeopintoja - 5-vuoden välein tai tarvittaessa - saadakseen luvan huolehtia kuntoutujien lääkehoidosta. Lupien saamiseksi annetaan myös asianmukaiset näytöt yksikössä. Yksikön sairaanhoitajat ja lähihoitajat suorittavat pakollisina lupina LOP, PKV ja N-luvat, sairaanhoitajat lisäksi IV-luvan. Näiden lisäksi sairaanhoitajien on suositeltavaa suorittaa ABO ja erityisantoreitit/lääkeannostelija-luvat, lähihoitajia suositellaan myös suorittamaan lähihoitajan erityisantoreitit/lääkeannostelija-luvat. Hoitohenkilökuntaa suositellaan suorittamaan myös muita lääkehoidon erityispiirteitä käsitteleviä verkkokursseja, kuten esimerkiksi Kivun lääkehoidon perusteet ja läikkäiden lääkehoito. Sairaanhoitajaopiskelijat suorittavat lääkehoidonluvat suoritettujen opintopisteiden tai aiemmin suoritettujen lähihoitajatutkinnon mukaisesti.

Yksikön lääkäri on päävastuussa osastolla olevien potilaiden lääkityksestä ja sen oikeellisuudesta, sekä Mediatri-potilastietojärjestelmässä olevista lääkelistoista. Tulovaiheessa hoitajat tarkistavat potilaan lääkelistan oikeellisuuden. Hoitajat huolehtivat lääkehoidon toteutuksesta lääkemääräysten mukaisesti. Lääkeluvat omaava hoitaja jakaa kerran päivässä seuraavan vuorokauden lääkkeet päivädosetteihin yksikön potilaille. Lääkehoidossa on käytössä kaksoistarkastus. Jokainen hoitaja vastaa tekemästään lääkehoidosta. Lääkeluvaton hoitaja ei osallistu lääkehoitoon, vaan lääkeluvallinen hoitaja ottaa vastuun lääkeluvattoman hoitajan potilaiden lääkehoidosta. Lääkehoidon toteutus kirjataan potilastietojärjestelmä - Mediatriin asianmukaisesti. Hengitysvajausyksikön lääkkeet tilataan sairaala-apteekista ajantasaisen tarpeen mukaan samassa tilauksessa Neurologisen kuntoutusosaston lääkkeiden kanssa.

Yksikössä ei vielä ole toteutettu sairaala-apteekin kanssa yhteistyössä tehtävää Laatuportti-järjestelmän lääkehoidon ja -huollon omavalvontaa.

Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa informoidaan potilasta tai hänen omaistaan mahdollisimman pian. Ensijaisesti ilmoituksen potilaalle tai hänen omaisilleen tekee hänen hoidostaan vastaava lääkäri. Potilasta hoidetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti ja ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai hoitoon. Lääkäri tekee merkinnän lääkepoikkeamasta potilasasiakirjoihin. Potilaalle ja tarvittaessa hänen omaisilleen annetaan tarvittavat toimintaohjeet kotihoitoon lääkehoitoon liittyvien vaara- ja

poikkeamatilanteiden vuoksi. Lääkehoitoon liittyvästä vaara- tai poikkeamatapahtumasta tehdään myös asiakas/potilasturvallisuusilmoitus Laatuportin vaaratilanneilmoitusjärjestelmään (PaTu) ja ilmoitus käsitellään sovitun käytännön mukaisesti

Hengitysvajausyksikön ja Neurologisen kuntoutusosaston yhteisessä lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan yksikön lääkehoitoon liittyvät riskitilanteet yksityiskohtaisesti. Potilaalla on mahdollisuus ilmoittaa kokemistaan lääkehoitoon liittyvistä vaaratilanteista hoitoa antaneelle organisaatiolle myös anonymisti Laatuportin kautta Siun soten toimintamallin mukaisesti. Potilas voi tehdä kirjallisen (tai erityisestä syystä suullisen) muistutuksen hoitoyksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Potilas voi myös tehdä Suomessa tapahtuneista lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista, joista on aiheutunut hänelle henkilövahinkoa, korvauspyynnön Potilovahinkovakuutuskeskukseen. Lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta voi myös hakea korvausta. Lisätietoa korvauksen hakemisesta on Lääkevahinkovakuutuksen sivuilla. Tarvittaessa potilasta tai omaista ohjataan ottamaan yhteyttä potilasasiamieheen.

Henkilöstö on ohjeistettu toimimaan lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa yksikön lääkehoitosuunnitelman ja hyvinvointialueen ohjeistusten mukaisesti. Kaikki lääkehoitoon liittyvät poikkeamat kirjataan Laatuportti-järjestelmään, ja tilanteet käsitellään moniammatillisesti, jotta voidaan tunnistaa juurisyyt ja ehkäistä vastaavia tapahtumia tulevaisuudessa.

Lääkehoidon turvallisuutta kehitetään analysoimalla vaaratilanneilmoituksia ja toteuttamalla tarvittavia toimenpiteitä, kuten lisäkoulutuksia, ohjeistuksen päivityksiä tai työprosessien tarkennuksia. Kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuutta seurataan säännöllisissä yksikköpalavereissa sekä sisäisissä auditoinneissa.

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on päivitetty: 31.3.2025

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä, kuntoutumiskeskuksen yhteinen

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Mirjam Lyhykäinen,
mirjam.lyhykainen@siunsote.fi, 0503108791

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Jaana Korhonen,
jaana.korhonen@siunsote.fi, 013 330 9927

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

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

Lääkehoidon turvallisuus		• Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Lääkelaki (395/1987) (linkki) • Lääkeasetus (693/1987) (linkki) • Huumausainelaki (373/2008) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Asiakkaan/potilaan käytössä olevan lääkityksen tarkastaminen	Yksikön lääkehoito-suunnitelma Lääkehoidon perehdytys Viestintä	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje -työohje (linkki, sisäinen)

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Hengitysvajausyksikössä noudatetaan organisaation Infektioiden torjuntayksikön toimintaohjeita aseptiikkaan ja eristyskäytäntöihin liittyen, sekä hyödynnetään infektiorajuntayksikön asiantuntijoiden osaamista. Organisaation infektioiden torjuntayksikkö ohjeistaa yksiköitä, tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet, joita noudattamalla infektioiden sekä tarttuvien sairauksien leviämistä yksikössä ehkäistään. Infektio- ja työohjeet ovat henkilöstön löydettävissä intrasta. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, miten infektio-tilanteissa toimitaan. Jokainen henkilökunnan jäsen on omalta osaltaan vastuussa, että infektioiden torjunta toteutuu osastolla ohjeiden mukaisesti ja tarvittaessa ohjaavat potilaat sekä heidän omaisensa, kuinka toimia. Henkilökuntaa koulutetaan infektiorajuntayksikön sisäisten koulutusten sekä verkkokoulutuksien kautta. Verkkokoulutukseen kuuluu mm. Infektioiden torjunta, tavanomaiset varatimet infektioiden torjunnassa. Mikäli havaitaan epäkohtia hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä, aloitetaan tarpeelliset toimenpiteet kuten henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen. Tartuntatautilain § 48 mukaan henkilöillä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautien vakaville seuraamuksille alttiita potilaita, tulee olla voimassa tarvittava rokotussuoja voimassa. Henkilöstön influenssarokotuskattavuutta seurataan yksikössä rokotuskattavuusraportin avulla. Siun soten Työterveyshuolto huolehtii, että henkilöstöllä on ajantasainen rokotussuoja. Hoitoon liittyviä infektioita seurataan yksikössä Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmän (SAI) avulla, jotka käsitellään yksikön henkilöstön kanssa. Yksikön tyypillisimpiä infektioita ovat virtsatieinfektio ja keuhkokuume.

Yksikön käsihygienian toteutumista seurataan säännöllisellä seurannalla ja käsihuuhdesaatavuuden arviointi on tehty Laatuportti-järjestelmässä. Mikäli infektioiden torjunnassa havaitaan puutteita, ryhdytään välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin, kuten lisäkoulutuksiin ja perehdytyksen tehostamiseen.

Hengitysvajausyksikölle ei ole tehty omaa Infektioiden torjunnan omavalvontaa Laatuportti-järjestelmän lomakkeen avulla, sillä yksikkö on käsitelty Neurologisen kuntoutusosaston kanssa samalla lomakkeella. Epidemiatilanteessa toimitaan ennalta laadittujen ohjeiden mukaisesti ja tarvittaessa tehdään lisätoimenpiteitä infektio-tilanteen hallitsemiseksi.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Potilasvaatteet tulevat hengitysvajausyksikköön pesulasta. Potilaspyykki ja henkilökunnan työvaatetus toimitetaan kuntoutumiskeskukselle ma-pe arkipäivisin Sakupen toimesta. Puhtaanapitopalvelut toimittaa Polkka oy puitesopimuksen mukaisesti. Sopimus määrittelee siivouksen tiheyden sekä tason. Esimerkiksi potilashuoneet siivotaan päivittäin. Siivousohjeet tulevat infektioiden torjuntayksikön kautta, jotka määrittelevät millä tasolla missäkin tilanteessa siivotaan, kuten eristyksen jälkeen. Jokaisella työntekijällä on vastuu eritetahran huomattessaan pyykkiä eritetahra pois. Suolistoinfektiossa tai muussa herkästi tarttuvassa infektiassa tai syyhy-/täitartunnan ollessa kyseessä pyykki pakataan aina tartuntavaaralliseen liukenevaan keltaiseen muoviseen pyykkipussiin, joka laitetaan keltaiseen kangaspussiin. Näin ehkäistään infektion leviäminen. Tartuntavaarallista jätettä ei osastolla synny vaan jätteet kerätään huonekohtaisesti ja toimitetaan jätekuiluun.

Yksikön hygieniatasoa seurataan säännöllisesti mittauksilla ja näytteillä. Mikäli puutteita havaitaan, arvioidaan siivouksen toteutuminen ohjeistuksen mukaisesti. Tarvittaessa siivousohjeistusta päivitetään ja varmistetaan sen riittävä taso.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Infektioiden torjunta Puutteellinen infektioiden torjuntaohjeiden noudattaminen		Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) - Tartuntatautilaki (1227/2016) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa

		- Lukuisat infektio- ja torjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) (linkki) Jäteohje 2023 (linkki)
--	--	---

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Hengitysvajausyksikössä noudatetaan yksikön omia työ- ja potilasohjeita sekä suunnitelmia, kuten lääkahoitosuunnitelmaa. Ohjeet ovat saatavilla osaston sisäisessä Teams-ryhmässä. Lisäksi yksikkö hyödyntää Siun soten yleisiä sekä muiden yksiköiden laatimia työ- ja potilasohjeita.

Jatkossa hengitysvajausyksikön työohjeet sijoitetaan Siun soten Intran sivuille kuntoutumiskeskuksen alle. Intraan tallennetuilla ohjeilla on määräaikainen voimassaoloaika, ja ne päivitetään säännöllisesti ajan tasalle. Ohjeiden laadintaan ja päivitykseen osallistuvat yksikön työntekijät ja lääkärit, ja ne tarkistaa sekä hyväksyy Yleislääketieteen ja neurologisen keskuksen ylilääkäri. Kaikki yksikössä käytettävät ohjeistukset perustuvat hyviin hoitokäytäntöihin, näyttöön ja tutkittuun tietoon.

Ohjeiden ja suunnitelmien laatimisessa kuullaan asiakkaita ja potilaita esimerkiksi palautekyselyiden ja haastatteluiden kautta. Potilasohjeiden ymmärrettävyys varmistetaan selkokielen käytöllä ja asiakkaiden kanssa käydyillä keskusteluilla. Ohjeiden ja suunnitelmien hallinnointia seurataan säännöllisillä päivityskierroksilla, joiden vastuuhenkilöt on nimetty. Mikäli havaitaan puutteita hallinnoinnissa, vastuut ja toimintamallit tarkennetaan, ja tarvittaessa resursseja kohdennetaan uudelleen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ohjeet ja suunnitelmat	Perehdytys	Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

		• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma • Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas (linkki, sisäinen verkko) • Videokirjaston sisällöntuottajan opas linkki, sisäinen verkko)
Tulostetut työohjeet	Toimintamallit Työohjeet	• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Hengitysvajausyksikkö kehittää valmiuksiaan asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi toimimalla yhteistyössä muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Hengitysvajausyksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita, jotka löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista. Ohjeita käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Työntekijät suorittavat organisaation pakolliset Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Yhteistyötä tehdään tarvittaessa myös organisaation ulkopuolisten tahojen, esimerkiksi Aluehallintovirasto (AVI) ja Fimean kanssa.

Yhteistyön toteutumista seurataan raporttien ja palautekeskustelujen avulla. Lisäksi yhteistyötä arvioidaan turvallisuusharjoitusten ja poikkeamatilanteiden analyysien kautta. Mikäli havaitaan puutteita yhteistyössä, käynnistetään toimenpiteitä, kuten tiiviimpi tiedonvaihto, lisäkoulutukset tai yhteisten toimintamallien tarkentaminen. Tarvittaessa yhteistyötahoihin ollaan suoraan yhteydessä yhteistyön kehittämiseksi.

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

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

Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	Säännölliset palotarkastukset Paloturvallisuus-koulutukset	• Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) • Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §. (linkki)
Yhteistyötahoista tietämättömyys	Perehdytys	• Yksikön perehdytysohjelma • Yksikön omavalvontasuunnitelma

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Hengitysvajausyksikössä noudatetaan organisaation valmiussuunnitelmia, ja henkilökunta osallistuu säännöllisesti organisaation järjestämiin harjoituksiin sekä perehtyy yksikön toimintaohjeisiin. Kuntoutumiskeskuksen valmiussuunnitelma on päivitetty viimeksi vuonna 2024, ja sen päivityksestä vastaavat Kuntoutumiskeskuksen palvelupäällikkö ja ylihoitaja yhteistyössä yksiköiden esihenkilöiden kanssa.

Hengitysvajausyksikölle on laadittu oma poistumisturvallisuusselvitys ja paloturvallisuusohje, jotka päivitetään kolmen vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Viimeisin poistumisturvallisuusselvitys on päivitetty vuonna 2023. Sen päivityksestä vastaavat yksikön esihenkilöt ja turvallisuusvastaavat. Turvallisuusohjeet ovat saatavilla yksikön turvallisuuskansiossa, jota turvallisuusvastaavat päivittävät säännöllisesti.

Kuntoutumiskeskuksen pelastussuunnitelma sekä organisaation poikkeusolojen häiriö- ja turvallisuussuunnitelmat löytyvät Siun soten Intrasta. Pelastussuunnitelma on päivitetty viimeksi vuonna 2024, ja sen laadintaan osallistuvat palvelupäällikkö, ylihoitaja sekä yksiköiden esihenkilöt. Varautumissuunnittelua käsitellään yksikössä säännöllisesti vuosittain ja tarpeen mukaan.

Henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuusohjeisiin, ja he osallistuvat vähintään kerran vuodessa turvallisuuskävelyihin. Perehdytyksestä vastaavat esihenkilöt yhteistyössä turvallisuusvastaavien kanssa. Henkilöstön valmiuksia häiriö- ja poikkeustilanteisiin kehitetään organisaation järjestämällä koulutuksilla, kuten viiden vuoden välein suoritettavalla *Paloturvallisuutta taidolla* -verkkokurssilla sekä säännöllisillä alkusammutus- ja evakuoitiharjoituksilla.

Suuronnettomuussuunnitelma on nähtävillä Siun soten intrassa, ja jokaiselle Kuntoutumiskeskuksen yksikölle on laadittu SURO-toimintakortit, jotka ohjaavat esihenkilöitä ja vuorovastaavia toimimaan sovittujen toimintamallien mukaisesti suuronnettomuustilanteessa.

Sähkökatkoihin varautumista on Kuntoutumiskeskuksesta arvioitu sähkökatkharjoituksella vuonna 2020, jolloin on tarkistettu kriittisten laitteiden toimivuus varavirtajärjestelmän avulla. Varavoiman toiminta tarkistetaan Kuntoutumiskeskuksesta säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Suunnitelmat päivitetään säännöllisesti	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § (linkki) Valmiuslaki (1552/2011) 12 § (linkki) Pelastuslaki (379/2011) 15 § (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinnälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveysthuojelu

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

Mahdollisia tilojen terveellisyteen vaikuttavia tekijöitä tunnistetaan ja kirjataan vuosittaisen työpaikkaselvityksen riskienarvioinnin yhteydessä, jossa myös suunnitellaan tarvittavia toimenpiteitä riskien pienentämiseksi ja hallitsemiseksi. Havaintoja tulee esiin myös henkilöstön, kuntoutujien tai omaisten antamista palautteista. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, ja riskeistä tiedotetaan asianmukaisesti organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto).

Havaituista turvallisuuspoikkeamista tulee ilmoittaa yksikön osastonhoitajalle sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, mikäli poikkeama vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta tai työturvallisuutta. Osastonhoitaja vastaa ilmoitusten käsittelystä ja korjaustoimenpiteiden eteenpäin viemisestä. Kemikaalien

turvalliseen käyttöön liittyen yksikössä käytettävät kemikaalit on tunnistettu ja niiden käytössä noudatetaan turvallisia toimintatapoja, jotka huomioidaan perehdytyksessä. Kemikaaliluettelo on henkilökunnan nähtävillä.

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

Yksikössä käyttäjät eivät varsinaisesti seuraa käyttöveden laatua, vaan käyttäjän rooli on puuttua havaittuihin epäkohtiin veden laadussa. Tällöin veden laadussa havaitut poikkeamat ilmoitetaan tekniseen yksikköön. Heidän vastuullaan on tarvittaessa keskeyttää veden käyttö yksiköissä. Varsinaisen veden laadun arvioinnin toteuttaa veden jakelusta vastaava toimija, Joensuun Vesi.

Terveysthaittoja seurataan osana omavalvontaa, sillä terveydensuojelulain mukaan toiminnasta vastaavan tulee tunnistaa toimintaan liittyvät terveyshaittaa aiheuttavat riskit, seurattava niihin vaikuttavia tekijöitä ja ehkäistävä terveyshaittojen syntyminen. Mahdollisten epidemiaepäilyjen (esim. talousveden tai elintarvikkeiden aiheuttamat epidemiat) sekä muiden häiriötilanteiden käsittely ja selvitystyö käynnistetään heti niiden tultua ilmi. Siun soten alueella epidemioita seurataan yhteistyössä infektioiden torjuntayksikön kanssa, joka seuraa tartuntatautien esiintyvyyttä hyvinvointialueella. Seurannan avulla voidaan tunnistaa poikkeukselliset tapausmäärät.

Terveystensuojeluun liittyvistä riskeistä sekä vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus myös Siun soten ympäristöterveydenhuollon yksikköön Laatuportti-järjestelmän kautta.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Terveydensuojelu	Jokaisen velvollisuus pitää työympäristö turvallisena. Havaituista poikkeamista tiedotetaan osastonhoitajaa	Terveydensuojelulaki (763/1994) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje

		• Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri
--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilas tunnistetaan hengitysvajausyksikössä organisaation tunnistusohjeen mukaisesti. Hoitohenkilökunta varmistaa, että yksikköön siirtyvällä potilaalla on tunnistusranneke. Potilaan tunnistaminen sisältyy osaston perehdytysohjelmaan. Työntekijöiden osaamista varmistetaan velvoittamalla työntekijät suorittamaan Asiakkaan ja potilaan tunnistaminen – verkkokurssin. Kotiutustilanteessa kotiuttava henkilö poistaa tunnisterannekkeen kuntoutujalta ja se hävitetään tietosuojajätteenä. Jokainen työntekijä on itse vastuullinen varmistamaan jokaisessa hoidon vaiheessa, että kyseessä on oikea potilas/asiakas. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet. Jos on uhka, ettei asiakkaiden/potilaiden tunnistaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle kertauskoulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	Perehdytys	• Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

		• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa • Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö • Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje
--	--	--

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Hengitysvajausyksikön hoitohenkilökunta suorittaa vuosittain hätätilapotilaan tunnistaminen taso 3 ja elvytyskoulutuskokonaisuuden, johon sisältyy simulaatioharjoituksia. Koulutuksen aikana käydään läpi NEWS-mittarin (National Early Warning Score) käyttäminen. Pisteytys antaa arvion potilaan riskiluokasta ja sen hetkisestä tilasta. Jokaiselle riskiluokalle on määriteltä omat toimintaohjeet ja elintoimintojen seuranta. Hoitohenkilökunta koulutetaan reagoimaan mittauksista saatuun tietoon sekä toimimaan ohjeistuksen mukaisesti. Virka-aikana henkilökunta konsultoi osaston lääkäriä, virka-ajan ulkopuolella keskussairaalan fast-track lääkäriä ja tarvittaessa hätätilapotilaan hoitoon hälytetään lisäapua pelastuslaitokselta (PELA) hätänumerosta 112 kaikkina vuorokaudenaikoina. Lääkäreiden puhelinnumerot ovat löydettävissä hoitajien kansliasta. Yksikössä on useita elvytyskouluttajakoulutuksen saaneita työntekijöitä, ja yksikön sisäisiä elvytyskoulutuksia järjestetään vuosittain. Yksikössä seurataan hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistamisen toteutumista sisäisellä auditoinnilla, ja esimerkiksi seuraamalla koulutuksiin osallistumista. Jos on uhka, ettei hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, tehostetaan koulutusta.
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen	Vuosittaiset koulutukset	• Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

		• Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Linkit saatavilla sisäisessä verkossa • MET-kriteerit (maakunta) • MET-kriteerit (keskussairaala) • Hätätilapotilaan seurantakaavake • Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot
--	--	---

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Hengitysvajausyksikön keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat erilaiset terapeutit, sosiaalityöntekijät, apuvälinepalvelut, laboratoriopalvelut, kuvantamispalvelut, erikoissairaanhoidon palvelut, laitoshuollon palvelujen tuottajat sekä erilaiset kuljetus-, palo- ja pelastuspalvelut. Jokainen hoitoon osallistuva taho kirjaa osaltaan asianmukaisesti, huolellisesti ja ajantasaisesti potilastietojärjestelmään, jonka välityksellä tietoa välitetään esimerkiksi kirjauksilla, hoitomääräyksillä ja työviesteillä. Lisäksi käytössä on suullinen raportointi sekä moniammatilliset palaverit. Suullisessa raportoinnissa käytetään hyödyksi ISBAR- menetelmää suullisen tiedonkulun varmistamiseksi. Hoitohenkilökunnan osaamista varmistetaan ISBAR – suullisen tiedonkulun varmistaminen – verkkokurssin suorittamisvelvoitteella. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Lisäksi tietoa välitetään potilaan luvalla omaisille/läheisille suullisesti. Monialaisen yhteistyön käytännöt sekä yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä, ja osaaminen kehittyy jatkuvasti työkokemuksen myötä.

Yksikössä hyödynnetään Siun soten tilannekeskustoimintaa tarvittaessa työntekijä resurssoinnissa virka-ajan ulkopuolella, kun yksikön omat esihenkilöt eivät ole paikalla. Mikäli yksikössä herää huoli potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta (esim. huoli-ilmoitus), ollaan yhteydessä kuntoutumiskeskuksen omaan sosiaaliohjaajaan. Yksikössä seurataan monialaisen yhteistyön ja tiedonvälityksen toteutumista moniammatillisten palaverien sujumista seuraamalla sekä keräämällä työryhmältä palautetta. Jos on uhka, ettei monialaisen yhteistyö ja tiedonvälitys toteudu yksikössä suunnitellusti, ryhdytään tarvittaviin kehittämistoimenpiteisiin moniammatillisesti ja –alaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys	Perehdytys Koulutus	• Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) • Laki hyvinvointialueesta (611/2021) (linkki) • Terveystenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Sosiaali- ja terveysministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa • Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus • Yhteisasiakasohjaus -työohje(linkki) • ISBAR taskukortti(linkki) • ISBAR vastaanottolomake(linkki)

10.4 Kivunhoito

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

Hengitysvajausyksikön potilaiden kivunhoito huomioidaan osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kivuista kysytään tai niitä arvioidaan muulla tavoin potilaan tilan mukaan jokaisessa vuorossa. Yksilöllisesti valittavaa kipumittaria voidaan käyttää apuna kivun ja kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Toistettavuuden ja selkeyden vuoksi Siun Sotessa suositellaan käytettäväksi Kasvoasteikkoa, Numeroasteikkoa tai PAINAD –asteikkoa. Mittarin tulokseen reagoidaan asianmukaisesti, ja kivunhoidosta konsultoidaan tarpeen mukaan lääkäreitä. Kivunhoidossa on käytössä sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät hoitomenetelmät. Kivunhoitoa ja

hoidon vaikutuksia seurataan ja ne kirjataan potilastietojärjestelmään. Henkilöstö suorittaa Kivun lääkehoito - verkkokurssin, jolla varmistetaan henkilöstön kivunhoidon osaamista. Kivunhoidon toteutumisen onnistumista seurataan sisäisellä auditoinnilla. Jos on uhka, ettei kivunhoito toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle kertauskoulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kivunhoito	Koulutus Perehdytys	• Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Kivun hoidon ohjeistus (linkki, sisäinen verkko) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Hengitysvajausyksikössä on olemassa kaatumisen ehkäisemiseksi useita ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tehokas kaatumisen ehkäisy sisältää kaatumisvaaran arvioinnin, henkilökohtaisen kaatumisvaaran ehkäisyn suunnitelman sekä sen systemaattisen toteuttamisen yleisten kaatumisenehkäisykeinojen lisäksi. Kaatumisia/putoamisia pyritään ehkäisemään myös huomioimalla potilaiden mahdollisesti vaihtelevakin toimintakyky hoitotyössä ja kuntoutuksessa, ja avustamalla potilasta tarvittaessa kahden ammattilaisen toimesta esimerkiksi siirtotilanteissa. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-mittarin avulla. Mittari auttaa tunnistamaan henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään, sekä SEPA-taululle. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään potilaan riskitietoihin. Uusille potilaille kaatumisvaaran arviointi tehdään tulovaiheessa, ja mittari päivitetään tarpeen mukaan. PAKI-odottajille mittari päivitetään kuukausittain ja aina tilanteen muuttuessa. Myös RAI-arvioinnissa arvioidaan henkilön kaatumisvaaraa. Mittarin käyttöä seurataan sisäisellä auditoinnilla. Kaatumisen/putoamisen yhteydessä ryhdytään toimenpiteisiin uusien kaatumisien/putoamisien ehkäisemiseksi esimerkiksi turvallisen, esteettömän ympäristön järjestämisellä ja varmistamalla, että potilaalla on asianmukaiset jalkineet sekä liikkumisen apuvälineet käytössään.

Mahdolliset kaatumiset ja putoamiset kirjataan Haattatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään (Mediatri) sekä niistä tehdään haattatapahtumakirjaus Laatuporttiin. Mahdollisia Läheltä piti -tilanteita ei kirjata Mediatriin, niistä tehdään Vaaratilanneilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Mahdolliset Läheltä piti -tilanteet ja haattatapahtumat käsitellään yksikössä ja toimintaa kehitetään vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Haattatapahtuman ja vaaratilanneilmoituksen kirjaamisesta käytössä on organisaation yleiset ohjeet ja verkkokoulutukset kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi. Jokainen työntekijä suorittaa Katumisen ehkäisy verkko-opinnot Oppiportissa. Osastolla käytössä olevaan Vivago-potilaskutsujärjestelmän aktiivisuus seurataa ja siihen liittyviä hälytyksiä voi hyödyntää kaatumisen ehkäisyssä säätämällä hälytysrajaa kaatumisvaarassa olevien potilaiden kohdalla. Kaatumisten/putoamisten määrää seurataan sisäisellä auditoinnilla ja haattatapahtuma-kirjauksista. Henkilöstö perehdytetään kirjaamiskäytäntöihin perehdytyksen yhteydessä, sekä kertaamalla ohjeita osastokokouksissa. Asiakas- ja potilasohjaus toteutetaan muun hoitotyön yhteydessä. Jos on uhka, ettei kaatumisten/putoamisten ehkäisy toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle kertauskoulutusta.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisen ehkäisy yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy	Perehdytys	Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/)(linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Kaatumisen ehkäisy asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet

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

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Monilla hengitysvajausyksikön potilailla on kohonnut vajaaravitsemuksen riski. Potilaiden vajaaravitsemustilaa pyritään ennaltaehkäisemään tarkkailemalla ja arvioimalla ravitsemustilaa kuntoutuksen aikana. Vajaaravitsemuksen arvioinnissa hyödynnetään esimerkiksi NRS2002-mittaria ja painon seuranta. Mittarin käytöstä on sovittu yksikkökohtaiset periaatteet, ja sen käyttö kirjataan organisaation ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmä Mediatriin, jonne kirjataan myös muu vajaaravitsemuksen ehkäisy hoito. Mittareiden käyttöä seurataan sisäisellä auditoinnilla. Mahdollinen vajaaravitseminen huomioidaan potilaiden ateriatilauksissa, ja potilaita avustetaan ruokailussa, mikäli he eivät siihen itse pysty. Ravitsemuksen tukena käytetään tarvittaessa ravintolisiä sekä ravitsemusterapiaa. Asiakas- ja potilasohjaus toteutetaan muun hoitotyön yhteydessä. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Jos on uhka, ettei vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle kertauskoulutusta.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	Perehdytys	• Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Ravitsemushoidon opas(linkki, sisäinen verkko) • Ravitsemushoitosuunnitelma

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Hengitysvajausyksikön potilailla voi olla vajausta esimerkiksi liikuntakyvyssä ja tuntoaistissa, joka aiheuttaa riskin painehaavojen syntymiselle. Yksikössä tunnistetaan kohonneen painehaavariskin potilaat, ja riskin arvioinnissa hyödynnetään Braden- mittaria, joka täytetään jokaisen kuntoutujan kohdalla heti tulovaiheessa, ja sitä päivitetään hoitajakson aikana viikoittain. Mittarin käyttöä seurataan sisäisellä auditoinnilla. Mittarin käyttöön perehdytetään osaston muun perehdytyksen yhteydessä. Mittarin käyttö kirjataan erillisen kirjaamisohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmä Mediatriin. Mahdolliset painehaavat kirjataan erillisen ohjeen mukaan Haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään sekä tehdään vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin. Ihon kuntoa seurataan päivittäisen hoitotyön yhteydessä, ja organisaation sisäisellä painehaavaprevalenssilla kuukausittain. Painehaavariskiä ja mahdollisia painehaavojen esiintymistä seurataan käytännön työn lisäksi Vaaratilanneilmoitusten perusteella. Havaintojen perusteella toimintaa pyritään kehittämään ja riskiä pienentämään hoitotyön keinoin ja erilaisin painetta vähentävien apuvälineiden avulla. Yksikössä on painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytössä apuvälineitä kuten painetta keventäviä patjoja, pehmusteita, tyynyjä ja istuinpehmusteita. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä huomioidaan myös potilaan asentohoito, hyvä ravitsemus ja hyvä henkilökohtainen hygienia. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja toimintaohjeiden sekä käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Yksikössä nimettyjä painehaava- sekä paineilmapatjavastaavia, jotka tarkkailevat säännöllisesti Braden mittarin käyttöä, patjojen toimintaa sekä niiden käytön oikeellisuutta. Jos on uhka, ettei painehaavojen ehkäisy toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle kertauskoulutusta.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavariski	Koulutus/ ohjeistus	Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa Estä painehaava -toimintaohje Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje BRADEN-riskiluokitusmittari

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske yksikköä

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

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmentua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi tulisi tunnistaa potilaat, jotka ovat erityisessä riskissä sairastumaan akuuttiin sekavuustilaan. Myös akuutin sekavuustilan kehittyminen tulee tunnistaa varhain. Jokaisella palveluyksiköllä tulee olla oma

toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja hoitoon.

Hengitysvajausyksikössä potilaat voivat olla alttiita akuutin sekavuustilan kehittymiselle. Hengitysvajausyksikön henkilöstö havainnoi potilaan käyttäytymisen muutoksia ja tekee kirjaukset seurannasta potilastietojärjestelmä Mediatriin. Henkilöstöllä on mahdollisuus konsultoida lääkäriä ympärivuorokautisesti. Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Akuutin sekavuustilan tunnistamisessa ja hoidossa noudatetaan Siun soten ohjetta: [Akuutti sekavuustila \(delirium\) - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksellä, sekä ohjeiden ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, ettei akuutin sekavuustilan ehkäisy, tunnistaminen ja hoitoon ohjaus toteudu yksikössä suunnitellusti, lisätään henkilöstön osaamista kertauskoulutuksella.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja tunnistamiseen vaikuttavista riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Akuutti sekavuustila	Koulutus/ ohjeistus	Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut(linkki)

10.10 Elintapaohjaus

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

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

Elintapaohjauksessa pyritään hyödyntämään Siun soten elintapaohjauksen polkua, josta järjestetään perehdytystä henkilökunnalle. Hoitajat tekevät elintapaohjaukseen liittyvät kirjaukset potilastietojärjestelmä Mediatriin erillisen Siun soten elintapaohjauksen kirjaamisohjeen mukaan. Elintapaohjauksen toteutumista seurataan sisäisellä auditoinnilla. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksella perehdytyksellä. Jos on uhka, ettei elintapaohjaus toteudu yksikössä suunnitellusti, lisätään henkilöstön osaamista kertauskoulutuksen avulla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Puutteellinen ohjausosaaminen	Koulutus, perehdytys	Elintapaohjauksen polku

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden puheeksi ottoon ja nikotiiniriippuvuuden arviointiin sekä tietojen kirjaamiseen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluissa on luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje. Hoito- ja palveluketju on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä ja henkilöstöä koulutetaan sen systemaattiseen käyttöön. Nikotiiniriippuvuuden arviointiin on eri palveluissa olemassa myös omia menettelyjä.

Hengitysvajausyksikön henkilöstö huomioi ja tiedustele potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Kuntoutujalle annetaan neuvontaa ja ohjausta nikotiinituotteiden käytön riskeihin liittyen. Nikotiinituotteiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään tarvittaessa [Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön

mahdollisuudesta, ja avustetaan tarvittaessa esimerkiksi nikotiinilaastarin käytössä. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, että huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ei toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle koulutusta.

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen ja siihen tarjottu varhainen tuki ja lyhytneuvonta on vaikuttava ja kustannustehokas toimintatapa alkoholiperäisten ehkäisyssä silloin, kun sitä tehdään systemaattisesti. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluihin luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje kattaa myös alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja arviointiin liittyvät toiminnot.

Hengitysvajausyksikön henkilöstö huomioi, tiedustelee ja tunnistaa potilaan mahdollista alkoholin riskikäyttöä. Potilasta kannustetaan ja ohjataan alkoholin käytön vähentämiseen ja hänelle annetaan neuvontaa ja ohjausta alkoholinkäytön riskeihin liittyen. Tarvittaessa konsultoidaan päihdetyöntekijöitä ja kuntoutuja ohjataan hoidon piiriin. Päihteiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään tarvittaessa Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, että huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ei toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle koulutusta.

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

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

Hengitysvajausyksikössä huomioidaan, tiedustellaan ja tunnistetaan potilaan mahdollista huumausaineiden käyttöä ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäyttöä. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden riskeihin liittyen. Huumausaineiden ja muiden päihteiden käyttöön liittyen potilas ohjataan tarvittaessa päihdepalvelujen hoidon piiriin. Huumausaineiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään tarvittaessa Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, että huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ei toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle koulutusta.

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Jos hengitysvajausyksikössä huomataan tai tunnustetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, potilas ohjataan tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, ettei riskialttiin raha- ja digipelaamisen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus toteudu yksikössä suunnitellusti, vastataan tilanteeseen ehkäisevän päihdetyön palveluketjun kertaamisella ja siihen liittyvän koulutuksen järjestämisellä.

10.11.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

Mielenterveysongelmat aiheuttavat huomattavan määrän kärsimystä sairastuneille ja heidän läheisilleen. Ennaltaehkäisy on sekä inhimillisesti että taloudellisesti sairauden hoitoa kannattavampaa. Ehkäisevä mielenterveystyö pyrkii ehkäisemään psykiatristen sairauksien syntymistä.

Hengitysvajausyksikön hoitohenkilökunta havainnoi potilaiden mielenterveyttä muun hoidon yhteydessä mielenterveyden haasteiden varhaiseksi tunnistamiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan organisaation sisäisillä ohjeilla ja koulutuksella, kuntoutumiskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan työpanoksella sekä tarvittaessa käytäntöjen/ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa. Jos on uhka, ettei mielenterveyden haasteiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle koulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	Perehdytys	Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015 (linkki)

		• Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) -linkki) • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025(linkki, sisäinen) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 (linkki, sisäinen verkko) • Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen - työohje(linkki, sisäinen verkko) • Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut(linkki)
--	--	---

10.12 Itsemurhien ehkäisy

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

Jos hengitysvajausyksikön potilaskontakteissa tunnistetaan itsemurhavaaraa aiheuttavia riskitekijöitä, tai jos kuntoutuja tuo esiin itsemurhaan viittavia ajatuksiaan, hänet ohjataan ja autetaan tarvitsemansa avun piiriin. Kuntoutumiskeskuksesta työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka palvelut ovat potilaiden käytettävissä. Asiakkaan ohjaamisessa hyödynnetään Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjeita, ja henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeita kertaamalla, ja koulutusta järjestämällä. Jos on uhka, ettei itsemurhavaarassa olevien henkilöiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaus toteudu yksikössä suunnitellusti, vastataan tilanteeseen osaamisen lisäämisellä koulutuksen avulla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhavaara	Henkilökunnan perehdytys, ohjeiden	• Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

	hyödyntäminen, sisäiset koulutukset	• Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma. (linkki, sisäinen verkko)
--	-------------------------------------	--

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

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

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

Jos hengitysvajausyksikössä tunnistetaan potilaan kohdanneen väkivaltaa tai potilas tuo sen itse esille, asia otetaan puheeksi ja tehdään tilannearvio, jossa tarvittaessa hyödynnetään hyvinvointialueen käytössä olevia mittareita. Potilas ohjataan monialaisen avun piiriin hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Kuntoutumiskeskuksessa työskentelee myös psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka osaamista voidaan hyödyntää matalalla kynnyksellä myös lähisuhdeväkivaltatilanteissa. Osasto-oloissa potilaiden turvallisuus varmistetaan tarvittaessa hyödyntämällä vartiointipalvelua ja poliisia. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksellä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan kohtaama väkivalta	Perehdytys, ohjeiden kertaus osasto- kokouksissa	Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi(linkki) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen työkaluna Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille-minimittari Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankaus
Lääkeosaamisen ylläpitäminen ja varmistaminen	Näytönvastaanottajien koulutus myös lähihoitajille.	2025

Perehdytyksen laadun ylläpitäminen	Perehdyttäjien osaamisen varmistaminen. Osaamisen vahvistaminen hengitysvajauspotilaan hoidossa.	2025
Viestinnän vakioiminen kaikkien Hengitysvajaustiimien osalta.	Pysyvien yhteistoimintamallien vakiinnuttaminen ja ylläpito	2025
Kameravalvonnan toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet	Ohjeistaminen	2025
Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät tarkennukset	Ohjeistaminen	2025
Tietosuojan liittyvä toimintamallin muutos (ei tulosteta potilastietoja)	Ohjeistaminen	2025

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuutta ja suunnitelmassa kuvattujen menettelyjen toteutumista on seurattava säännöllisesti. Omavalvontasuunnitelma on päivitettävä aina säännösten muuttuessa ja/tai kun toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma tulee päivittää kuitenkin vähintään kerran vuodessa.

Palveluyksikön omavalvontasuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa maaliskuun loppuun mennessä. Omavalvontasuunnitelman päivittämisestä vastaa palveluyksikön lähijohtaja(t).

Omavalvontasuunnitelmaan tutustuminen on sisällytetty osaston perehdytysuunnitelmaan. Esihenkilöt seuraavat säännöllisesti omavalvontasuunnitelman toteutumista ja noudattamista. Omavalvontasuunnittelun seuranta toteutetaan kuukausittain hyödyntämällä esimerkiksi Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, Haittatapahtumaraportointitietoa (kuten hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat), mahdollisten muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen raportointitietoa sekä potilaspalautteita. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain, aina säännösten muuttuessa ja jos toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi henkilöstön kanssa osastokokouksessa vuosittaisen päivityksen yhteydessä, ja aina viipymättä mahdollisesti muina aikoina tehtävien päivitysten jälkeen. Omavalvontaan tehtävien päivitysten viiveetön

julkaiseminen varmistetaan tekemällä päivitykset tiedostopankissa olevaan tiedostoon, jolloin päivitykset siirtyvät automaattisesti hyvinvointialueen nettisivuilla julkisesti esillä olevaan tiedostoon. Lisäksi päivitetty omavalvontasuunnitelma tulostetaan osaston ilmoitustaululle, ja lisätään sähköisenä yksikön sisäiselle Teams -kanavalle.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) 679/2016:

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAXVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usq=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwyKl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023

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

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

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivnNm98oiBAXX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usq=AOvVaw1n46KPjFuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449> (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

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

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

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa):
<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Dbdb1%2D66f99a41df45> (linkki)

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

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

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

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

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

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

Terveystensuojelulaki (763/1994):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

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

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Valviran määräys omaavontasuunnitelman sisällöstä:

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

Viestit – Suomi.fi:

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