

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 2B

Laatija(t) Korkeakoski Hanna, osastonhoitaja

Tarkastaja Piironen Merja, ylihoitaja

Hyväksyjä Jäntti Helena, palvelupäällikkö

Pvm.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut	6
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	7
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	10
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	10
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	10
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	11
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	18
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	18
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	19
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	19
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	20
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	22

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	22
6.5.2	Asiakasviestintä	22
7	Henkilöstö	23
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	23
7.2	Rekrytointi	24
7.3	Perehdytys	24
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	25
7.5	Johtamisosaaminen.....	26
7.6	Työhyvinvointi	27
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	27
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	28
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	29
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	29
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	30
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	31
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	32
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	33
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	34
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	35
9.5	Infektioiden torjunta	37
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	37
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	38
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	39
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	40
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	40
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	40
9.7.3	Terveydensuojelu	41
10	Palvelun sisällön omavalvonta	42
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	42
10.2	Hätätilapotilaan/-asiakkaan tunnistaminen.....	42

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	43
10.4	Kivunhoito	44
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	45
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	46
10.7	Painehaavojen ehkäisy	47
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	48
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	48
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	49
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	50
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	51
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	51
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	51
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	52
10.11	Itsemurhien ehkäisy	52
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	54
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	54
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	54
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	54
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	55
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	56

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 laatimisvelvoitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman \(linkki\)](#), johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman \(linkki\)](#) sisältökokonaisuus sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä](#), kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026 \(linkki\)](#) sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä](#).

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Operatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 2B, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestö. Osastolla hoidetaan ortopedian ja traumatologian, plastiikkakirurgian sekä verisuonikirurgian erikoisalojen potilaita. Tarvittaessa myös muiden kirurgian erikoisalojen potilaita.
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	20
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri 013 3303981

	Ylilääkäri: Tanja Hulmi Oh Hanna Korkeakoski, hanna.korkeakoski@siunsote.fi 013 3303155 Aoh. Ulla Hassinen, ulla.hassinen@siunsote.fi 013 3303069
Palvelupäällikkö	Helena Jäntti, helena.jantti@siunsote.fi
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Operatiivinen klinikkaryhmä on Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialueen alaista sairaalapalvelua, jota johtaa palvelujohtaja. Operatiivista klinikkaryhmää johtaa palvelupäällikkö yhdessä ylihoitajan kanssa. Operatiivisten klinikoiden ylilääkärit johtavat oman erikoisalansa toimintaa yhdessä osastonhoitajien kanssa. Osasto 2B kuuluu operatiiviseen palvelualueeseen osana terveys- ja sairaanhoitopalveluita. Osasto 2B:n lähiesihenkilöinä työskentelevät ylilääkäri (lääketieteellinen johto) sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäinen yksikön johto painottuu hoitotyön esihenkilöille.
--

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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
Lääkäripalveluostot	Useita eri palveluntuottajia
Henkilöstövuokraus (hoitohenkilöstö)	1 palveluntuottaja
Palvelujen ostot	1 palveluntuottaja

Siivouspalvelut	1 palveluntuottaja
Tietotekniset palvelut/ Service desk	1 palveluntuottaja

Operatiivisen klinikkaryhmän ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkäreiden ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiantuntijoiden kanssa.

Osastolla 2B ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkärin ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiantuntijoiden kanssa.

Ostopalvelun laatua ja asiakasturvallisuutta seurataan ja valvotaan jo hankintavaiheessa asettamalla tuotteille ja/tai palvelulle vähimmäisvaatimuksia. Osasto 2B:n työntekijöillä ei ole ostopalvelun hankintavastuuta, työntekijöillä on velvollisuus raportoida ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista omille esihenkilöille ja palvelupäällikölle. Lisäksi ostopalvelujen laatua seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta sekä asiakas- ja henkilöstöpalautteiden kautta.

Osasto 2B:llä hyödynnetään organisaation tarjoamia hankinta- ja ostopalvelukoulutuksia ja tehdään tiivistä yhteistyötä hankintayksikön kanssa.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

Operatiivisen klinikkaryhmän tehtävänä on tarjota Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle terveydenhuoltolain mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut, erityisesti leikkaushoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Toiminnan tavoitteena on tuottaa strategian mukaisesti oikea palvelu, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa. Leikkausta edeltäviä käyntejä toteutetaan Leikkauspotilaan digipolun avulla, etäpalveluna digisovelluksen kautta, osittain puhelinpalveluna sekä jossakin määrin läsnäolokäynneillä. Erilaisia sähköisiä palveluita kehitetään ja pyritään lisäämään vastaanottokäyntien vaihtoehdoksi.

Osasto 2B:n tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito ortopedian ja traumatologian erikoisalan potilaille. Lisäksi osastolla hoidetaan myös muiden kirurgian erikoisalojen potilaita, kuten plastiikkakirurgian, verisuonikirurgian sekä gastrokirurgian potilaita. Potilaat saavat sairautensa vaatimaa hoitoa päivystyksellisesti tai suunnitellusti.

Tavoitteena on järjestää laadukasta ja yhdenvertaista erikoissairaanhoidon palvelua vuorokauden ympäri. Osasto 2B järjestää vuodeosastohoitoa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestölle. Päivystyksellisesti vuodeosastohoitoa voi tarvita myös muiden alueiden väestö, jolloin heidän hoitonsa järjestetään kunnes he pystyvät siirtymään omalle paikkakunnalle hoitoon.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä turvata yhdenmukaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja turvalliset terveyspalvelut. Terveydenhuollon 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.

Operatiivisessa klinikkaryhmässä korostuu henkilöstön osaaminen ja osaamisen kehittäminen potilaiden turvallisen ja yhdenvertaisen hoidon järjestämisessä. Operatiivisen klinikkaryhmän toimitaa ohjaa terveydenhuoltolain keskeiset periaattet ja Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen arvot.

Osastolla 2B arvot ohjaavat jokapäiväistä toimintaa. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa osastolla sitä, että potilaan hoito tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän osallistumisensa pyritään mahdollistamaan sekä hoidon suunnitteluun että toteutukseen. Tavoite on hoitaa potilaita yhteisymmärryksessä heidän kanssaan.

Avarakatseisuus näkyy toiminnassamme siten, että arvioimme jatkuvasti toimintatapojamme ja pyrimme kehittämään niitä ajankohtaisen tutkimusnäytön ja organisaation keräämän tiedon (mm. asiakaspalautteen) perusteella. Pidämme itsemme ajan tasalla valtakunnallisissa ja globaaleissakin suuntauksissa mahdollistamalla henkilöstölle säännölliset koulutukset. Tavoitteenamme on tuottaa tasalaatuaista palvelua kaikille potilaillemme.

Pyrimme huomioimaan potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kaikissa toiminnoissamme. Huolehdimme myös, että osaston toimintaympäristö on turvallinen sekä asiakkaille että siellä työskenteleville.

Toimimme yhdenvertaisesti kohdellen potilaita tasapuolisesti sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, toimintakyvystä ja asuinpaikasta riippumatta. Kaikki osastolla 2B työskentelevät ovat tasa-arvoisia ja takaamme kaikille samat mahdollisuudet kehittyä. Kaikki työntekijämme ovat yhtä arvokkaita ja heillä on oikeus tulla kuulluksi.

Osastolla 2B vastuullisuus ilmenee siten, että toimitaan sekä lainsäädännön että Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistuksia noudattaen. Jokainen työntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisessä ja kehittämisessä osallistumalla koulutuksiin ja oman työnsä kehittämiseen strategisten painopisteiden mukaisesti. Seuraamme myös toimintamme laatua tilastollisin menetelmin. Kehitämme toimintaamme moniammatillisesti saamamme palautteen mukaisesti.

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)

Osastolla 2B omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa lähiesihenkilöt yhdessä osaston ylilääkärin kanssa.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Osaston 2B omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat lähiesihenkilöt. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat alustavan omavalvontasuunnitelman.

Alustava suunnitelma käydään läpi työyksikössä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus kommentoida sitä ja ehdottaa muutoksia. Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja/ tai muutetaan henkilökunnalta saadun palautteen mukaisesti.

Omavalvontasuunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös potilailta ja heidän omaisiltaan saatu palaute ja kehittämisehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on potilaiden nähtävillä, joka mahdollistaa siihen perehtymisen ja kehittämis ehdotusten havaitsemisen.

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

Osaston 2B ajantasainen omavalvontasuunnitelma on nähtävissä tulosteena yksikön yleisellä ilmoitustaululla, jossa se on helposti asiakkaiden saatavilla. Ajantasainen suunnitelma löytyy myös aina Siun soten Intran tiedostopankista.

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.

Operatiivisen alueen palvelupäällikkö vastaa palvelu- ja vastuualueidensa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta, toiminnan ja palvelun laadusta sekä näiden seurannasta ja kehittämisestä. He myös varmistavat lähiesihenkilöiden resurssit henkilöstön perehdyttämiseksi turvallisuusohjeistuksiin ja turvallisuutta varmistaviin toimintatapoihin. Palvelupäälliköt vastaavat, että vuosittaiset laadun itsearvioinnit tehdään vastuualueella vuosikellon mukaisesti.

Ylihoitaja vastaa vastuualueensa hoitotyön asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä laadusta ja näiden edistämisestä. Hän myös vastaa turvallisen ja laadukkaan hoidon edellyttämän hoitohenkilöresurssin

kohdentamisesta. Hän vastaa, että työntekijöillä on toiminnan edellyttämä pätevyys ja koulutus sekä voimassa oleva lupa harjoittaa ammattia.

Osastolla 2B riskienhallinnasta vastaavat lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Yksiköön tehdään riskienarviointi, jota päivitetään aina toiminnan muuttuessa. Osastolla tehdään myös viiden vuoden välein työpaikkaselvitys yhdessä työterveyshuollon kanssa. Jokainen osaston 2B työntekijä on velvollinen tuomaan esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat ja osallistumaan parantavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Henkilöstön kuuluu tietää osaston tunnistetut riskit.

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

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki) Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma – luku 5.1

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Osastolla 2B laaditaan laatujärjestelmään (Laatuportti) riskienarviointi, jota päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan muuttuessa. Riskienarvioinnissa pyritään huomioimaan yksikön toimintaan ja ympäristön liittyvät riskit jo ennalta ja suunnittelemaan sekä toteuttamaan tarvittavat korjaukset.

Osastolla 2B tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskierroja, jotka toimivat ennakollisina riskienarviointimenetelmänä. Riskejä ja toimintaa arvioidaan myös osana joka päiväistä työtä. Turvallisuuskierroilla pyritään havaitsemaan mahdolliset turvallisuuspoikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä saadaan poistettua/hallintaan. Turvallisuuskierrojen järjestämisestä vastaa yksikön lähiesihenkilöt. Turvallisuuskierrolle osallistuvat kaikki osastolla työskentelevien ammattiryhmien edustajat, osaston turvallisuusvastaava sekä tarvittaessa myös työsuojelun edustaja. Tehdyt

riskienarvioinnit ja turvallisuuskertojen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa osastokokouksessa ja ne löytyvät myös yksikön turvallisuuskansiosta.

Riskien arvioinnin lisäksi Siun sotessa seurataan infektioidentorjuntayksikön toimesta käsihuuhdekulutuksien määrää sekä infektioita. Infektioiden esiintyvyyttä ja käsihuuhdekulutusta seurataan säännöllisesti ja KyhKä-käsihuuhdehavainnointia suoritetaan kuukausittain. Infektioseurantaa (Prevalenssi) tehdään vuosittain. Hoitoon liittyvällä infektiolla (ennen sairaalainfektio) tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkanutta infektiota. Työyksikössä on hygieniavastuuryhmä.

Potilaalle hoidon aikana syntyneet infektiot ovat erillisiä infektioita, jotka ilmoitetaan Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmään (SAI). Jos potilaalla on infektio jo hoitoon tullessaan tai potilaan katsotaan saaneen tartunta ennen hoitajakson alkua, katsotaan infektio avohoidossa alkaneeksi infektioksi, ellei infektio ole seurausta edelliseltä hoitajaksolta. Kun hoitoon liittyvä infektio todetaan, tulee se rekisteröidä välittömästi SAI-järjestelmään. Tämä on edellytyksenä sille, että sairaalainfektioiden seurantajärjestelmä on reaaliaikainen. Hoitajaksiin liittyvien infektioiden seurannasta ja rekisteröinnistä on asetettu velvoite vuoden 2004 alussa voimaan astuneessa Tartuntatautilaissa (935/2003). Myös uudistettu Tartuntatautilaki (2016) velvoittaa terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksiköitä seuraamaan ja torjumaan hoitoon liittyvät infektiot.

Työ- ja toimintaympäristö muuttuu jatkuvasti, joten riskienarviointia on tehtävä säännöllisesti ja systemaattisesti, jolloin riskitasossa tapahtuvat muutokset on mahdollista havaita ja huomata uusien riskien syntyminen. Asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä tulee arvioida organisaation jokaisella tasolla. Tehtyjen haittatapahtumailmoitusten määrän ja laadun perusteella sekä suullisten- sekä kirjallisten ilmoitusten perusteella esihenkilöt arvioivat riskien ja vaara- sekä haittatapahtumatilanteiden tunnistumenetelmien riittävyyttä.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Osastolla 2B on käytössä Laatuportti niminen laatujärjestelmä, johon turvallisuuspoikkeamat ilmoitetaan. Kaikki ammattiryhmät ovat velvollisia ilmoittamaan laatupoikkeamista. Henkilökunnan on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista lähiesihenkilölle suullisesti ja/tai kirjallisesti.

Jos osaston henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta Epäkohta tai epäkohdan uhka-ilmoituslomakkeella. Tällöin ilmoitusten käsittely

poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

Potilaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siunsoten verkkosivuilta. Heidän on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista yksikön lähiesihenkilölle suullisesti (puhelimitse) ja/tai kirjallisesti (sähköposti).

Henkilöstöä ohjaan tekemään ilmoitus Laatuporttijärjestelmään kaikista havaitsemistaan vaaratilanteista. Muuta kautta tulleet ilmoitukset pyritään myös dokumentoimaan laatuporttijärjestelmään. Uudet työntekijät perehdytetään järjestelmän käyttöön. Laatuporttijärjestelmän käyttöä käydään läpi säännöllisesti yksikön osastokokouksessa, jotta käytön osaaminen pysyy henkilökunnalla hyvänä.

Lääkkeistä tai rokotteista haittavaikutusilmoitukset tehdään sähköisesti Fimealle. Jos verensiirtoihin liittyy vaara- tai poikkeamatilanteita, ilmoitetaan niistä Verikeskuksen asiakas ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis2) kautta.

Jos vaaratilanne /haittatapahtuma tapahtuu, kirjataan se Mediatri – haittatapahtumakirjauksena. Jos vaaratilanne / haittatapahtuma liittyy putoamiseen, kaatumiseen tai painehaavaan, tilanteen havainnut työntekijä tekee kirjauksen tapahtumasta Laatuporttijärjestelmän lisäksi myös asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Painehaava arviointia tehdään yksikössä Braden mittarilla ja haittatapahtumat kirjataan Mediatriille.

Osastolla tehdään tarvittaessa myös huoli-ilmoituksia ikääntyneiden palvelujen tarpeesta.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

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.

Osaston 2B vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset tulevat esihenkilöille käsiteltäväksi. Esihenkilöt (hoitotyön ja lääketieteellinen lähijohto) käsittelevät ilmoitukset vastuualeidensa mukaisesti. Esihenkilön tehtävänä on selvittää poikkeaman juurisyy ja pohtia tarvittaessa moniammatillisesti, miksi näin on tapahtunut. Käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuportti-järjestelmään. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan 14 vrk kuluessa sen saapumisesta.

Esihenkilöt käsittelevät vaara- ja poikkeamatilanteet osastokokouksessa yhdessä työntekijöiden kanssa. Tällöin voidaan vielä yhdessä miettiä, miksi kyseinen poikkeama/vaaratilanne on tapahtunut ja miten jatkossa voidaan toimintaa muuttaa niin, ettei kyseinen tilanne uusiudu. Tarvittaessa asiat käsitellään moniammatillisesti.

Esihenkilö kirjaa käsittelyn ja ehdotetut muutokset Laatuporttijärjestelmään. Lisäksi osastokokouksesta tehdään lähiesihenkilön toimesta muistio, johon käsittelyyn liittyvät asiat myös kirjataan.

Esihenkilö täydentää tapahtuman käsittelyssä havaitut asiat vaara/poikkeamailmoitukseen. Esihenkilö kirjaa ilmoituksen yhteenveto-osioon ne tiedot, jotka hän haluaa näkyvän ilmoituksen tekijälle. Lopuksi hän kuittaa ilmoituksen valmiiksi. Kaikki vaara/poikkeamatilanneilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta, jonka jälkeen ne arkistoituvat järjestelmään.

Jos vaaratilanne/haittatapahtumaa liittyy putoamiseen tai kaatumiseen tai painehaavaan, tilanteen havainnut työntekijä tekee kirjauksen tapahtumasta Laatuportti-järjestelmän lisäksi myös asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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 poikkeamailmoitusten seurannan avulla valvotaan ja arvioidaan tehtyjen kehittämistoimenpiteiden toteutumista ja niiden riittävyyttä.

Osastolla 2B todettuihin riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan viiveettä. Esihenkilö kirjaa ilmoituksia käsitellessään niihin yhdessä sovitut kehittämistoimenpiteet, kehittämistoimenpiteiden aikataulun ja niistä vastaavat henkilöt. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja suorittamista koordinoinnista vastaavat lähiesihenkilöt (osastonhoitaja ja ylilääkäri). Kehittämistoimenpiteen vastuuhenkilöksi voidaan kuitenkin nimetä joku muu yksikön työntekijä, joka työskentelee esihenkilöiden tukemana.

Kehittämistoimenpiteiden määräaika suunnitellaan tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistoimenpiteet pyritään suorittamaan kuitenkin kohtuullisessa ajassa sen laajuudesta riippuen. Esihenkilöt seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja pitävät myös henkilöstön ajantasalla. Myös toiminnan kehittymistä/parantumista seurataan, jotta suunniteltujen toimenpiteiden vaikutukset ja käyttöönotto pystytään varmistamaan. Esihenkilö kirjaa seurantatiedot Laatuportti -järjestelmään. Toimintaa pyritään kehittämään saadun palautteen perusteella paremmaksi.

Potilaiden ja heidän läheistensä tekemät vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään samalla tavoin kuin henkilökunnan tekemät. Ilmoituksissa saatua palautetta hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä. Palautteen antajaan ollaan yhteydessä, jos hän on antanut yhteistietonsa. Yhteydenotosta vastaa yksikön esihenkilöt omien osaamisalueidensa mukaisesti.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Osaston 2B henkilöstölle tiedotetaan muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä lähiesihenkilöiden toimesta. Tiedottaminen tehdään sekä osastokokouksessa (suullisesti) että muistiolla (kirjallisesti). Muistio jaetaan henkilöstölle sähköpostilla sekä laitetaan osaston Teams- kanavaan. Tarvittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intran tiedostopankkiin sisäistä käyttöä varten.

Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksesta on tarpeen tiedottaa osaston 2B yhteistyötahoja laajemmin, hyödynnetään tiedottamisessa Siun soten sisäistä intraa ja sähköpostitiedotusta.

Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksista on tarpeen tiedottaa potilaita/asiakkaita laajasti, osaston lähiesihenkilö keskustele laajemasta tiedotustarpeesta ylilääkärin ja/tai ylihoitajan kanssa. Tarvittaessa konsultoidaan Siun soten viestintäasiantuntijoita. Viestintäkanava valitaan yhdessä tapauskohtaisesti sen mukaisesti, kenelle viesti halutaan pääasiallisesti kohdentaa.

Toimenpiteistä tiedottamisen riittävyyttä seurataan korjattavan tilanteen korjaatumisena ja ongelman poistumisena. Esihenkilö varmistaa, että tieto on tavoittanut kaikki työntekijät. Työntekijällä on itsellään velvollisuus pitää itsensä ajan tasalla lukemalla yhdessä sovittuja tiedotuskanavia; Teams ja sähköposti. Työntekijällä on velvollisuus osallistua yhteisiin kokouksiin, jossa käsitellään ilmoituksia ja korjaustoimenpiteitä sekä muutoksia. Tiedottamista lisätään, jos tulee tilanne, että tieto ei jostain syystä tavoita kaikkia.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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.

Jos potilaalle on hoidon tai palvelun seurauksena tai sen viivästymisen vuoksi aiheutunut vaaratapahtuma, kerrotaan tästä avoimesti potilaalle. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi asiakkaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen omaisensa kanssa. Potilas tai omainen voi tarvita apua ja tukea tapahtuman tai sen seurausten ymmärtämiseksi tai käsittelemiseksi. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavien yhteystiedot: he neuvovat ja ohjaavat asiakasta mm. potilasvahinkoilmoituksen tekemisessä.

Jos asiakas/ omainen ottaa uudelleen yhteyttä, asia ei ole korjaantunut. Korjaaviin toimenpiteisiin ryhdytään välittömästi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laatuportti-järjestelmän käyttö ei ole kaikilla hallussa	Opastus ja perehdytys	Siun soten intran Laatuportti-järjestelmän käyttöohjeet

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Operatiivisen klinikkaryhmän palveluihin vaaditaan lähete perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Lähetteen käsittelyaikaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jota Operatiivisessa klinikkaryhmässä noudatetaan. Operatiivisessa klinikkaryhmässä hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmen (3) viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Operatiivisessa klinikkaryhmässä seurataan kuukausittain THL:n raportointia potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsystä. Jos tavoiteaikoihin ei olla pääsemässä, pohditaan uusien työjärjestelyjen mahdollisuuksia poliklinikoilla ja leikkaustoiminnassa.

Suunniteltuun leikkaukseen tulevien potilaiden kohdalta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioi kunkin erikoisan erikoislääkäri. Hoidon tarpeen arviointi on tehty lääketieteellisten syiden perusteella kirurgian poliklinikalla. Leikkausajankohta voi vaihdella yhdestä viikosta kolmeen kuukauteen. Suunnitellusti leikkaukseen tulevat potilaat haastatellaan kirurgian poliklinikan yksikön toimesta ja potilaille varataan tarvittavat tutkimukset ennen leikkausta. Leikkausten peruuntumisia (potilaasta johtuvat syyt/ organisaatiosta johtuvat syyt) seurataan tilastojen kautta.

Päivystyspotilaat tulevat osastolle 2B päivystyksen kautta tai kirurgian poliklinikalta. Päivystyspotilaan leikkauksen kiireellisyyden arvioi potilaan hoidosta vastaava lääkäri. Leikkausvalmistelut tehdään osaston henkilökunnan toimesta. Suuri päivystysleikkausten määrä voi siirtää kiireettömien leikkausten ajankohtaa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Operatiivisen klinikkaryhmän hoitoon pääsyä ohjaa terveydenhuoltolaki. Operatiivien klinikkaryhmä vastaa oman vastuualueensa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä poliklinikalle kiireellisyysarvioinnin perusteella. Poliklinikka käynti tulee järjestää kohtuullisessa ajassa (3 kk). Poliklinikkakäynnillä arvioidaan leikkaushoidon kiireellisyys. Leikkaushoito tulee järjestää viimeistään kuuden (6 kk) kuukauden kuluessa poliklinikkakäynnillä tehdystä kiireellisyyden arvioinnista. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa erikoissairaanhoidon tulleen lähetteen käsittely ja sen mukaan tilannekohtainen hoidon tarve. Operatiivisessa klinikkaryhmässä seurataan kuukausittain THL:n raportointia potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsystä. Jos tavoiteaikoihin ei olla pääsemässä, pohditaan uusien työjärjestelyjen mahdollisuuksia poliklinikoilla ja leikkaustoiminnassa.

Päivystyspotilaat otetaan osastolle hoitoon osaston paikkatilanteen mukaan. Mikäli osasto 2B on ylipaikkatilanteessa, potilas sijoitetaan toiselle osastolle. Paikan vapautuessa oman erikoissairaanhoidon potilas otetaan osastolle 2B toiselta kirurgiselta vuodeosastolta. Joskus päivystyspotilas voi joutua odottamaan vapautuvaa paikkaa päivystyksessä. Väestölle tiedotetaan ruuhkatilanteista (Päivystys ja vuodeosastot ovat täynnä) sanomalehti Karjalaisessa sekä alueuutisissa.

Suunniteltujen leikkauspotilaiden osastolle pääsy käytäntö on vastaava kuin päivystyspotilaan kohdalla. Leikattu potilas voi joutua joskus odottamaan paikkaa esimerkiksi heräämössä osaston ruuhkatilanteen takia. Suunniteltujen leikkausten toteutumiseen saattaa vaikuttaa myös pandemiatilanne, esim. Korona, jolloin leikkauksia joudutaan perumaan.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki), [Hoitoon pääsy](#) (hoitotakuu, linkki), [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019](#) (linkki)

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Lääketieteellisen hoitosuunnitelman tekee lääkäri hoidon tarpeen mukaisesti. Päivittäisestä hoitosuunnitelman teosta vastaa sairaan-/ lähihoitaja yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma päivitetään jokaisessa työvuorossa. Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan jokaisessa työvuorossa. Potilasta tai hänen läheistensä kuullaan hoitoon liittyvissä asioissa.

Ennen työvuoron alkua, hoitaja perehtyy itsenäisesti potilaan asiakirjoihin. Osastolla toteutetaan hiljaista raportointia, mutta suullista raportointia käytetään hiljaisen raportoinnin tukena. Suullista raportointia

käytetään erityisesti uuden työntekijän perehdytyksessä. Moniammatillisia palavereita pidetään monisairaiden ja pitkään vuodeosastohoidossa olevien potilaiden kanssa

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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.

Osastolla 2B kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja halutessaan myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat siis toiminnan lähtökohtana. Mikäli potilas kieltäytyy täysin hoidosta kesken hoitajakson, vaikka hoito on lääketieteellisesti perusteltua, potilas allekirjoittaa lomakkeen: *poistuminen omalla vastuulla*.

Potilasta kannustetaan omatoimisuuteen ja osallistetaan itsehoitoon. Näin pyritään säilyttämään potilaan toimintakyky hoitajakson aikana. Potilaan sekä hänen valitsemansa läheisen mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä.

Potilaan yksityisyys pyritään varmistamaan myös tietosuojan toteutumisella. Tietosuoja toteutuu hyvin yhden hengen potilashuoneessa. Vastaavasti kahden hengen huoneissa lääkärinkierrolla on mahdollista, että toinen potilas kuulee vierustoverin asiat. Potilaat eristetään toisistaan verholla. Verho antaa ainoastaan intimitettisuojan toimenpiteissä. Mikäli potilashuoneessa käsitellään arkaluontoisia asioita, potilas pyritään viemään toiseen tilaan, missä yksityisyys toteutuu.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Uuden työntekijän ja opiskelijoiden perehdytyksessä käydään läpi potilaan itsemääräämisoikeutta. Myös organisaation järjestämällä koulutuksilla pystytään varmistamaan henkilöstön osaamista.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#), [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.

Terveydenhuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastolla 2B potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä ja tarvittaessa kuullaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista hoidon tarvetta arvioidessa tai hoitoa suunnitellessa. Mikäli itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille, tehdään se käyttäen lievintä mahdollista itsemääräämisoikeudenrajaamiskeinoa.

Osastolla 2B potilaiden mahdolliseen uhkaavaan käyttäymiseen pyritään varautumaan ennalta ja varaamaan paikalle riittävästi henkilökuntaa. Tarvittaessa paikalle pyydetään sairaalan vahtimestarit, joiden läsnäolo jo rauhoittaa suurimmassa osassa tilanteita. Jos potilas kuitenkin jatkaa uhkaavaa käyttäytymistä, eikä keskustelu ole hallintakeinona riittävä voivat vahtimestarit turvata henkilökuntaa. Rajoittamistilanteissa potilaan vointia valvovat vastaanoton lääkäri ja sairaanhoitaja. Rajoitustoimet pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä. Rajoitustoimet kirjataan potilastietojärjestelmään lääkärin ja/tai hoitajan toimesta.

Osastolla on käytössä tarvittaessa rajoittamiseen tarkoitettuja välineitä, kuten lepoliivit tai käsisidokset. Lepositeiden käyttöön on aina oltava hoitavan lääkärin lupa. Potilastietoihin kirjataan peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi. Organisaation ohjeiden mukaisesti potilasta valvotaan ja kirjataan erilliselle lomakkeelle rajoittamistoimia käytettäessä. Rajoittamistoimien tarvetta arvioidaan jatkuvasti ja pyritään luopumaan niistä mahdollisimman pian.

Tilanteista tehdään vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrää ja käytettyjä rajoitustoimia.

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

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakasta/potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata.

Asiakkaan/potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen kohtelussa ja sosiaali- ja terveyspalveluita toteutettaessa.

Osastolla 2B hoidossa olevalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon sekä hyvään kohteluun ilman syrjintää. Potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen eikä potilaaseen kohdistuvaa epäasiallista kohtelua hyväksytä. Mikäli epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten kanssa. Tarvittaessa tilanteen selvittelyyn voidaan pyytää mukaan operatiivisen alueen ylempää johtoa ja/tai potilasasiavastaava.

Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymätön potilas tai hänen läheisensä ohjataan ottamaan yhteys osaston lähiesihenkilöön (joko lääketieteellinen tai hoitotyön lähiesihenkilö) tai tekemään asiasta muistutus. Muistutuksen voi tehdä Siun soten [www-sivuilla](http://www.sivuilla) sähköisen asiointipalvelun kautta tai muistutuslomakkeella. Yhteydenoton perusteella tapahtuneesta keskustellaan asianosaisten kanssa ja pyritään kehittämään toimintaa paremmaksi.

Palvelua järjestetään vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Yleisimmillä vierailla kielillä on saatavilla kirjallista materiaalia esimerkiksi keskeisiin potilasohjeisiin. Aistivamma huomioidaan myös yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla. Jos tulkkipalvelua tarvitseva potilas kokee saaneensa epäasiallista palvelua, järjestetään tulkki paikalle myös tilanteeseen, jossa hänen kokemaansa epäasiallista kohtelua selvitetään.

Potilaan kohtelun toteutumisesta seurataan asiakaspalautteilla sekä suullisella ja kirjallisella palautteella. Henkilökunnan työtä ja työssä suoriutumista sekä potilaan kohtaamista seurataan työkavereiden ja esihenkilöiden toimesta. Puutteisiin reagoidaan ja suunnitellaan korjaavat toimenpiteet.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Osastolle 2B tulevat reklamaatiot käydään läpi aluksi lähiesihenkilöiden toimesta, jonka jälkeen ne käsitellään osastokokouksessa yhdessä henkilökunnan kanssa. Reklamaatiot käsitellään viiveettä.

Potilasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Osaston henkilöstö neuvoo potilasta/omaista tarvittaessa. Potilas/omaista voidaan ohjata myös ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan, jos hänen apunsa koetaan tarpeelliseksi. Muistutusten ja kanteluiden käsittelyyn on tukena organisaation ohje.

Saadut palautteet huomioidaan toiminnan kehittämisessä. Osaston esihenkilöt vastaavat toiminnan kehittämisestä. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot myös hoitojakson aikana, jos hän niin toivoo.

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.

Potilailla sekä heidän läheisillään on mahdollisuus kertoa kokemuksistaan suoraan osaston henkilöstölle hoitojakson yhteydessä. Osastolla on myös palautelomakkeita, jotka ovat saatavilla osaston ilmoitustaululla. Palautteet kerätään laatikkoon, joka sijaitsee ilmoitustaululla. Palautelomakkeet käsitellään säännöllisesti lähiesihenkilön toimesta. Palautteiden pohjalta suunnitellaan yhdessä kehittämistoimenpiteitä.

Kokemuksista kertominen sekä palautteen antaminen on mahdollista myös sähköisen palautekanavan kautta (Siun soten verkkosivut). Potilas tai hänen läheisensä pystyy kohdistamaan sähköisen palautekanavan kautta antamansa palautteen hoitoa tai palvelua antaneeseen yksikköön tai muuhun kuin hoitoon tai palveluun liittyviin asioihin kuten esimerkiksi viestintä, verkkosivut tai asiakasmaksut. Potilaan antama asiakaspalaute ohjautuu yksiköiden nimetyille vastuuhenkilöille käsiteltäväksi palautejärjestelmään. Potilaaseen otetaan yhteyttä henkilökohtaisesti, mikäli asiakas tätä toivoo ja hän on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen. Palautteen keräämisen riittävyttä arvioidaan saadun palautteen perusteella ja tarvittaessa palautteen anto mahdollisuuksia lisätään.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Osaston 2B asiakasviestinnässä hyödynnetään Siun soten olemassa olevia viestintäkanavia ja -välineitä. Asiakasviestinnässä tehdään tiivistä yhteistyötä Siun soten viestintäpalvelujen kanssa. Asiakasviestintää

tehdään jonkin verran Siun soten verkkosivuilla ja sosiaalisen median kanavilla. Joskus asiakkaille suunnatut tiedotteet toimitetaan myös paikallisen median käyttöön.

Kokemusasiantuntijatoimintaa ei tällä hetkellä ole.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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
Osastolla hoidetaan paljon muistisairaita ja sairautensa vuoksi levottomasti käyttäytyviä potilaita	Rajoittamistoimiin ja ohjeisiin perehtyminen	Tartuntatautilaki 127/2016 Mielenterveyslaki 116/1990

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Osastolla 2B työskentelee 20 sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja ja 0,5 hoiva-avustaja. Lääkäreitä osastolla on vaihteleva määrä, he ovat erikoislääkäreitä ja erikoistuvia lääkäreitä. Osastolla on vuoden aikana useita sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoita.

Hoitotyössä suunnitellaan henkilöstön määrä vuorokohtaisesti potilasmäärän mukaan. Perusmitoitus 20:lla potilaalla on arkena aamuvuorossa 5 hoitajaa, iltavuorossa 4 hoitajaa ja yövuorossa 2 hoitajaa. Viikonlopun miehitys on la aamussa 5 hoitajaa, illassa 4 hoitajaa ja yössä 2 hoitajaa. Sunnuntaina aamuvuorossa 4 hoitajaa, illassa 4(3) ja yövuorossa 2 hoitajaa. Mikäli normaalien potilaspaikkojen määrä ylittyy, henkilöstöä lisätään sen mukaisesti. Lisäksi mm. vierihoito tai muu lisääntynyt hoitoisuus lisää hoitohenkilökunnan tarvetta.

Tarvittaessa käytetään sijaisia. Työvuorosuunnittelussa osaaminen huomioidaan siten, että jokaisessa työvuorossa on riittävä määrä kokenutta henkilöstöä.

Osastolla 2B työvuorosuunnittelu tapahtuu yhteistyössä henkilökunnan ja hoitotyön lähiesihenkilön kanssa pohjautuen autonomiseen työvuorosuunnitteluun. Äkillisissä poissaoloissa hyödynnetään varahenkilöstön sijaisia, yksityisen palveluntuottajan kautta tulevia sijaisia tai toisten vuodeosastojen henkilökuntaa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

7.2 Rekrytointi

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

Osastolla 2B rekrytointi tapahtuu pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikön kautta. Lisäksi hyödynnetään sisäistä rekrytointia pääasiassa vastuualueen sisällä. Yhteistyötä tehdään vastuualueella erityisesti työntekijän työn uudelleenjärjestämistä vaativissa tilanteissa.

Hoitotyöntekijöiden rekrytoinnista vastaa vastuualueen ylihoitaja ja yksikön hoitotyön lähiesihenkilö. Rekrytointi-ilmoitus laaditaan monialaisena yhteistyönä vastuualueen johtajien ja rekrytointiyksikön kanssa. Rekrytointi-ilmoituksessa kuvataan yksikön palvelujen järjestämisen liittyvä osaamistarve. Rekrytoitaessa hakijoista valitaan soveltuvimmat haastatteluun. Haastattelijoina toimivat kirurgian poliklinikan lähiesihenkilö ja operatiivisen alueen ylihoitaja. Haastattelutilanteessa kiinnitetään huomiota mm. työntekijän osaamiseen ja kielitaidon riittävyyteen. Valitun työntekijän kelpoisuus tarkistetaan Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä. (JulkiTerhikki).

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

Kaksi kuukautta kestävään määräaikaiseen työsuhteeseen tai vakinaisessa toimessa on toimitettava lääkärintodistus työnantajalle. Koeaikaa käytetään uuden työntekijän kohdalla. Koeajan kesto on yleensä puolet määräaikaisesta työsuhteesta ja vakituksessa toimessa kuusi kuukautta.

Lääkäre rekrytoinnista vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri yhdessä erikoisalojen ylilääkäreiden ja rekrytointiyksikön kanssa.

7.3 Perehdytys

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

Osastolla 2B käytetään Siun soten organisaatiotasosta perehdytysohjelmaa, jonka tavoitteena on varmistaa suunnitelmallinen ja tasavertainen perehdytys kaikille uusille tai tehtäviä vaihtaville työntekijöille. Myös yksikköön harjoitteluun tulevien opiskelijoiden perehdytys toteutetaan perehdytysuunnitelmaa mukaillen. Lääkäreiden perehtymisen suunnittelusta vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri.

Yleisperehdytyksen lisäksi työntekijän kokonaisperehdytykseen sisältyy osastolla tapahtuva työyksikkökohtainen perehdytys, työhön opastus ja jatkuva ammatillisen osaamisen syventäminen ja laajentaminen. Yksikön lähiesihenkilö huolehtii perehdyttämisestä yksikön yleisiin asioihin. Jokaiselle perehtyjälle nimetään vastuuperehdyttäjä(t) koko perehdytysajalle, jotka huolehtivat perehdytyksen etenemisestä perehtyjän yksilölliset tarpeet huomioiden. Koko hoitohenkilökunta on velvollinen perehdyttämään uusia työntekijöitä.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista arvioidaan yhdessä esihenkilön, vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän kanssa säännöllisissä tapaamisissa. Yleisperehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeen mukaisesti. Perehdyttäjille tarjotaan lisäksi perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen liittyvää koulutusta ja lisäksi suositellaan opiskelijaohjauskoulutusten läpikäymistä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastolla 2B henkilöstön osaamisen kehittäminen jakautuu viikoittaisiin palaveri- ja yhteistyökumppaneiden tarjoamiin koulutuksiin ja alueellisiin koulutuspäiviin. Myös Siun soten tarjoamia koulutuskokonaisuuksia sekä Siun soten ulkopuolisia täydennyskoulutuksia hyödynnetään.

Henkilöstö on suorittanut asiakas- ja potilasturvallisuus koulutukset suositusten mukaisesti. Laitepätevyysiin liittyvät koulutukset ja rekisteröinnit ovat käynnistymässä. Osastolla 2B hyödynnetään myös organisaation tarjoamia koulutuksia sekä infektioihin että lääkehoitoon liittyen. Vastuutehtävien jakamista hoitotyöntekijöiden kesken ollaan tarkastelemaan uudelleen.

Osastolla 2B yksilökehityskeskustelut toteutetaan vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Myös ryhmäkehityskeskusteluja voidaan hyödyntää osaamisen ja toiminnan kehittämisen välineenä.

Täydennyskoulutusten toteutumista seurataan esihenkilön toimesta organisaation sähköisen järjestelmän- sekä oman kirjanpidon avulla useamman kerran vuodessa.

Osastolle 2B on laadittu Osaamisen kehittämisen suunnitelma joka on kattava kooste eri osa-alueiden kaikille kuuluvasta pakollisista koulutuksista esimerkiksi LOVE opinnot, suositeltavista koulutuksista ja täydennyskoulutuksista.

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.

Operatiivisen klinikkaryhmien viroissa noudatetaan Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Lähiesihenkilöiden tulee olla yksikkönsä osaamisalueen asiantuntija, joka soveltuvuutta arvioidaan työhaastattelussa. Lähiesihenkilölle tarjotaan perehdytystä johtamisosaamisen kehittymisen tueksi. Operatiivisessa klinikkaryhmän lähiesihenkilöt osallistuvat organisaation järjestämiin johtamisvalmennuksiin sekä muihin täydennyskoulutuksiin.

Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu päivittäisissä keskusteluissa ja vuosittain järjestettävissä kehityskeskusteluissa. Operatiivisessa klinikkaryhmässä lähijohtajien tehtäviä organisoidaan apulaisosastonhoitajille, apulaisylilääkäreille ja eri asioiden vastuuhenkilölle, jolla pyritään varmistamaan lähijohtamisen työajan riittävyys.

Osaston 2B esihenkilöt osallistuvat säännöllisesti koulutuksiin. Esihenkilöinä toimiville tarjotaan säännöllistä johtamiskoulutusta turvallisuudesta ja työhyvinvoinnista mukaan lukien turvallisuuskulttuurin esittämisen. Esihenkilön työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Osastonhoitajan lisäksi yksikössä toimii apulaisosastonhoitaja. Lähiesihenkilöiden kesken on tehty selkeä työnjako. Työnjako on eritelty yksikön toimintasuunnitelmassa.

Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keski johdon palaverissa. Lähiesihenkilöiden johtamisosaamista arvioidaan arkikeskusteluissa sekä vuosittain toteutuissa kehityskeskusteluissa. Myös työntekijät antavat säännöllisesti palautetta johtamistyöstä ja lisäksi palautetta voi antaa Vibe-henkilöstökyselyn kautta.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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 jaksamista tuetaan organisaation työkykyjohtamisen toimintamalleilla. Näiden avulla voidaan työntekijän työssä suoriutumista ja tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa työkykyä vaarantavat tekijät ja ennaltaehkäistä niitä. Osastolla 2B on käytössä myös ns. SISU-malli, jolla työntekijän töihin paluuta tuetaan lyhyen sairauspoissaolon jälkeen tai tarjotaan mahdollisuutta kevyempään työtehtävään sairausloman sijasta. Työnantaja tukee yksikköä TYHY-toiminnassa, jonka suunnitteluun henkilökunta otetaan vahvasti mukaan.

Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevista toimintatavoista huolehtimisen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä esimerkiksi osastokokouksissa ja yksikön kehittämispäivissä. Myös esihenkilö on työntekijöiden käytettävissä ja tukena työhyvinvointiin liittyvistä asioista keskusteluun ja yhteisten ratkaisujen löytämiseen työntekijän työssäjaksamiseen. Työterveyshuollolla on merkittävä rooli esihenkilön lisäksi, kun kyse on työntekijöiden jaksamisesta. Mikäli työntekijällä ilmenee oireita työssä jaksamisessa, käytetään varhaisen puuttumisen mallia (eHavahu) ja työntekijä ohjataan työterveyshuoltoon.

Kriisitilanteet ovat työyksikössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Esihenkilö on aina työntekijän tukena kriisitilanteessa. Tarvittaessa voidaan myös järjestetä työntekijälle/työntekijöille kriisitilanteen purkuistunto tai kohdennettua työnohjausta. Esihenkilö tekee tiivistä yhteistyötä työterveyshuollona kanssa.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan tiiviisti osaston 2B lähiesimiesten toimesta sekä neljästi vuodessa Vibe-henkilöstökyselyllä. Esihenkilö on velvollinen ryhtymään työnjohdollisiin toimenpiteisiin, jos yksikössä havaitaan työhyvinvoinnin heikkenemisen uhkaavan heikentää potilasturvallisuutta. Yksikössä ylläpidetään avointa, turvallista ilmapiiriä, jossa työntekijän on turvallista tuoda esille virheitä ja puuttua epäkohtiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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.

Osastolla 2B voi esiintyä haastavia potilastilanteita niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Tilanteet voivat olla sanallista uhkailua tai fyysistä väkivaltaa, kuten lyömistä, potkimista tai tavaroiden heittelyä. Uhka voi tulla myös potilaan läheisen taholta.

Osastolla 2B haastaviin potilastilanteisiin on varauduttu esimerkiksi koulutuksien ja yhteisten toimintatapojen avulla. Osastolla on käytössä potilaskutsujärjestelmä, jolla on hälytettävissä lisäapua osaston sisällä. Käytössä on myös päällekkäushälyttimeä, joista hälytys lähtee sairaalan vahtimestareille.

Uhkaavan tilanteen tapahtuessa muiden potilaiden turvallisuus varmistetaan tarvittaessa siirtämällä heidät pois huoneesta.

Haastavien potilastilanteiden kohtaamiseen on organisaatiossa tarjolla koulutusta, jota suositellaan henkilökunnalle.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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.

Osastolla 2B palautteet erinomaisesta toiminnasta ja onnistumisista käsitellään osastokokouksissa. Osastokokousmuistiot ovat koko henkilökunnan luettavissa ja näin tieto välittyy eteenpäin. Onnistumisista voidaan tehdä esimerkiksi parempia toimintamalleja käytäntöön.

Organisaatio mahdollistaa erinomaisen toiminnan palkitsemisen ja tätä hyödynnetään myös osastolla 2B.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Haastavien potilastilanteiden kohtaaminen	Avekki-koulutus	
Yksikön oma perehdytysuunnitelma vanhentunut	Suunnitelman päivittäminen, vastuuhenkilöiden valtuuttaminen	

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

Siun sotessa tietojärjestelmätoimittajien kanssa tehdyin sopimuksin varmistetaan, että tietojärjestelmissä on käyttötarkoituksen kannalta oikeat toiminnallisuudet ja tarvittavat kansallisten palvelujen integraatiot (mm. Kanta-palvelut) sekä sopimuksissa edellytetään toimittajia huolehtimaan lain mukaisten päivitysten toteuttamisesta tietojärjestelmiin. Siun sotessa on käyty läpi keskeisten järjestelmien käyttöoikeudet (roolipohjainen käytönhallinta), sekä tarkasteltu ja tehty toimenpidesuunnitelma muiden järjestelmien käyttöoikeuksien osalta. Tietojärjestelmäsopimuksissa on lisäksi huomioitu lainsäädännön osalta tietosuojaja 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.

Osastolla 2B on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon potilaan hoitajakson aikana kirjataan hoitotyön merkinnät sekä lääkärin päivittäismerkinnät. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset.

Kaikki hoitotyönkirjaukset tehdään ajantasaisesti. Osastolla 2B lääkärinkierrolla olevat lääkärit kirjoittavat päivittäismerkinnät ja hoitotiivistelmät potilastietojärjestelmään tai sanelevat tekstit, jotka sihteeri kirjoittaa potilastietojärjestelmään. Osastolla 2B käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käyttämään myös paperisia potilasasiakirjoja ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

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

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

Potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä ja oikeus saada tieto hänestä itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista (jollei laissa toisin säädetä).

Tarkastuspyynnön voi tehdä [sähköisen asiointipalvelun kautta](#) (linkki) tai [Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella](#) (linkki) ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

Osastolla 2B on tehty hoitotyön kirjaamisen auditointi 8/23 ja siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa toteutettavissa kirjaamiskoulutuksissa. Auditoinnin kautta voidaan puuttua myös virheisiin kirjaamisessa. Havaitut virheet korjataan.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki)

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Osastolla 2B noudatetaan organisaation laatimia tietosuoja- ja tietoturva ohjeistusta. Jokainen työntekijä on salassapitovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä asioista. Yksikön esihenkilö ja nimetty perehdyttäjä käyvät läpi tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja käytänteet jo perehdytysvaiheessa. Perehtyjälle annetaan myös asiaan liittyvä kirjallinen materiaali ja he allekirjoittavat tietoturvan salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen.

Tietoturvaloukkaus tilanteessa esihenkilö tekee ilmoituksen Miun palveluiden kautta. Tapahtumakohtaisesti arvioidaan lisäksi riskin vakavuuden perusteella, tuleeko tapahtumasta tehdä myös ilmoitus valvovalle viranomaiselle eli Tietosuojavaaltuutetun toimistoon sekä loukkauksen kohteeksi joutuneelle henkilölle/henkilöille. Siun soten tietosuojavaastaavat arvioivat näiden ilmoitusten tarpeen, yhdessä esihenkilöiden kanssa. Tarvittaessa ilmoituksia voi olla tarpeen tehdä myös muille viranomaisille (mm. poliisi).

Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Jo perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään

huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi säännöllisesti osastokokouksissa.

Osaston 2B henkilökunta osallistuu säännöllisesti (5 vuoden välein) tietoturva- ja tietosuoja koulutuksiin. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

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.

Osasto 2B sijaitsee B-siiven toisessa kerroksessa. Osastolle ohjaavat selkeät opasteet sairaalan pääovelta saakka. Tilat ovat suunniteltu vuodeosastohoitoa varten.

Osastolla on 4 yhden hengen huonetta, 2 kahden hengen huonetta ja loput huoneista ovat 3-6 hengen huoneita. Osaston tilojen hankaluutena ovat ahtaat huoneet ja pienet WC-tilat, jotka aiheuttavat haasteita toimintaympäristölle ja ergonomialle. Potilaspaikkojen välillä on väliverhot yksityisyyden toteutumiseksi. Äänieristeitä ei ole osastolla. Arkaluonteisia asioita käsiteltäessä pyritään siirtämä potilas toiseen tilaan keskustelua varten.

Osastolle pääsee kulkemaan apuvälineitä käyttäen. Käytössä ovat päätalon hissit.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, keskussairaalasoinen pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Hätä- ja poistumisreitit on merkitty erikseen opasteilla ja poistumistiet pidetään esteettömänä. Henkilöstö tutustuu yksikkönsä turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), ja toimii sen mukaisesti sekä osallistuu myös osaston turvallisuuskävelyihin.

Osastolla on käytössä potilaskutsujärjestelmä, jonka käyttöön potilas opastetaan osastolle saapuessa. Potilaan hoidosta vuorossa vastaava hoitaja vastaa potilaskutsuun, mutta myös muilla työvuorossa olevilla hoitajilla on velvollisuus vastata oman hoitajan ollessa estyneenä.

Osastolla on käytössä huoneissa ja WC-tiloissa hoitajakutsujärjestelmä. Kutsun soidessa jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on velvollisuus tulla auttamaan viipymättä.

Kulunvalvonta on käytössä osaston lääkehuoneessa. Lääkehuoneeseen on pääsy luvan omaavilla henkilöillä kulkutunnisteeseen liitetyn oikeuden myötä.

Kameravalvonta on ainoastaan lääkehuoneessa ja se on ilmoitettu kuvakkeella: "alueella on tallentava kameravalvonta. Kameravalvonnasta vastaa turvallisuustoimijat ja osastolla noudatetaan heidän ohjeistuksiansa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi)

Osaston tiloissa on automaattiset paloilmalaisimet sekä sammutusjärjestelmä. Erillistä murtosuojausta osastolla ei ole. Palovaroittimet sekä sprinklerit ovat joka tilassa ja paloposti löytyy osaston alkupäästä ja loppupäässä on jauhesammutin.

Perehdytyksessä käydään läpi kutsu- ja hälytyslaitteiden käyttö. Käyttöä kerrataan tarpeen vaatiessa yksikön osastokokouksissa. Turvallisuuskierroilla arvioidaan valvonnallisten ratkaisujen riittävyyttä ja toimivuutta. Havaituista puutteista ilmoitetaan lähiesihenkilölle ja havaitut puutteet pyritään korjaamaan viipymättä. Laitteiden ja apuvälineiden käytön ohjeistus kuuluu perehdytykseen.

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa:

Tarkastaja/ luvan myöntäjä:

pp. kk. vvvv

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

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.

Osastolla 2B ei ole käytössä etä- ja digipalveluita.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tilat ahtaat, haaste ergonomialle ja altistaa työtapaturmille	Potilaiden sijoittelu mietittävä	

--	--	--

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.

Osastolla 2B on käytössä potilaiden tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavia hoitovälineitä ja laitteita. Hätätilanteisiin tarvittavat välineet ja lääkkeet on koottu siirrettävään vaunuun, joka on helppo siirtää sinne, missä tarve on. Vaunun sijainti on koko henkilökunnan tiedossa.

Osastolla 2B on käytössä verenkierron seurantalaitteita (verenpainemittari, happisaturaatiomittari). Hengityksen seurantaan ja tukemiseen on käytössä esimerkiksi happisaturaatiomittarit ja lääkinnällistä happea voidaan antaa potilaalle tarvittaessa kaikissa potilashuoneissa. Muita käytössä olevia laitteita ovat esimerkiksi verensokerimittarit, virtsarakon skanneri ja thopaz-imulaite. Liikkumisen apuvälineitä ovat rollaattorit, tasofordit, pyörätuolit ja suihkutuolit.

Jokaisen työntekijän osaaminen varmistetaan suoritettavien laitepassien avulla sekä käytännön harjoituksilla. Osaston kaikki työntekijät, erityisesti uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään lääkintälaitteiden ja muiden osastolla olevien laitteiden käyttöön erilaisten käytännön harjoitusten avulla. Osaamista varmistetaan myös organisaatiossa järjestettävien taitopajojen avulla.

Lääkintälaittehuolto tekee laitteille käyttöönottotarkastukset ja myös kirjaa ne lääkintälaiteluetteloon. Lääkintälaittehuolto huolehtii laitteiden määräaikaista tarkastuksista. Osaston 2B henkilöstö huolehtii laitteiden säännöllisistä toimintakunnon tarkastuksista kuten verensokerimittareiden kalibroinneista. Laitteiden käytön jälkeen ne puhdistetaan heti laitteen käyttöohjeen mukaisin menetelmin.

Osaston 2B työntekijä tekee laitteisiin liittyvät vaara- ja poikkeamailmoitukset Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pikaisesti ja ilmoittaa esihenkilölle. Esihenkilö käsittelee ilmoitukset ja huolehtii vaaratilanneilmoitukset tarvittaessa myös laitteen valmistajalle ja Fimealle.

Uusia laitteita tai välineitä hankittaessa pyritään huomioimaan mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai muut kokemukset toimintahäiriöistä tai laatupoikkeamista. Uusien laitteiden hankintaan liittyy myös laitteen toimittajan käyttökoulutus ja laitetuki joka osaltaan varmistaa turvallisuutta ja osaamista.

Tilanteista keskustellaan moniammatillisesti ja kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan myös yhteistyössä.

Potilaita voi kotiutua osastolta haavan alipainelaitteen kanssa. Potilas saa ohjauksen laitteen käyttöön ja mukaansa myös kirjalliset ohjeet. Laitteen rikkoutuessa potilaita on ohjattu lopettamaan laitteen käyttö välittömästi ja olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Ei

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuhenkilö: Ei

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Osaston 2B lääkehoitosuunnitelman laativat lähiesihenkilöt yhdessä lääkehoitovastaavien kanssa. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Esihenkilön on varmistettava, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Esihenkilön on mahdollistettava työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon

osaamistaan säännöllisesti. Yksikön esihenkilö, lääkevastaava ja sairaala-apteekin edustaja arvioivat säännöllisesti lääkehoidon turvallista toteutumista yksikössä ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin ja aloittavat tarvittavat toimenpiteet. Korjaavia toimenpiteitä ovat olleet esimerkiksi lääkkeiden säilytykseen liittyvät toimintatapojen muutokset.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona yksikköön. Lääkehoitosuunnitelma tallennetaan osaston 2B Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin.

Osastolla 2B lääkehoitoa saa toteuttaa vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut laillistettu hoitaja. Lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen on kuuluu osana henkilöstön perehdytystä. Esihenkilö käy läpi perehtyvän kanssa lääkehoitosuunnitelman sisällön yleisesti ja huolehtii, että perehtyvän on mahdollisuus rauhassa tutustua siihen. Nimetty vastuuperehdyttäjä käy läpi lääkehoitosuunnitelman sisällön käytännössä ja ohjaa turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijat perehtyvät lääkehoitoon yksikköön laaditun lääkehoitosuunnitelman avulla ja toteuttavat lääkehoitoa nimetyn ohjaajan valvonnassa.

Lääkehoitoa toteuttaa yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut laillistettu hoitaja. Hoitaja voi olla joko lähi- tai sairaanhoitaja. Potilaan kotilääkityksen tarkistaa vastaanottava hoitaja. Leikkauspotilaan kotilääkitys on tarkistettu TOIKO-Yksikössä. Lääketilauksen teosta vastaa sairaanhoitaja, lääkkeiden jako kuuluu myös kaikille laillistetuille hoitajille. Lääkkeet jaetaan vuorokausidosettiin kerran päivässä sairaanhoitajan tai lähihoitajan toimesta.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen henkilöstö suorittaa lääkehoidon koulutukset säännöllisesti ja antaa tarvittavat osaamisen näytöt. Tavoitteena on, että näyttöjä vastaanottava henkilökunta käy Näytöt ja osaamisen arviointi -verkkokoulutuksen.

Lääkehoidon koulutussuunnitelma löytyy osaston 2B osaamisen kehittämisen suunnitelmasta.

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä osaston 2B henkilökunnan ensisijainen tehtävä on seurata potilaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Henkeä uhkaavassa tilanteessa paikalle kutsutaan MET-ryhmä organisaation ohjeistuksen mukaisesti ja järjestetään potilaalle tarvittava jatkoseuranta tai -hoito.

Vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja pyrkii selvittämään, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä pyritään selvittämään moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Henkilöstöä tiedotetaan vaaratapahtumasta sekä mahdollisista toiminan muutoksista osastokokouksessa.

Lääkehoitoon liittyvien kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla eli tuleeko muutoksen jälkeen samasta aiheesta uusia ilmoituksia.

Potilaaseen ollaan yhteydessä tilannekohtaisen harkinnan perusteella puhelimitse. Yleensä yhteydenotosta vastaa hoitava lääkäri. Lääkäri antaa soittaessaan ohjeet potilaalle kuinka toimia.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Tanja Hulmi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: oh Hanna Korkeakoski.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaiden lääkityslistat eivät ole ajantasalla potilastietojärjestelmässä	Lääkelistojen tarkistus potilaan saapuessa osastolle. Lääkärien kirjaukset lääkemääräyksistä ajantasalla potilastietojärjestelmässä.	

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.

Osaston 2B toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus. Huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen on keskeistä hoitoon liittyvien infektioiden hallinnassa. Yksikössä on käsihuuhteiden sijoitteluun pyritty kiinnittämään huomiota, jotta ne olisivat sekä henkilökunnan että potilaiden helposti saatavilla. Yksikköön on nimetty myös hygieniavastaava.

Osaston 2B henkilökunnan perusrokotesuoja tulee olla kunnossa, joka varmistetaan työhönottotilanteessa. Epäselvissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuutta seurataan.

Tartuntavaarallisten potilaiden kohdalla hoito suunnitellaan noudattamalla kyseiseen eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Tarvittavat suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla.

Osastolla 2B tyypillisiä toimintaan liittyviä infektioita ovat erilaiset haavainfektiot, suolistoinfektiot, hengitystieinfektiot. Hoitoon liittyvät infektiot kirjataan asiakas – ja potilastietojärjestelmään ja antibiootin aloituksen yhteydessä tehdään kirjaus sairaalan antibiootti ja infektioiden seuranta -rekisteriin.

Infektioiden seurantaan ja niiden torjuntaan liittyviä asioita ja ohjeistuksia käydään läpi säännöllisesti osastokokouksissa moniammatillisesti. Henkilöstöä kannustetaan myös hakeutumaan asiaan liittyviin lisäkoulutuksiin. Esihenkilö seuraa koulutuksien toteutumista.

Lue lisää: [Infektioiden torjuntatoimien omavalvonnan vastuutehtävät yksiköille \(linkki, sisäisesti saatavilla\)](#), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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.

Osaston 2B yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja yksikön palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa. Vaatehuollosta vastaa Sakupe.

Yksikössä on jokaisessa potilashuoneessa jäteastiat (särmäisjäte) pistävää ja viiltävää jätettä varten. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti.

Siivoukseen liittyvistä laatupoikkeamista raportoidaan eteenpäin suullisesti. Vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin. Ilmoitus kohdennetaan laitoshuollon esihenkilölle.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hygieniayhdyshenkilöitä tarvitaan lisää	Uusien hygieniahenkilöiden perehdytys ja koulutus	

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 hoitoketjukurvaukset.

Henkilökunta pyritään perehdyttämään intran käyttöön jo työsuhteensa alussa. Myös tiedostopankin käyttöön ohjataan. Intrasta löytyvät myös osaston omat sivut, joihin on kerätty yksikköä koskevia tietoja (pikalinkkejä). Potilas- ja työohjeet löytyvät myös Intrasta erikoisalojen alta. Kotihoito-ohjeet hyväksyvät kyseisen erikoisalan ylilääkärit. Kriittiseksi määriteltujen asiakirjojen ajantasainen versio löytyy paperisena yksiköstä, esimerkiksi omavalvontasuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma.

Sisällöntuottamisesta intraan vastaavat nimetyt henkilöt. Intran sisällöntuottajat on perehdytetty tarkemmin intran käyttöön. He huolehtiva ohjeiden päivittämisestä ja tiedostojen ajantasaisuudesta. Kotihoito-ohjeet pyritään tulostamaan, kun potilas on kotiutumassa. Valmiiksi tulostettuja ohjeita pyritään välttämään, että potilas saisi aina ajantasaisen tiedon.

Osastolla on käytössä myös Teams-kanava, jonne tallennetaan esimerkiksi osastokokousmuistiot. Autonominen työvuorosunnittelu tapahtuu myös Teams-kanavalla. Esihenkilöt käyttävät Teams-kanavaa aktiivisesti päivittäin. Henkilökunnan tiedonvälityksessä (viestintä) Teams-kanava on pienessä roolissa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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
Sisällöntuottajia on liian vähän	Uusien sisällöntuottajien kartoitus ja perehdytys/koulutus	

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.

Keskeisiä yhteistyökumppaneita osastolla asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat, kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Osastolla on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys, joiden laatimiseen ja osaamiseen ylläpitoon tarjoaa tukea organisaation turvallisuusyksikkö. Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyötä tehdään esimerkiksi osallistumalla säännöllisesti paloturvallisuuskoulutuksiin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Osastolle 2B on laadittu normaaliolojen häiriötilanteisiin suunnitelmat (esimerkiksi toiminta sähkökatkon varalle). Häiriötilanteita varten harjoitellaan säännöllisesti ja toimintamalleja päivitetään harjoituksissa saatujen kokemuksiin perustuen.

Osastolla on poikkeusolojen häiriötilanteisiin toimintasuunnitelma, jolla kriittiset toiminnot varmistetaan. Osastolla on oma rooli suuronnettomuustilanteessa. Yksikköön on laadittu suuronnettomuus suunnitelma. Osasto osallistuu suuronnettomuus tms. häiriötilanneharjoituksiin, aina kun organisaatiossa niitä järjestetään. Esihenkilö ja palveluvastaava laativat suunnitelmat yhdessä yhteistyötahojen kanssa.

Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään valmiussuunnitelmiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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
Suuronnettomuussuunnitelma ei ole kaikilla työntekijöillä tiedossa	Opastus ja perehdytys suuronnettomuussuunnitelmaan	Siun sote suureonnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Yksikön yleisten tilojen terveellisyyttä arvioidaan vuosittain Laatuporttiin kirjattavassa työn riskienarvioinnissa. Potilashuoneiden valaistusta ei voi säätää. Ääniolosuhteita hallitaan tilasuunnittelun ja äänieristyksen avulla. Osaston potilaille voidaan tehdä isotooppitutkimuksia, jotka voivat aiheuttaa haittaa esimerkiksi raskaana oleville. Potilashuoneen oven viereen laitetaan tällöin merkintä: Säteiluvaara, ota yhteys hoitajaan.

Käyttöveteen tai muuhun yksikön terveellisyyteen vaikuttavissa asioissa toimitaan Siun soten ohjeistuksen mukaisesti.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilaat tulevat osastolle 2B pääosin päivystyksestä, eri erikoisalojen poliklinikoilta, toisista yksiköistä tai TOIKO- yksikön kautta. Osastolle tullessa tarkistetaan, onko potilaalla tunnistusranneke. Ellei tunnistusranneketta ole, potilaalle tulostetaan ranneke. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan aina, esimerkiksi lääkkeen- tai verensiirtotilanteissa. Potilaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Häätätilapotilaan/ -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.

Potilaan vointia ja peruselintoimintoja seurataan osastolla 2B säännöllisesti koko vuorokauden ajan. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat kaikkien hoitajien tiedossa. Hoitajilla on taskukortit: MET-hälytyksen kriteerit ja toiminta elvytystilanteessa. Jokaiseen puhelimeen on tallennettu MET- ja ELVYTYS-ryhmän puhelinnumero. MET-hälytys tehdään, kun kriteerit täyttyvät tai tilanteen mukaan. MET-hälytyksellä pyritään välttämään elvytystilanteeseen päätymistä. MET- ja ELVYTYS-ryhmän toiminta on teho-osaston toimintaa ja toiminnan kehittäminen tapahtuu myös teho-osastolta käsin.

Osaston henkilökunta suorittaa vuosittain Hätätilan tunnistaminen ja Elvytys -koulutuskokonaisuuden (taso3), joka sisältää verkkokurssin ja simulaatio harjoittelun. Osastolla ei tällä hetkellä ole omaa elvytyskouluttajaa.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Osasto 2B tekee yhteistyötä organisaation sisällä eri yksiköiden kanssa kuten eri erikoisalojen vuodeosastot, anestesia- ja leikkausyksikkö, yhteispäivystys, TEHO- sekä tehostetun valvonnan yksikkö sekä perusterveydenhuollon eri yksiköt. Osaston henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä myös ikäihmisten palvelujen kanssa esimerkiksi kotihoito. Osastolta voidaan siirtää potilaita jatkohoitoon muille erikoissairaanhoidon vuodeosastoille, teho-osastolle tai tehostetun valvonnan yksikköön sekä terveyskeskussairaaloihin. Potilaita voidaan siirtää myös yliopistolliseen sairaalaan jatkohoitoon.

Suullinen tiedonsiirto toteutetaan ISBAR-menetelmällä. ISBAR- menetelmää käytetään kaikissa potilassiirroissa. Erikoissairaanhoidon sisällä asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot välittyvät reaaliaikaisesti yksiköstä toiseen. Perusterveydenhuollon puolelle tieto siirtyy viiveellä, joka aiheuttaa haasteita. Tiedon siirtymisen varmistamiseksi osastolta annetaan potilaan mukaan tuloste asiakas- ja

potilastietojärjestelmään kirjatusta tiedoista. Jatkohoitopaikkaan ollaan aina yhteydessä myös puhelimitse. Samaa toimintamallia käytetään myös ikäihmisten palvelualueen toimijoiden kanssa.

Osaston henkilökunta suorittaa ISBAR – suullisen tiedonkulun varmistaminen -verkkokurssin. Kotiutusprosessiin liittyvistä toimintatapoja käydään läpi perehtymisen lisäksi myös säännöllisesti osastokokouksissa. Henkilöstöä ohjataan hyödyntämään intran ”kotiuttaminen” -sivustoa, jonne on koottu laajasti potilaan jatkohoidon järjestämiseen liittyviä asioita.

Tilannekeskusta hyönnetään virka-ajan ulkopuolella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

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

Osastolla 2B kivunhoito on tärkeä osa potilaan hoitoa. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti leikkauspotilaita tai potilaita, joilla on haasteita kivun hallinnassa.. Useimmilla potilailla on säännöllinen kipulääkitys ja lisäksi hoitava lääkäri on määrännyt tarvittaessa annettavan kipulääkkeen. Lisäksi potilaalla voi olla eri antoreittiä meneviä kipulääkkeitä, esimerkiksi epiduraalitalaan tai paikallisesti annettava johtopuudutus.

Kivun voimakkuutta arvioidaan sanallisilla kysymyksillä joka työvuorossa ja aina kivun akutisoituessa sekä kipulääkityksessä. Kivunhoidon arviointi, toteuttaminen ja jatkohoitosuunnitelma kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Kipumittarina käytetään asteikkoa 1–10 tai hymynaama-mittareita (VAS) tai numeraalista mittaristoa (NRS). Kivun seuranta merkitään potilastietojärjestelmään. Kivunhoidon riittävyttä arvioidaan jokaisessa vuorossa. Kipuhoitaja on arkisin käytettävissä. Kivunhoitoon liittyvä osaaminen varmistetaan säännöllisillä verkkokoulutuksilla. Esihenkilö seuraa niiden toteuttamista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Osastolla ehkäistään potilaan kaatumista monin eri keinoin. Muistamattomalle tai huonosti liikkuvalla potilaalle laitetaan laidat potilassänkyyn. Potilasta avustetaan asennonvaihoissa ja liikkumisessa. Kaatumista ehkäisee myös sekä siirtymisessä käytettävät nostovälineet että liikkumisessa käytettävät apuvälineet, kuten rollaattori, kävelyteline, kyynärsauvat ja hoitajan tuki.

Mikäli osastolla tapahtuu kaatumiseen tai putoamiseen liittyvä vaaratapahtuma, siitä tehdään Laatuportti-ilmoitus ja haittatapahtumakirjaus myös asiakas- ja potilastieto järjestelmään. Potilaan kaatuminen/putoaminen kirjataan aina ylös potilaskertomukseen. Lääkəriin otetaan yhteyttä tarvittaessa. Uusi työntekijä perehdytetään kaatumisen/putoamiseen ennaltaehkäisyyn (ennakointi, lääkitys, apuvälineet, toimintatavoista kertominen sekä yhteydenotto lääkəriin).

FRAT-kaatumisen riskinarviointimittari on käytössä, arviointi kirjataan Mediatri-potilastietojärjestelmään.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Sairaudesta tai toimenpiteestä johtuvat sekavuustilat aiheuttavat riskitilanteita, yleensä kaatumisia	Riittävä lääkitys ajoissa, riskipotilaiden tunnistaminen. Tarvittaessa lepoliivit lääkärin luvalla.	Siun soten Akuutti sekavuustila (delirium)- palveluketju

--	--	--

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.

Potilaan ravitsemusta seurataan säännöllisesti, esimerkiksi kirjaamalla ylös potilaan saama ruoka ja juoma. Lonkkamurtuma- ja vajaaravitsemuspotilaille tarjotaan täydennysravintojuomia perusravitsemuksen lisäksi. Osastolla 2B ei ole laadittu ravitsemushoidon laatukriteereitä. Ravitsemuksen seurantamittarin NRS2002 käyttö on vähäistä. Potilaan ravitsemusta seurataan joka vuorossa ja kirjataan potilaan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Ravitsemusvastaavat osallistuvat ravitsemuskoulutuksiin ja tuovat tiedon koulutuksen annista muille työntekijöille.

NRS2002- vajaaravitsemusmittarin käyttöä ja vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden määrää voidaan seurata QLIK- raportointipalvelimesta

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemusmittarin käyttö on vähäistä	Koulutus ja opastus	Toimintamalli NRS 2002 vajaaravitsemuksen riskin määrittämisen jälkeen

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Osastolla 2B on tunnistettu ja kirjattu potilasryhmä, jotka ovat painehaavariskissä. Esimerkiksi vuodepotilaat, kuumeilevat, halvaantuneet, verenkierto-ongelmista kärsivät potilaat tai potilaat, joiden vointi huononee osastohoidon aikana. Tavoitteena on arvioida potilaan painehaavariskiä 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta osastolle. Tavoitetta ei aina saavuteta. Osastolla käytetään Braden- riskinarviointimittaria. Kirjaukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti sähköiseen asiakas- ja potilasjärjestelmään riskin arviointilomakkeelle sekä hoitotyönmerkinnät - että HOI-ESH- lomakkeelle.

Riskinarviointimittaria on käyty läpi yhdessä osastopalavereissa. Vastuuhenkilöt ohjaavat mittarin käyttöön jokaista hoitajaa henkilökohtaisesti. Riskinarviointia seurataan QLIK- raportointipalvelimesta.

Osastolla 2B panostetaan painehaavan ennaltaehkäisyyn. Jokaisessa potilasvuoteessa makuualustana on vähintään keskiriskiluokan painehaavapatja. Korkean riskin potilaalle laitetaan aina moottoroitu ilmapatja. Ennaltaehkäiseviä tuotteita käytetään säännöllisesti, esimerkiksi vaahtosidokset ristiluun alueella sekä kantapäiden suojana. Lisäksi potilaan siirtotilanteissa käytetään siirtämiseen tarkoitettuja apuvälineitä, jotka vähentävät kitkan syntymistä siirtotilanteessa.

Henkilöstön osaamista varmistetaan säännöllisillä haavakoulutuksilla. Organisaatiossa järjestetään vuosittain painehaavan ennaltaehkäisyn koulutusta.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#)

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

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Osastolla toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Leikkaukseen menevältä potilaalta otetaan iänmukaiset verikokeet, keuhkokuva ja sydänfilmi. Osastolla tarkistetaan potilaan ravinnotta olo, ihon kunto ja muu leikkauksekelpoisuus. Potilaalla on tunnistusranneke. Leikkauslomakkeelta tarkistetaan vielä, että leikattava alue on oikein valmisteltu. Osastolla ei ole tarkistuslistaa, mutta leikkauksosastolla potilaan tiedot käydään läpi erillisen tarkistuslistan mukaisesti. Osastolla on leikkauspotilaan valmistelun ohje, joka on käytössä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Siun soteen on laadittu vuonna 2024 yhtenäinen toimintamalli äkillisen sekavuustilan ehkäisemiseksi, tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Toimintamallista on julkaistu hoito- ja palveluketju, joka on julkinen ja käytettävissä koko hyvinvointialueella. Lisäksi Mediatriin on rakennettu rakenteinen kirjausalue äkillisen sekavuustilan seulontatestien (CAM, 4AT) kirjaamiseksi rakenteisessa muodossa. Seulontatestien käyttöaktiivisuutta seuraamalla pyritään tunnistamaan akuutin sekavuustila -palveluketjun käyttö hyvinvointialueella. Koulutusta järjestetään maaliskuusta alkaen ja henkilöstö osallistuu koulutuksiin.

Osastolla hoidetaan riskiryhmään kuuluvia potilaita, esim. muistisairaat, alkoholin vieroitusoireista kärsivät potilaat sekä päihdekäyttäjät. Hoitava lääkäri hoitaa potilaan sekavuustilaa. Tarvittaessa potilaan sekavuustilasta konsultoidaan esimerkiksi neurologian tai psykiatrian erikoislääkäreitä. Potilaan vointi kirjataan

asiakas- ja potilastietojärjestelmään hoitotyönmerkinnät lomakkeelle. Osastolla on myös työntekijä, joka on käynyt päihdekoulutusta. Sekavan potilaan hoito- koulutuksiin osallistutaan mahdollisuuksien mukaan. Päihdekäyttäjiltä pyydetään erillinen hoitoon sitoumuslomake, jossa rajoitetaan vierailijoiden määrää.

Osastolla kiertävä hospitalisti kouluttaa työntekijöitä akuutin sekavuustilan tunnistamiseen.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#), [Akuutin sekavuustilan \(delirium\) hoito- ja palveluketju \(linkki\)](#)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Osastolla toteutetaan kirurgisen potilaan hoitotyötä. Elintapaohjausta käytetään osastolla osana hoitotyötä mm. motivoinnin ja neuvonnan kautta. Annettu ohjaus kirjataan potilastietojärjestelmään.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä [Elintapaohjauksen polku \(linkki\)](#), [Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen elintapaohjauksen toimintasuunnitelma \(linkki, sisäinen\)](#)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Osa osaston potilaista on tupakoivia osastohoitoon tullessa. Usein heidän liikkumisensa on rajoittunutta sairaudesta johtuen. Tupakoiville potilaille tarjotaan nikotiinikorvaushoitoa. Sekavilta potilailta pyydetään tupakat ja tulentekevälaineet pois turvallisuuden varmistamiseksi. Henkilöstö osaa tarjota potilaalle erilaisia ja vahvuuksiltaan erilaisia korvaushoitoja, esim. purukumit, laastarit, holkki.

Tupakointi otetaan puheeksi sekä lääkärin että hoitajan toimesta. Tupakointi hidastaa haavan paranemista ja vaikuttaa verenkiertoon.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku \(linkki\)](#)

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Hoitajat ja lääkärit kysyvät potilaalta alkoholin käytöstä, etenkin potilaan kärsiessä akuutista sekavuustilasta. Tarvittaessa potilaalle voidaan suositella hoitoon ohjausta.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#) sekä Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku \(linkki\)](#)

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

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

Osastolla hoidossa olevat päihteidenkäyttäjät ovat usein pitkäaikaiskäyttäjiä. Hoitoon ohjausta voidaan suositella pitkäaikaiskäyttäjillekin. Päihdekäyttäjien määrä osaston potilaista on vähäinen.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#), Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku \(linkki\)](#)

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Mikäli potilaan peliongelma tulisi esiin hoitajakson aikana, asia otetaan puheeksi. Peliongelmakäyttäytyminen ei yleensä tule esille osastohoidon aikana.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma \(linkki\)](#), Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) (linkki, sisäinen), [Ehkäisevän päihdetyön polku \(linkki\)](#)

10.11.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

Mikäli potilaalla ilmenee mielenterveydellisiä haasteita, ohjataan hänet ensisijaisesti psykiatrisen sairaanhoitajan palveluihin, hänen niin halutessaan. Kriisitilanteissa tarjotaan kriisiapua potilaalle ja hänen läheisilleen.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Potilaan hoitoarvio hoitopaikasta on tehty jo Akuuttikeskuksessa, mikäli potilaalla on itsetuhoisia tuntemuksia, päivystävän lääkärin toimesta. Potilaan tilanteesta saadaan hoito-ohjeet päivystävältä lääkäriltä, mikäli potilas ohjautuu osastolle hoitoon.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki, Siun soten [Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma](#) (linkki, sisäinen)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimusveloitteet 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 viranomaisveloitteet, moniammatillinen yhteistyö sekä asiakkaan/koko perheen turvallisuuden varmistaminen välittömässä asiakas ja potilastyössä

Osaston työntekijät osallistuvat Avekki-koulutuksiin, jonka avulla saadaan apua väkivallan tunnistamiseen ja potilaan kohtaamiseen. Vuonna 2024 on julkaistu Siun soten hoitopolku akuutin sekavuustilan ehkäisyyn.

Lue lisää: [Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn](#) (linkki, saatavilla sisäisessä verkossa), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) (linkki), Alueellinen lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimintasuunnitelma 2025-2028 (julkaistaan vuoden 2025 alussa), [Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#) (linkki),

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämis aikataulu

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).

Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään tarvittaessa ja päivitetään vuosittain maaliskuussa. Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan esihenkilöiden toimesta, hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanne- ja haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat, lääkkeet ja rokotteet, verensiirtohaitat). Lisäksi seurataan

muistutuksia, kanteluita ja potilasvahingot – raportointitietoa sekä asiakas/potilaspalautetietoa.

13.2 Omaavontasuunnitelman hyväksyminen

Omaavontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omaavontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-Ofwyki2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

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

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db6b1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveydensuojelulaki (763/1994):

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

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)

Viestit – Suomi.fi:

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