

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 2G

Laatija(t)	Virva Pellinen, osastonhoitaja
	Emma Sinkkonen, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Merja Piironen, ylihoitaja
Hyväksyjä	Helena Jäntti, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	21.1.2025

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 vastuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	9
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	11
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	13
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	15
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	15
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	16
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	20
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	23
7	Henkilöstö	23
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	24
7.2	Rekrytointi	24
7.3	Perehdytys	25
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	26
7.5	Johtamisosaaminen.....	27
7.6	Työhyvinvointi	28
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	29
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	29
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	30
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	30
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	32
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	34
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	34
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	36
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	37
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	39
9.5	Infektioiden torjunta	42
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	42
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	43
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	44
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	45
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	45
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	46
9.7.3	Terveydensuojelu	47
10	Palvelun sisällön omavalvonta	48
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	48
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	49

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	50
10.4	Kivunhoito	51
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	52
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	53
10.7	Painehaavojen ehkäisy	54
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	55
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	56
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	57
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	57
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	58
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	59
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	59
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	59
10.11	Itsemurhien ehkäisy	60
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	62
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	62
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	62
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	62
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	63
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	64

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Operatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 2G, Tikkamäentie 16 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Vuodeosastohoito
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Gastrokirurginen vuodeosasto
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	20 potilaspaikkaa sekä 2 valvontapotilaspaikkaa
Hoitojakson pituus	Hoitojakson pituus keskimäärin 3-5 vuorokautta
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Virva Pellinen, virva.pellinen@siunsote.fi , 0133303148

	Emma Sinkkonen, emma.sinkkonen@siunsote.fi 0133308511
Palvelupäällikkö	Helena Jäntti, helena.jantti@siunsote.fi , 0133303718
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

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.

Vuodeosasto 2G kuuluu operatiiviseen palvelualueeseen, joka on osa terveys- ja sairaalapalvelua.

Osaston lähiesihenkilönä työskentelevät ylilääkäri (lääketieteellinen johto) ja osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäinen yksikön johtaminen painottuu hoitotyön esihenkilölle.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Henkilöstövuokraus (hoitohenkilöstö)	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.

Ennakkovalvonta

Toiminnan aikainen valvonta

Lähiesihenkilöiden osaamisen varmistaminen

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 vaihtoehtoksi.

Osasto 2G:n tehtäviin kuuluu vuodeosastotasaisen hoidon järjestäminen vatsaelinkirurgisille potilaille sekä tarpeen mukaan myös muiden kirurgisten erikoisalojen potilaille. Osastolla hoidetaan potilaita 18-vuotiaasta alkaen. Sitä nuoremmat hoidetaan pääsääntöisesti lastenvuodeosastolla. 80 % potilaista tulee osastolle päivystyksellisesti ja 20 % potilaista on suunniteltuja leikkauspotilaita. Osaston toiminta on käynnissä 24/7.

Osastolla 2G hoidetaan tyypillisesti monisairaita vatsaelinkirurgisia potilaita. Toiminnan tavoitteena on hoitaa potilas yksilöllisen tarpeen mukaisesti alusta loppuun. Suurelle osalle potilaista tehdään jonkin toimenpide (leikkaus, täyhystys, punktio), mutta osaa potilaista hoidetaan konservatiivisesti ilman erillisiä toimenpiteitä.

Osasto 2G palvelee koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen asiakkaita. Tämän lisäksi hoidamme tarvittaessa myös toisen hyvinvointialueen potilaita, mikäli potilas tarvitsee akuutisti hoitoa, eikä tämän vuoksi voi siirtyä omalle paikkakunnalleen. Potilaita ei hoideta etäpalveluina, muuten kuin vastataan puhelinsoittoihin, jos potilas tarvitsee ohjausta esimerkiksi kotiutumisen jälkeen.

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 terveystalvet. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveystalvet 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.

Osaston 2G toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot.

Asiakaslähtöisyys korostuu hoidossa siten, että osastolla hoidetaan potilas yksilöllisesti ja potilaan tarpeiden mukaisesti. Moniammatillinen yhteistyö korostuu yksikössä. Hoito ja jatkosuunnitelmat tehdään yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Potilas pidetään ajantasalla hoitosuunnitelmastaan. Tavoite on hoitaa potilaita aina yhteisymmärryksessä heidän kanssaan. Kohtelemme potilaita yhdenvertaisesti, riippumatta potilaan sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, toimintakyvystä tai asuinpaikasta. Myös kaikki työntekijät ovat tasa-arvoisia, riippumatta koulutuksesta tai taustasta. Mahdollistamme kaikille yksikössä kouluttautumisen sekä itsensä kehittämisen. Kaikki työntekijämme ovat yhtä arvokkaita ja heillä on oikeus tulla kuulluksi.

Avarakatseisuus näkyy yksikön toiminnan kehittämisessä ja toimintatapojen jatkuvassa arvioinnissa. Osaston toimintaa kehitetään ajankohtaisen tutkimusnäytön mukaisesti sekä organisaation keräämän tiedon perusteella. Henkilöstön kouluttaminen on tärkeässä roolissa osana yksikön kehittämistä.

Yksikön tavoitteena on tuottaa tasavertaista ja tasalaatuista palvelua potilaille. Huomioimme potilaan yksilöllisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kaikissa toiminnoissamme. Huomioimme, että yksikkö on turvallinen niin siellä asioiville kuin työskenteleville.

Osasto 2G toimii vastuullisesti noudattaen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistuksia. Jokainen työntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisestä sekä kehittämisestä osallistumalla koulutuksiin. Seuraamme hoitoamme 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)

Osaston 2G omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaa osaston 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 2G omavalvontasuunnitelman laatimiseen osallistuu yksikön lähiesihenkilöt. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään terveydenhuollon omavalvontasuunnitelmapohjaa. Lähiesihenkilöt sekä ylilääkäri laativat alustavan omavalvontasuunnitelman. Alustava suunnitelma käydään läpi yksikössä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus osallistua suunnitelman tekoon sekä kehittää sitä. Tarvittaessa omavalvontasuunnitelmaan voidaan tehdä muutoksia tai sitä täydennetään henkilökunnalta saadun palautteen mukaisesti.

Tämän lisäksi omavalvontasuunnitelmassa otetaan huomioon potilaita saatu palaute sekä kehittämis ehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on potilaiden sekä omaisten nähtävillä, joka mahdollistaa siihen perehtymisen sekä kehittämis ehdotusten tekemisen.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluyksikkökohtainen 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) palveluyksikössä ilman erillistä pyyntöä.

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

Vuodeosaston ajantasainen omavalvontasuunnitelma on nähtävissä tulosteena yksikön odotusaulassa, jossa se on helposti asiakkaiden saatavilla. Ajantasainen suunnitelma löytyy myös aina Siun soten Intran tiedostopankista.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluyksikkökohtaisen 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 palveluyksikkö 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 itsearviointit 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.

Vuodeosaston riskienhallinnasta vastaavat lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Lähiesihenkilöt ovat vastuussa tiedottamalla henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, omavalvonnan ohjeistuksesta sekä järjestämisestä. Koko henkilökunta on vastuussa ilmoittaa viipymättä, mikäli huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai uhan asiakkaan tai potilaan hoidossa. Yksiköön tehdään Laatuporttiin riskienarviointi, jota päivitetään aina toiminnan muuttuessa. Vuodeosastolla tehdään myös viiden vuoden välein työpaikkaselvitys yhdessä työterveyshuollon kanssa. Jokainen osaston työntekijä on velvollinen tuomaan esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat ja osallistumaan parantavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Henkilöstön kuuluu tietää osaston tunnistetut riskit.

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

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Laatujärjestelmään (Laatuportti)laaditaan työn riskienarviointi, jota päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan muuttuessa. Riskienarvioinnissa pyritään huomioimaan yksikön toimintaan ja ympäristöön liittyvät riskit jo ennalta ja suunnittelemaan sekä toteuttamaan tarvittavat korjaukset. Riskienarvioinnissa huomioidaan toimintaan liittyvien riskien lisäksi myös henkilöstöön kohdistuvista riskeistä.

Osastolla on käytössä leikkaussalista tulevan potilaan sekä kotiutuvan potilaan tarkistuslistat. Infektioiden esiintyvyyttä ja käsihuuhdekulutusta seurataan säännöllisesti ja KyhKä- käsihuuhdehävainnointia suoritetaan kuukausittain. Infektioseurantaa (Prevalenssi) tehdään vuosittain.

Potilaan tekemät muistutukset käydään läpi ja esiin nousseet riskit huomioidaan ja tehdään tarvittavia toimenpiteitä, että riski ei uusiutuisi.

Osastolla tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskierroja, jotka toimivat ennakoivana riskienarviointimenetelmänä. Myös turvallisuuskierroilla pyritään havaitsemaan mahdolliset poikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä saadaan poistettua/hallintaan. Turvallisuuskierrojen järjestämisestä vastaa yksikön lähiesihenkilö. Turvallisuuskierrolle osallistuvat kaikkien osastolla työskentelevien ammattiryhmien edustajat, osaston turvallisuusvastaava sekä tarvittaessa myös työsuojelun edustaja. Tehdyt riskienarvioinnit ja turvallisuuskierrojen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa osastokokouksessa ja ne löytyvät myös yksikön turvallisuuskansiosta.

Mikäli osastolla todetaan riski vaara- tai poikkeamatilanteeseen, ryhdytään asiaan paneutumaan moniammatillisesti tarkastellen hoitotyön prosessia.

Rekrytoinnissa huomioidaan työntekijän pätevyys ja osaaminen.

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

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).

Yksikössä ilmoitetaan aina vakavat vaaratapahtumat/-tilanteet aina yksikön esihenkilölle myös suullisesti. Myös suuren riskin läheltä piti tilanteet sekä väkivaltatilanteet otetaan heti puheeksi esihenkilön kanssa.

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

Vuodeosastolla on käytössä erilaisia mittareita, joilla voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi painehaavojen syntymistä, aliravitsemusta, kaatumista tai muuta hoitoon liittyvää toimintaa. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä on käytössä Braden mittari, minkä mukaisesti potilaalle voidaan valita käyttöön yksilöllisesti sopiva oikea patja, jotta painehaavoja ei syntyisi. Vajaaravitsemusmittari NRS2002 arvioidaan potilaan vajaaravitsemusta ja voidaan näin huomioida ravitsemustilaa hoidossa. Kaatumisriskiä voidaan arvioida FRAT-mittarilla.

Kaikista painehaavoista tai kaatumisista tehdään myös Laatuporttiin ilmoitus.

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

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

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

Mikäli potilaan kotioloista, pärjäämättömyydestä tai muusta sosiaalisesta syystä herää huoli, voidaan potilaasta tehdä huoli-ilmoitus. Sosiaalipuoli ottaa potilaan asiat hoitaakseen ja selvitykseen.

Jos potilaan lääkehoidosta ilmenee haittavaikutuksia, arvioi lääkäri tapauskohtaisesti ilmoituksen teosta Fimealle.

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

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.

Vuodeosaston vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset tulevat ensimmäisenä esihenkilöille käsiteltäväksi. Esihenkilöt (hoitotyön ja lääketieteellinen lähijohto) käsittelevät ilmoitukset vastuuleidensa 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 aina tarpeen vaatiessa. (N. 1x/kk) 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 haavaitut 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. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään mahdollisimman pian saapumisesta, mutta viimeistään jokaisen kuukauden lopussa. Osastonhoitaja varmistaa, että laatuportti-ilmoitukset on täytetty asianmukaisesti sovitussa aikaikkunassa. Jos ilmoituksia ei käsitellä sovitussa ajassa, asiasta keskustellaan ja pohditaan toista toimintatapaa, esimerkiksi ilmoitusten käsittely viikoittain.

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

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.

Vuodeosastolla todettuihin riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan viiveettä. Esihenkilö kirjaa ilmoituksia käsitellessään niihin yhdessä sovitut kehittämistoimenpiteet, kehittämistoimien aikataulu ja niistä vastaavat henkilöt. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja suorittamista koordinoinnista vastaavat

lähiesihenkilöt (osastonhoitaja ja ylilääkäri). Kehittämistoimenpiteen vastuuhenkilöksi voidaan kuitenkin nimetä joku muu osaston 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, esimerkiksi potilaan hoidon sujuvuus, laatu, yhteistyö ym.

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.

Mikäli toimenpiteiden toteutus ei toteudu määräajassa, se otetaan uudelleen käsittelyyn.

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

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Vuodeosaston henkilöstölle tiedotetaan muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä lähiesihenkilö toimesta. Tiedottaminen tehdään sekä osastokokouksessa (suullisesti) että muistiolla (kirjallisesti). Tarvoittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intraan sisäistä käyttöä varten.

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

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

Jos korjaavia toimenpiteitä ei suoriteta, otetaan asia uudelleen käsittelyyn ja keskusteluun. Tällöin varataan tiukempi määräaika toimenpiteille, jotta siinä pysytään.

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

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.

Asiakkaan tiedottamisesta tehdään aina potilastietojärjestelmään merkintä, jotta tiedetään että asia on otettu hoidettavaksi. Mikäli tiedottaminen ei toteudu, otetaan asia uudelleen käsittelyyn ja lähiesihenkilö varmistaa itse henkilökohtaisesti, että asia on hoidettu asianmukaisesti.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laatuportin käyttöosaaminen vähäistä	Koulutus ja perehdyys	Laatuportin käyttöohjeet yleisesti, löytyy Siun soten intrasta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023 (linkki)

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Operatiivisen klinikkaryhmän palveluihin vaaditaan lähete perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Läheteen käsittelyaikaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jota Operatiivisessa klinikkaryhmässä noudatetaan. Operatiivisessa klinikkaryhmässä hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmen (3) viikon sisällä läheteen 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.

Osaston 2G potilaista 80 % tulee päivystyksellisesti hoitoon. Potilaat tulevat silloin ilman lähetettä vuodeosastolle. Suunnitellusti osastohoitoa vaativat potilaat tulevat läheteiden ja eri tutkimusten kautta osastolle. Erikoislääkäri tekee aina hoidontarpeen arvion potilaasta, oli kyseessä päivystyspotilas tai suunniteltu leikkauspotilas.

Suunnitellusti osastolle tulevan potilaan kohdalla erikoislääkäri on saanut läheteen potilaasta, minkä mukaisesti hoito suunnitellaan. Hoidonvaraaja varaa tarvittavat tutkimukset ja kokeet ennen osastolle tuloa (esim. leikkausta varten tarvittavat kokeet) sekä haastattelee potilaan. Potilas saa ajan osastolle läheteessä olevan kiireellisyyden mukaisesti. Syöpäleikkaukset sekä tutkimukset ovat osaston ajanannossa prioriteeteissa ensimmäisenä. Kiireettömissä toimenpiteissä läheteessä oleva kiireellisyys voi muuttua suunniteltua pidemmäksi.

Ylilääkäri seuraa säännöllisesti osaston hoitotakuujonoja. Hoitotakuu voi ylittyä suuren potilasvolyymin vuoksi. Kaikki kiireelliset syöpäleikkaukset menevät ohi kiireettömistä leikkauksista, minkä vuoksi hoitotakuut voi venyä. Ylilääkäri käy läpi vatsaelinkirurgisten potilaiden leikkausjonoa säännöllisesti läpi yksikön esihenkilöiden kanssa, jotka sitten tiedottavat yksikön henkilökuntaa tilanteesta. Ylilääkäri arvioi mahdolliset toimenpiteet, mikäli tavoitteeseen ei päästäisi.

Potilas ja omainen tiedotetaan hoidon tarpeen arviointia tehdessä myös hoidon suunnitellusta toteutuksesta. Tässä tilanteessa hoitava lääkäri myös informoi mahdollisista viivästyksistä.

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

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyn määraajat 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 erikoissairaanhoitoon tulleen läheteen 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.

Vuodeosastolla ei käsitellä lähetteitä eikä laiteta potilaita leikkausjonoon.

Päivystyspotilaat otetaan osastolle hoitoon osaston paikkatilanteen mukaan. Mikäli osasto on ylipaikkatilanteessa, potilas sijoitetaan toiselle osastolle. Päivittäin saadaan tilasto, josta ilmenee, missä osastoilla osaston potilaita on hoidossa. Joskus päivystyspotilas voi joutua odottamaan vapautuvaa paikkaa päivystyksessä. Väestölle tiedotetaan ruuhkatilanteista (Päivystys ja vuodeosastot ovat täynnä) sanomalehti Karjalaisessa sekä alueuutisissa. Raporteista voidaan nähdä, kuinka pitkään potilas on ollut esimerkiksi päivystyksessä.

Suunniteltujen leikkauspotilaiden osastolle pääsykäytäntö 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](#) [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019](#) [Hoitoon pääsy \(hoitotakuu\)](#)

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Osasto 2G toimii osana potilaan hoitoprosessia, mutta ei vastaa yksittäisen potilaan terveys-, hoito- tai palvelusuunnitelmien laatimisesta. Osastojaksolla tehdään potilaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma potilaan hoidon tarpeen mukaisesti. Hoitosuunnitelman osastojaksolle ja jatkoa varten tekee aina potilasta hoitava osaston lääkäri. Hoitoon liittyvät suunnitelmat, tavoitteet sekä toteutus kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Potilaan hoitosuunnitelmasta ja hoidon tavoitteista keskustellaan aina potilaan ja omaisen kanssa (potilaan näin halutessa) sekä hänen hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa.

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

suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti. Mikäli hoitosuunnitelmaa ei päivitetä, koulututetaan henkilöstöä asiasta. Yksikön esihenkilön tehtävä on seurata hoitosuunnitelman tekoa, jotta tavoitteessa pysytään.

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

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.

Vuodeosastolla hoito perustuu potilaiden vapaaehtoisuuteen. Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin aikana sekä myös halutessaan potilas voi kieltäytyä saamastaan hoidosta. Jos potilas on tehnyt hoitotahdon, sitä noudatetaan hoidossa. Mikäli potilas tekee hoitotahdon hoitojakson aikana, dokumentti skannataan potilastietojärjestelmään ja merkataan potilaan riskitietoihin. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat vuodeosaston toiminnan perusta. Potilaan sekä tarvittaessa myös omaisten mielipide ja halukkuus huomioidaan hoitoa suunnitellessa.

Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Henkilöstön osaaminen varmistetaan aina, koskien potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä epäkohtia. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin. Mikäli potilas kieltäytyy täysin hoidosta kesken hoitojakson, vaikka hoito on lääketieteellisesti perusteltua, potilas allekirjoittaa lomakkeen: *poistuminen omalla vastuulla*.

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 intymiteettisuojaan toimenpiteissä. Mikäli potilashuoneessa käsitellään arkaluontoisia asioita, potilas pyritään viemään toiseen tilaan, missä yksityisyys toteutuu.

Mahdollisia uhkaavia tilanteita varten osastolle voidaan soittaa keskussairaalan omat vahtimestarit turvaamaan työskentelyä. Useimmiten vahtimestareiden paikalle tulo rauhoittaa uhkaavaa tilannetta, eikä rajoittavia toimia näin ollen tarvitse tehdä. Osastolla on käytössä jokaiselle hoitajalle omat päällekkäushälyttimet, jotka ovat mukana hoitohenkilökunnalla omassa vuorossa. Turvahälytintä voidaan painaa jo ennaltaehkäisevästi uhkaavassa tilanteessa, kun henkilökunta kokee tilanteen jollain tapaa uhkaavaksi. Hälytys menee suoraan vahtimestareille, jotka saapuvat osastolle turvaamaan tilannetta parin minuutin sisällä tehdystä hälytyksestä.

Uhkaavista tilanteista tehdään aina vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrä ja käytettyjä rajoitustoimia. Laatuportin kautta tulevien palautteiden kautta voidaan myös seurata uhkatilanteiden määrää.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 812/2000](#) [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista](#) [Mielenterveyslaki 1116/1990](#)

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.

Osastolla 2G joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta niissä tilanteissa, joissa potilasturvallisuus (potilas on vaarassa itselleen tai muille) vaarantuu. Asiakasta kohtaan valitaan aina lievin rajoittamiskeino. Ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään myös mahdollisia syitä asiakkaan/ potilaan käytökseen (esim. kipu)? Rajoittaminen mitoitetaan oikein ja valitaan aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön

Eri keinoja itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen on esimerkiksi lepositeisiin laittaminen. Kaikki muut keinot käytetään aina ennen kuin tehdään päätös potilaan rajoittamisesta, eli esimerkiksi sitomisesta. Päätös itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta (esim. lepoliiveihin laittamisesta) tuodaan esiin myös omaisille.

Osastolla on käytössä tarvittaessa käytettäviä rajoittamisvälineitä, esim. lepositeet. Lepositeiden käyttöön on aina oltava hoitavan/ päivystävän lääkärin lupa. Asiakas- ja potilastietoihin kirjataan: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi. Joskus sekavuudesta kärsivän potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan rauhoittavilla lääkkeillä. Hoitava lääkäri tekee aina päätöksen näistä toimenpiteistä.

Leposidehoitoa vaativan potilaan vointia seurataan organisaation ohjeiden mukaisesti ja seuranta kirjataan erilliselle lomakkeelle. Vierihoito on aina ensisijainen keino seurata levottomasti tai uhkaavasti käyttäytyvää potilasta ja siihen pyritään. Rajoittamistoimenpiteiden tarvetta seurataan ja arvioidaan. Tavoitteena on mahdollisimman pikainen luopuminen itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista.

Rajoittamistoimia varten koulutetaan henkilökuntaa säännöllisesti. Osaston sisällä järjestetään koulutuksia, mutta myös organisaatio järjestää koulutusta kyseisiä tilanteita ajatellen. Uhkaavista- sekä väkivaltatilanteista tehdään vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrä että

käytettyjä rajoitustoimia. Mikäli itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ei toteudu asianmukaisesti, järjestetään lisäkoulutusta sekä pohditaan prosessia moniammatillisesti. Esihenkilö on vastuussa itsemääräämisoikeuden seurannasta.

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

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.

Vuodeosastolla 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 asianosaisen 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 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 ohjaamisen tai hoitamiseksi tueksi. Tämän lisäksi sairaalan muilla osastoilla olevia vieraskielentaitajia voidaan käyttää hyväksi tulkatessa.

Aistivamma huomioidaan samalla lailla hoitotyössä, kuin mikä tahansa muu potilaalla oleva rajoite. Tarvittaessa käytetään apuvälineitä, tulkkauspalveluita tmv., jotta potilaan ymmärrys ja ymmärretyksi tuleminen hoidossa tulee huomioitua.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Osastolle 2G tulevat reklamaatiot käydään läpi aluksi lähiesihenkilöiden (lääketieteellisen sekä hoitotyön) toimesta, jonka jälkeen ne käsitellään osastokokouksessa yhdessä henkilökunnan kanssa. Reklamaatiot

käsitellään viiveettä. Siun Soten Intrasta löytyy erillinen ohje muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten tekoon.

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.

Saadut palautteet huomioidaan toiminnan kehittämisessä. Esihenkilöt vastaavat ensisijaisesti toiminnan kehittämisestä. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä. Osastotunneilla pohditaan yhdessä tulleiden palautteiden pohjalta, kuinka toimintaa voitaisiin kehittää paremmaksi tai toimivammaksi.

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Siun Sote

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268 Puhelinpalvelu avoinna ma klo 8.30–11.30 ja ti-to klo 9–11

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

Viestejä voi lähettää tietoturvalisest [Viestit - Suomi.fi](https://viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

Osastolla on näkyvillä käytävän ilmoitustaululla potilasta varten sosiaali- ja potilasasiakasvastaavien yhteystiedot. Tiedot löytyvät myös organisaation Internet-sivuilta. Potilaalle voidaan myös tarvittaessa antaa yhteystiedot hoidon aikana, mikäli 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.

Osastolla on käytössä kirjallinen palautelaatikko, johon potilas voi osastolla ollessaan jättää kirjallista palautetta. Palautelaatikosta informoidaan potilasta hoitojaksolla ja tarvittaessa viedään palautelomake suoraan potilaalle täytettäväksi, mikäli hän niin haluaa. Palautteita ei kerätä systemaattisesti, mutta mahdollisuus palautteen antoon on.

Tämän lisäksi potilas tai omainen voivat antaa palautetta hoidosta suullisesti hoidon aikana. Myös sähköinen palautteenanto Siun Soten verkkosivujen kautta on mahdollista. Potilas tai hänen omainen voi kohdistaa sähköisen palautekanavan kautta palautteen suoraan yksikköön/toimintaan, mihin haluaa palautteen antaa (Esim. verkkosivut asiakasmaksut, viestintä, tai hoito itsessään). Potilaan antama sähköinen palaute ohjautuu yksikön lähiesihenkilölle (joko hoitotyön tai lääketieteen) käsiteltäväksi palautejärjestelmään. Potilaaseen otetaan henkilökohtaisesti yhteyttä, mikäli asiakas on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen.

Asiakaspalautteet käydään läpi osastotunnilla yhdessä henkilökunnan kanssa kerran kuussa.

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

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

Osastolla ei ole käytössä kokemusasiantuntijatoimintaa.

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
Henkilöstövaje: osaston ruuhkautuminen, leikkausten peruminen	Jatkuva rekrytointi	
Ajoittaisesta ylipaikkatilanteesta johtuva osastolle siirtoajan venyminen	Palvelutuotannon kehittäminen (kotihoito, jatkohoito)	
Monikulttuurisuus	Tulkkauspalveluiden hyödyntäminen tehokkaammin Vieraskielisten materiaalien päivitys/lisääminen	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

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 työskentelee 26 sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa ja yksi kansainvälinen työntekijä oppisopimuksella. Osastolla työskentelevät hoitajat tekevät aamu-, ilta- ja yövuoroja. Tämän lisäksi osastolla työskentelee yhteensä yhdeksän gastrokirurgia sekä erikoistuvia lääkäreitä vaihtelevasti 1-3. Osastolla on lukukausittain 12 sairaanhoidon opiskelijaa, yksi lähihoitaja opiskelija sekä kansainvälisiä opiskelijoita 1-2.

Osaston henkilökunta määrä on suhteutettu potilaspaikkoihin joita on tällä hetkellä 20 osaston puolella ja kaksi valvontapaikkaa.

Pidempiin sijaisuuksiin, kuten esim vanhempainvapaisiin, yritetään saada koko ajalle sama sijainen. Yllättäviin poissaoloihin varaamme sissejä Siun soten rekrytointiyrityksen kautta, tai jos heitä ei ole saatavana, varaamme keikkalaisia Temporen kautta.

Esihenkilöt arvioivat päivittäin virka-aikana henkilöstövoimavarjoja ja reagoi niihin esim. osaston ruuhkatilanteessa lisäämällä henkilökuntaa.

Osastolla on käytössä autonominen työvuorosuunnittelu eli työntekijät tekevät työvuorolistat pääsääntöisesti itse, mutta esihenkilöt vastaavat että joka vuorossa on riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Työvuoro- ja lomasuunnittelusta vastaavat lähiesihenkilöt. Työvuoro- ja lomasuunnittelussa henkilökunnan toiveet pyritään huomioimaan turvaten yksikön päivittäinen toiminta ja riittävä osaaminen osastolla. Osastolla on tehty suunnitelma poikkeusolojen varalle. Suunnitelmassa on määritelty toiminta, miten se turvataan poikkeusoloissa. Äkillisten poissaolojen tilanteessa (esim. lääkärin, leikkausalihenkilökunta) perutaan suunniteltua leikkaustoimintaa. Osasto toimii 24/7 periaatteella ja valtaosa potilaista tulee osastolle päivystyksellisesti.

Operatiivisen alueen yksiköiden kanssa tehdään yhteistyötä päivittäin ja yksikön tilanteen salliessa yksittäinen työntekijä voi auttaa toisessa yksikössä (esim. poissaolot, ylipaikkatilanne).

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

[Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

7.2 Rekrytointi

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

Osaston 2G rekrytointi tapahtuu pääasiassa Siun Soten rekrytointiyksikön kautta. Tämän lisäksi hyödynnetään sisäistä rekrytointia pääasiassa vastualueen sisällä. Osastolla on vuosittain paljon opiskelijoita, joten myös heitä rekrytoidaan säännöllisesti töihin yksikköön.

Hoitotyöntekijöiden rekrytoinnista vastaa vastualueen ylihoitaja ja yksikön hoitotyön lähiesihenkilö. Rekrytointi-ilmoitus laaditaan monialaisena yhteistyönä vastualueen johtajien ja rekrytointiyksikön kanssa. Rekrytointi-ilmoituksessa kuvataan yksikön palvelujen järjestämisen liittyvä osaamistarve. Rekrytoitaessa hakijoista valitaan soveltuvimmat haastatteluun. Haastattelijoina toimivat osaston lähiesihenkilö ja operatiivisen alueen ylihoitaja. Haastattelutilanteessa kiinnitetään huomiota mm. työntekijän osaamiseen ja kielitaidon riittävyys. Valitun työntekijän kelpoisuus tarkistetaan Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä. (JulkiTerhikki). Kaikilta työntekijöiltä vaaditaan täydellinen rokotesuoja. Vakituiseen työhön valitulla työntekijällä on yleisesti ottaen 3kk koeaika. Työntekijän tulee toimittaa voimassaoleva lääkärintodistus terveydentilastaan kuukauden kuluttua sopimuksen alkamisesta.

Lääkäri rekrytoinnista vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri yhdessä erikoisalujen ylilääkäreiden sekä rekrytointiyksikön kanssa.

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

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.

Osastolle on tehty hoitohenkilökuntaa varten vuonna 2022 perehdytysohje. Perehdytysohjeessa käydään läpi osaston päivittäinen toiminta sekä siinä huomioitavat asiat. Perehdytysohjeen saa jokainen osastolla aloittava hoitohenkilökunnan työntekijä. Tämän lisäksi perehdytystä varten on luotu perehdytyslomake, jossa on tarkistuslista perehdyttäjää ja perehdytettävää varten. Sitä käyttämällä tulee varmistettua, että kaikki tärkeät osastoa koskevat asiat tulee käytyä läpi.

Uuden työntekijän perehdytyksestä vastaa aina pidempään töissä ollut sairaanhoitaja. Perehdytyspäiviä annetaan osastolla uudelle työntekijälle 3-5 päivää, riippuen perehtyjän aikaisemmasta työpaikasta. Aikaisemmin yksikössä työskennelleet perehdytetään toimintaan yleensä kolmen vuoron aikana, mutta uusilla työntekijöillä perehdytys on aina viisi päivää. Samat säännöt koskevat myös opiskelijoita.

Yksikön osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja lähettää perehdytysmateriaalit sähköisesti muutama viikko ennen töiden alkua niin uusille työntekijöille, kuin opiskelijoillekin.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista arvioidaan yhdessä esihenkilön, vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän kanssa säännöllisissä tapaamisissa. Yleisperehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeen mukaisesti. Perehdytysohjetta päivitetään vuosittain toiminnan muuttuessa.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista arvioidaan yhdessä esihenkilön, vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän kanssa säännöllisissä tapaamisissa. Yleisperehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeen mukaisesti.

Lääkäreiden perehdytyksestä vastaa osaston ylilääkäri. Hän huolehtii lääkäriopiskelijan perehdytyksestä osaston toimintaan sekä kirurgian klinikan toimintaan.

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

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osasto 2G:n henkilökunnalta edellytetään laaja-alaista kirurgisen potilaan hoidon osaamista, erityisosaaminen on vatsaelinkirurgisen potilaan hoito.

Osastolle on laadittu yksikkökohtainen koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelma pohjautuu palvelualuekohtaiseen osaamisen kehittämisen suunnitelmaan.

Yksikkökohtaista koulutussuunnitelmaa noudattamalla varmistetaan henkilöstön osaaminen. Koulutus jakaantuu osastolla tapahtuviin, organisaation sisäisiin sekä organisaation ulkopuolisiin koulutuksiin.

Osaston henkilöstön osaamisen turvaaminen taataan viikottaisilla palaveriilla, osaston sisällä järjestettävillä koulutuksilla sekä alueellisilla koulutuspäivillä. Kuukausittain järjestetään osaston sisällä lääkärinluentoja ajankohtaisista aiheista. Henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua Siun Soten tarjoamiin hoitotyön taitopajoihin tai muihin tarvittaviin koulutuksiin.

Henkilöstö on suorittanut vaadittavat asiakas- ja potilasturvallisuuden koulutukset suositusten mukaisesti. Laittepätevyysiin liittyvät koulutukset ja rekisteröinnin ovat kännistymässä. Osastolla on jaettu eri vastuualueita osaamisen mukaisesti. Vastuualueiden mukaan on henkilöstön mahdollista osallistua koulutuksiin sekä kokouksiin.

Osastolla käytössä vuosittaiset kehityskeskustelut. Kehityskeskustelu toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäkehityskeskusteluna. Yksilöllisissä kehityskeskusteluissa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet sekä tarpeet ja osaamisen kehittymisen seuranta. Myös ryhmäkehityskeskusteluja hyödynnetään osaamisen ja toiminnan kehittämisessä. Osastonhoitaja pitää kirjaa

toteutuneista kehityskeskusteluista ja niissä ilmi tulleista täydennyskoulutus suunnitelmista. Näiden perusteella pidetään seuraavat keskustelut.

Osastolla on laadittu osaamisen kehittämisen suunnitelma, jolla varmistetaan henkilöstön osaaminen. Yksikön lähiesihenkilön tehtävänä on seurata, että henkilöstön osaaminen vastaa vaatimuksia. Jos tämä ei toteudu, lähiesihenkilö pohtii tapauskohtaisesti, pitääkö työntehtäviä tarkastella uudelleen.

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

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 perehdystä johtamisosaamisen kehittymisen tueksi. Operatiivisessa klinikkaryhmän lähiesihenkilöt osallistuvat organisaation järjestämiin johtamisvalmennuksiin sekä muihin täydennyskouluksiin. 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. Lisäksi tilanteen niin vaatiessa priorisoidaan työtehtäviä.

Osaston 2G esihenkilöt osallistuvat säännöllisesti koulutuksiin. Esihenkilöinä toimiville tarjotaan säännöllistä johtamiskoulutusta turvallisuudesta ja työhyvinvoinnista mukaan lukien turvallisuuskulttuurin edistämisen. Esihenkilön työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Tiivistä yhteistyötä tehdään lääkäriyön lähiesihenkilöiden kanssa. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palaverissa.

Osaston 2G osastonhoitaja työskentelee täysin hallinnollisten tehtävien parissa. Osastonhoitajan työparina työskentelevä apulaisosastonhoitaja tekee hallinnollisia tehtäviä noin puolet työajastaan.

Osaston ylilääkäri tekee noin puoli päivää viikossa pelkkää hallinnollista työtä. Muutoin ylilääkäri tekee normaalisti potilastyötä. Apulaisylilääkärillä on niinkään puolipäivää viikossa hallinnollisia työtehtäviä.

Lähiesihenkiöiden johtamisosaamista arvioidaan sekä seurataan jatkuvasti arkikeskusteluissa sekä vuosittain toteutuvassa kehityskeskusteilla. Myös työntekijät antavat säännöllisesti palautetta johtamistyöstä ja lisäksi palautetta voi antaa vuosittain MSK-kyselyn kautta.

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

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. Organisaatiossa on käytössä myös ns. SISU-malli, jolla työntekijän töihin paluuta tuetaan lyhyen sairauspoissaolon jälkeen tai tarjotaan mahdollisuutta kevyempään työtehtävään sairausloman sijasta. 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

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. Osastolla järjestetään vuosittain TYHY-päivä, johon organisaatio antaa oman tukensa. Työhyvinvointia seurataan osastolla perustetun työhyvinvointitoimikunnan järjestemällä kyselyillä, joita toteutetaan vuosittain.

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.

Second victim -toimintamallin avulla voidaan tarjota työntekijälle pitkäkestoista tukea työpaikalla tapahtuneiden poikkeuksellisten, vaikeiden tai inhimillisesti järkyttävien tilanteiden jälkeen. Malli on ns. matalan kynnyksen toimintamalli ja perustuu siihen, ettei ammattilainen heti tapahtuman jälkeen välttämättä tarvitse ammattiapua, vaan vertaisen, joka kuuntelee ja joka ymmärtää työhön liittyvät erityispiirteet. Toimintamalli on otettu käyttöön vuonna 2024.

Työturvallisuudesta huolehditaan tekemällä työn riskien arviointia Laatuporttiin. Turvallisuushavainnot ja työtapaturmat ilmoitetaan Laatuporttiin ja ne käydään säännöllisesti läpi työntekijöiden kanssa. Tapahtumista pyritään oppimaan. Uusi työntekijä perehdytetään työhön ja turvallisiin toimintatapoihin.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan tiiviisti lähiesimiesten toimesta sekä vuosittain organisaation valitsemassa Mitä siulle kuuluu? -kyselyssä sekä kehityskeskusteluissa. Mikäli työhyvinvointi uhkaa potilasturvallisuutta, on esihenkilön puututtava tilanteeseen välittömästi.

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

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.

Yksikössä hoidetaan muistisairaita, psyykesairaita sekä muutoin haastavia potilaita. Nämä voivat aiheuttaa haastavia tilanteita työssä. Mikäli tiedetään etukäteen potilaan esimerkiksi väkivaltaisuus, voidaan hoitoa turvaamaan kutsua keskussairaalan vahtimestarit paikalle. Osastolla voidaan tehdä esimerkiksi päihdepotilaalle hoitosopimus, jossa kerrotaan hoitojakson pelisäännöt, jonka asiakas allekirjoittaa ja on velvollinen noudattamaan sopimusta. Koko henkilöstöä, mukaan lukien lääkärin, laitoshuoltajat sekä fysioterapeutit tiedotetaan päihdekäyttäjistä. Haastavaan tilanteeseen varaudutaan käyttämällä henkilökohtaisia hälyttimiä.

Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti myös haastaviin tilanteisiin. Heille voidaan tarvittaessa järjestää purkutilanne haastavan potilastilanteen jälkeen, jossa voidaan yhdessä pohtia jatkoa ajatellen keinoja tai malleja vastaavaa tapahtumaa ajatellen. Siun Soten Intrassa on olemassa. Henkilöturva-ohje, jota voi käyttää avuksi edellä mainituissa tilanteissa.

Avekki-koulutus antaa keinoja haastavien potilaiden kohtaamiseen. Siun sotella on toimintaohje haastavien potilastilanteiden hoitoon, jota voidaan hyödyntää potilastyössä. Osa hoitajista on suorittanut myös päihdepotilaan hoito koulutuksen. Koulutukseen osallistuminen mahdollistetaan henkilöstölle.

Jos sovitut toimenpiteet eivät toteudu, lähiesihenkilön tehtävänä on järjestää välittömästi lisäkoulutusta sekä kertausta sovitusta asioista. Tarvittaessa voidaan käyttää työnjohdollisia keinoja.

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

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.

Osastolle 2G tullut positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute käsitellään säännöllisesti osastokokouksessa. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai sitten Laautuporttijärjestelmän kautta.

Onnistumisista ja positiivisista palautteista voidaan hyödyntää toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään myös yksikössä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen... 703/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#) (703/2023, linkki). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa [Yleinen tietosuojasetus \(GDPR\) | EUR-Lex](#) (2016/679, linkki) sekä kansallisessa tietosuojalain [Tietosuojalaki 1050/2018 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#) (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 käytöhallinta), 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 2G on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatri. Mediatriassa on käytössä erikoissairaanhoidon tietokanta, johon osastojaksoon liittyvät tekstit ja tiedot kirjataan. Opiskelijat kirjaavat niinkään Mediatriin omilla tunnuksillaan, ohjaajan valvonnassa. Ohjaaja tarkastaa aina opiskelijan kirjaukset.

Kaikki hoitoon liittyvät kirjaukset tehdään ajankohtaisesti. Lääkärit sanelevat käyntitekstit, jotka osastosihteerit kirjoittavat auki heti saman päivän aikana. Kiireelliset sanelut puretaan heti. Osastolla käsitellään vain osastolla olevien tai kirjoilla olevien potilaiden asiakirjoja. Joskus joudutaan tilaamaan paperiset asiakirjat, mutta pääsääntöisesti potilaan asiakirjoja ei enää säilytetä paperisena versiona. Pareriset asiakirjat hävitetään tietosuojajätteenä organisaation ohjeen mukaisesti. Asiakkaan/potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmään liittyvät asiat käydään läpi työntekijän perehdytyspäivinä esihenkilön sekä perehdyttäjän kanssa. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä sekä ohjeistuksista. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaaamiseen liittyviä ohjeita. Esihenkilö on vastuussa siitä, että työntekijä on allekirjoittanut hyvinvointialueen salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen.

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 tai Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon. Organisaatiossa tehdään LOKI-tarkastuksia ja mahdollisista väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja sekä tietosuojaoheistusta. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen.

Kaikki työntekijät ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Henkilökunta suorittaa myös tietoturvakoulutukset viiden vuoden välein. Perehdytyksessä painotetaan tietosuoja-asioita. Organisaatiossa tehdään loki-tarkastuksia ja mahdollisista väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle.

Osastolla on tehty hoitotyön kirjaamisen auditointi 8/23 ja siitä saatuja tuloksia hyödynnetään syksyllä -23 toteutettavissa kirjaamiskoulutuksissa. Osastolla on nimetty potilastietojärjestelmänpääkäyttäjäksi, joka on mukana järjestelmään tehtyjen kirjausten laadunvalvonnassa.

Mikäli asiakas- ja potilastietojärjestelmään on kirjattu virheellisiä tietoja, saa lähiesihenkilö siitä tiedon. Lähiesihenkilön vastuulla on keskustella asiasta työntekijän kanssa ja varmistua siitä, että tiedot korjataan oikeelliseksi.

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

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 2G noudatetaan organisaation laatimia tietosuoja- ja tietoturva ohjeistusta. Siun sotessa on laadittu tietosuojaselosteet, jotka on julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](#) (linkki)

Yksikön esimies ja nimetty perehdyttäjä käyvät läpi tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja käytänteet jo perehdytysvaiheessa. Perehtyjälle annetaan myös asiaan liittyvä kirjallinen materiaali (Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja) ja he allekirjoittavat tietoturvan salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen.

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 henkilökunta osallistuu säännöllisesti (5 vuoden välein) tietoturva- ja tietosuoja koulutuksiin. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Koulutus suoritetaan Oppiportissa. Ensimmäisen suorituskerran yhteydessä allekirjoitetaan salassapito- ja tietoturvalomake. Lomakkeesta jää yksi kappale työntekijälle ja kopio toimitetaan Kirjaamoon.

Havaituista tietoturva- tai tietosuojaputteista tai väärinkäytöksistä henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan esihenkilölle, joka ottaa yhteyttä tietosuojavastaava ja tekee tietoturvaloukkailmoituksen organisaation ohjeen mukaan. Jos tietoturvaloukka koskee potilasta, hänelle tiedotetaan asiasta. Mahdollisia kyberhyökkäyksiä varten on luotu organisaatiolla oma ohjeistus.

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

[Siunsote TUR TOIMINTAOHJE Tietosuoja- ja tietoturvakäsikirja.docx](#)

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
Hoitotyön kirjaamisessa on havaittu rakenteellisia haasteita	Kirjaamisen auditoinnin perusteella kohdennetut koulutukset.	Potilas ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista (94/2022) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023 (linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

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 2G sijaitsee keskussairaalan G1-siivessä, toisessa kerroksessa. Tilat ovat suunniteltu 24/7 toimivaan osastotoimintaan. Osastolle on selkeät opasteet merkittyinä aina pääovelta saakka. Haasteena on, että Silmäkeskus on nimetty G2-siipeen, joka on siiven toinen puoli, mikä saattaa aiheuttaa sekaannusta osastolle navigoidessa.

Tilat on suunniteltu aikoinaan toimintaa varten. Yksikön huoneet on suunniteltu potilaiden tarpeiden mukaisesti, eli huoneet ovat pääsääntöisesti 2 hengen huoneita ja kaikissa huoneissa on oma WC. Valitettavaa on huoneiden ja tilojen ahtaus, mikä hankaloittaa esimerkiksi kiiretilanteissa toimimista. Valvontahuone on suunniteltu aikoinaan 4 potilaalle, mutta nykyinen kahden potilaspaikan valvonta on tuonut lisää työskentelytilaa huoneeseen. Yksityisyyden suoja on varmistettu väliverhoilla. Äänieristeitä osastolla ei ole. Arkaluontoisista asioista puhuttaessa lääkärinkierrolla potilas otetaan toimistohuoneeseen keskusteluun.

Osastolle kulku on esteetön. Osastolle pääsee kulkemaan millä apuvälineellä tahansa. Myös hissit löytyvät sekä osaston sisältä, että ulkopuolelta.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, Keskussairaالاتasoinen pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Hätä- ja poistumisreitit on merkitty erikseen opasteilla ja ne pidetään esteettömänä.

Henkilöstö tutustuu yksikkönsä turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), ja toimii sen mukaisesti ja osallistu osaston turvallisuuskävelyihin.

Lääkkeiden säilytykseen varattu tila on vain henkilökunnan käytössä ja sinne pääsee vain kulkuoikeudellinen henkilöstö.

Lääkehuone on remontoitu muutama vuosi sitten tilavammaksi pöytätasojen osalta. Lääkehuone on sijainniltaan osaston keskiosassa, mikä helpottaa työskentelyä. Lääkehuoneeseen on asennettu turvallisuuspäällikön ohjeiden mukaisesti valvontakamera ja lääkehuoneeseen pääsy on vain kulkutunnisteella. Osaston laajan nestehoidon vuoksi osastolla on oma nestehoitohuone, jossa nesteet valmistetaan käyttökuntoon. Nestehuoneessa olevat lääkkeet säilytetään lukollisessa kaapissa.

Potilaskutsujärjestelmä on osastolla kaikkien potilaiden käytössä. Potilaat ohjataan kutsujärjestelmän käyttöön aina osastolle saapuessa. Mikäli kutsu ei toimi, tehdään siitä korjauspyyntö ja potilas sijoitetaan paikalle, missä kutsujärjestelmä toimii. Jokainen hoitaja vastaa omien potilaiden tarpeista ja näin ollen kutsuihin vastaamisesta. Kiiretilanteissa kaikki ovat velvollisia vastaamaan potilaskutsuun.

Huoneissa on mahdollista soittaa apu-/hätkutsua tarpeen vaatiessa. Osaston henkilökunta on ohjeistettu reagoimaan viipymättä apu-/hätkutsuihin. Hätkutsun soidessa kaikki osaston sillä hetkellä töissä olevat menevät huoneeseen paikalle. Huoneiden WC-tiloissa on myös potilaskutsujärjestelmä.

Osastolla on oma kulunvalvontapiste. Työntekijät leimaavat työpäivän alussa ja lopussa pisteellä. Esihenkilöt vastaavat kulunvalvonnasta ja ilmoittavat tarvittaessa ongelmista. Lääkehuoneeseen on sijoitettu kulunvalvontakamera, joka tallentaa huoneessa käydessä. Tallenteita voidaan tarvittaessa tilanteen vaatiessa turvallisuuspäällikön toimesta katsoa.

Kameravalvonta on ainoastaan lääkehuoneessa ja se on ilmoitettu kuvakkeella: "alueella on tallentava kameravalvonta. Kameravalvonnasta vastaa turvallisuustoimijat ja osastolla 2G noudatetaan heidän ohjeistuksiansa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#)(linkki)

Osaston tiloissa on automaattiset paloilmaisimet sekä sammutusjärjestelmä. Erillistä murtosuojausta osastolla ei ole. Palovaroittimet sekä sprinklerit ovat joka tilassa ja paloposteja osastolta löytyy kaksi (osaston alku- ja loppupäässä).

Hätätilanteita varten yksikössä on hätäilmoitusjärjestelmä. Valvonnallisia ratkaisuja toteutetaan yhteistyönä eri turvallisuustoimijoiden kanssa. Hälytyskutsulaitteet testataan yksikössä kahden viikon välein, parillisten viikkojen maanantaina.

Perehdytyksessä käydään läpi kutsu- ja hälytyslaitteiden käyttö. Käyttöä kerrataan tarpeen vaatiessa yksikön osastokokouksissa. Turvallisuuskierroilla arvioidaan valvonnallisten ratkaisujen riittävyttä ja toimivuutta. Havaituista puutteista ilmoitetaan lähiesihenkilölle ja havaitut puutteet pyritään korjaamaan viipymättä.

Kaikki välineet sekä laitteet koulututetaan systemaattisesti henkilökunnalle. Osastolla on laitevastaavat, jotka pitävät huolta laitteiden toiminnasta ja uuden henkilöstön kouluttamisesta. Tarvittaessa osastolle pyydetään kouluttajaksi laite edustaja tai joku muu asiantuntija. Lähiesihenkilö on vastuussa laiteosaamisesta. Osastolla on käytössä laitepassi.

Turvallisuusvastaava osallistuu säännöllisesti turvallisuuskierroille, joka takaa osaltaan osaston turvallisen työskentelyn.

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

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
Potilashuoneiden ahtaus	Huomioidaan potilassijoittelussa	

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 ei ole käytössä digi- tai etäpalveluita säännönmukaisesti. Potilaat näkevät oman hoitojaksonsa yhteenvedon omakannasta. Ajanvarauskirjeet lähtevät potilaalle normaalisti postitse. Varsinaisia etävastaanottoja ei ole, mutta ajoittain potilaille soitetaan vointi soittoja, kun potilas on kotiutunut. Puhelussa varmistetaan, että kyseessä on oikea henkilö kysymällä potilaalta sosiaaliturvatunnus. Etä- ja digipalvelut kehittyvät vuonna 2025. Etä- ja digipalveluosaamista edistetään kannustamalla osallistumaan ajankohtaisiin koulutuksiin. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Osastolla on käytössä erilaisia apuvälineitä potilaan hoidossa, kuten pyörätuolit, rollaattorit, tasofordit, erilaiset korokkeet, jarrusukat ynnä muut liikkumiseen käytettävät välineet.

Osastolla on laajasti käytössä erilaisia laitteita. Laitteiden toiminnasta ja kunnosta vastaa koko hoitohenkilöstö. Mahdollisista viosta tai puutteista on jokainen velvollinen ilmoittamaan esihenkilölle. Työntekijä voi itse tehdä korjausilmoituksen, mutta laiterikosta informoidaan aina esihenkilöä.

Erilaisia käytettäviä laitteita osastolla on potilaan hemodynamiikan seuraamiseen (monitorit, verenpainemittarit, saturaatiomittarit, lämpömittarit), vatsanpaineen seurantaan (IAP-mittari), eri infuusioiden tai lääkkeiden tiputtamiseen, veren/nesteenlämmitin, Topaz-imu. Tämän lisäksi osastolle on hankittu kaksi hengityksen tukeen käytettävää laitetta (Airvo). Kriittisten laitteiden käyttöön on opastettu koko henkilökunta ja se kuuluu osaksi perehdytystä.

Osaston laitteiden käyttöön ja toiminnan seuraamiseen perehdytetään aina. Uusien laitteiden käyttökoulutusta järjestetään säännöllisesti. Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksityiskohtaisemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmassa.

Organisaatiossa on käytössä laiterekisteri, jolla varmistetaan eri yksiköiden työntekijöiden laitteiden käytön osaaminen. Sillä valvotaan myös yksiköiden käytössä olevia laitteita ja niihin liittyviä huomiota. Laiterekisteri ollaan ottamassa käyttöön hiljalleen. Laiterekisteristä vastaavat yksikön esihenkilöt. Kaikki osaston laitteet on luetteloidaan Laatuportin laitehallinta pätevyyden ohjelmaan lähiaikoina.

Ns. kriittiset laitteet, joiden koulutus ja pätevyys on kaikkien suoritettava, on tunnistettu ja sovittu yhdessä. Osaston riskilaitteita ovat esimerkiksi verenlämmitin, tipanlaskijat, Airvo, kipupumput. Jokaisessa laitteessa on ohjeistus kyljessä laitteen käyttöön, jolla turvataan laitteen käytön osaaminen. Uusi työntekijä suorittaa pätevyyden kaikkien laitteiden osalta. Esihenkilöt laittavat pyynnön työntekijälle sähköpostiin laitteen pätevyyden suorittamisesta. Pätevyyden suorittamiseen on annettu kolme kuukautta aikaa. Digitaalisen laitepassin suorittaminen käynnistyy vuoden 2024 alussa. Osastolla laiterekisterin ylläpitoa ja laitepassin suorittamisia on aloitettu jo syksyn 2023 aikana.

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. Lääkkeellisen hapen ja ilman sekä virtausmittareiden

käytöstä suunnitellaan verkkokurssia sekä käytännönkoulutusta vuonna 2024. Osastolla on nimetyt vastuuhoitajat ko. tehtäviin.

Osastolla olevien laitteiden käyttöohjeet ovat saatavilla lääkehuoneesta sekä pikaohjeet ovat laminoituna laitteen yhteyteen. Mikäli potilaille joudutaan antamaan laitteita/välineistöä kotiin, perehdytetään potilas sekä omainen suullisesti sekä annetaan kirjalliset ohjeet kotiin.

Lääkintälaittehuolto huolehtii määräaikaista tarkastuksista ja koko henkilöstö huolehtii laitteiden säännöllisistä toimintakunnon tarkastuksista kuten verensokerimittareiden kalibroinneista ym. tarkastuksista sekä laitteiden puhdistamisesta käytön jälkeen. Osaston kaikki laitteet on merkattu lääkintalaiterekisteriin. Lähiesihenkilö on velvollinen ilmoittamaan lääkintälaitteyksikköön uudesta laitteesta ja sen merkitsemisestä.

Osastolle hankitaan vain terveydenhuoltoon tarkoitettuja CE-merkittyjä laitteita. Hankinnat toteutetaan yhdessä lääkintälaittehuollon sekä välinehuollon toimijoiden kanssa.

Koko henkilöstö vastaa huollon järjestämisestä, jos laite menee epäkuntoon. Kun osastolle hankitaan uusi laite, koulutus järjestetään toimittajan kautta. Koska kaikki työntekijät eivät pysty osallistumaan toimittajan laitekoulutukseen, laiteopastus tapahtuu hoitajalta hoitajalle. Laitteiden käyttöohjeet löytyvät Laatuportin laitehallinnan pätevyyden ohjelmasta. Kalibroinneista vastaa pääsääntöisesti lääkintälaittehuolto.

Osaston 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. Tarvittaessa esihenkilö voi sottaa suoraan korjaajalle, mikäli asia on kiireellinen.

Henkilöntä on ohjeistettu keskeyttämään tutkimus turvallisesti. Lisäksi laitteiden käytöstä pidättäydytään, jos herää epäily laiterikosta tai muusta toimintahäiriöstä.

Uusia laitteita tai välineitä hankittaessa pyritään huomioimaan mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai muut kokemukset toimintahäiriöistä tai laatu poikkeamista.

Tilanteista keskustellaan moniammatillisesti ja kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan myös yhteistyössä.

Asiakkaita on ohjattu lopettamaan laitteen käyttö välittömästi ja olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön. Potilas on saanut yhteistiedot ja laitteen käyttöohjeet mukaansa. Mikäli asiakkaalle luovutetaan laite kotiin (esimerkiksi alipainelaite) ohjeistetaan käytössä sekä suullisesti, että kirjallisesti potilasta. Tämän lisäksi laite merkataan lainalistanne potilastietojärjestelmään.

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

Siun Soten laiteturvallisuussuunnitelma (valmistuu v 2025 alussa)

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Kyllä / Ei
Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: 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.

Osastolla toteutetaan vaativaa lääkehoitoa. Annettavien lääkkeiden kirjo on suuri. Lääkkeitä annostellaan eri antoreitein ja joitakin lääkkeitä annettaessa potilasta pitää seurata monitoriseurannassa. Osastolla on organisaation mukainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä vastaa osastofarmaseutti sekä osaston esihenkilöt. Osaston ylilääkäri hyväksyy mahdolliset muutokset ja päivystykset suunnitelmaan.

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. Esihenkilö, osastofarmaseutti ja sairaala-apteekin edustaja arvioivat säännöllisesti lääkehoidon turvallista toteutumista 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 yksikön Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin.

Lääkehoitoa saa toteuttaa vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut ammattilainen., eli osaston lähihoitaja, sairaanhoitaja tai farmaseutti. Lääketilauksesta vastaa osaston sairaanhoitaja tai esihenkilöt. Ajoittain myös osaston farmaseutti tilaa puuttuvia lääkkeitä. Lääkkeet tarkastaa potilaan vastaanottanut sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Arkisin potilaan kotilääkityksen tarkastaa osastolla työskentelevä farmaseutti. Lääkäri määrää aina potilaan lääkkeitä, jonka mukaisesti tehdään potilaalle ajantasainen lääkityslista. Lääkeluvallinen lähihoitaja tai sairaanhoitaja antaa potilaalle lääkkeitä. Mikäli potilas tarvitsee ohjausta lääkehoidossa, ohjaa osaston sairaanhoitaja tai lähihoitaja potilasta. Osaston farmaseutti ohjaa osaston työntekijöitä muuttuvista lääkkeistä tai käytänteistä.

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.

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.

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

[Tiedostopankki - Tiedostopankki - Lääkehoitosuunnitelmat](#)

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä 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.

Potilasta sekä tarvittaessa omaisia informoidaan mahdollisen lääkehoitoon liittyvän vaaratapahtuman sattuessa. Potilasta ohjataan seuraamaan vointiaan ja tarvittaessa informoimaan hoitajaa, jos voinnissa tulee muutoksia seurannan aikana.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä, yhteinen osasto 4K:n kanssa (50%)

Lääkehoitosuunnitelma päivitetty 2024.

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Ylilääkäri Vesa Pokela

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Virva Pellinen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan lääkelistat eivät ole ajantasalla, varmaa kotilääkitystä ei saada selville	Kotilääkitys tarkastetaan potilaan tullessa heti sairaalaan.	
Läakelistat eriävät (paperinen ja sähköinen)	Tarkastetaan jokaisen potilaan paperinen ja sähköinen lääkelista 1x vrk	
Hoitava lääkäri tekee lääkemuutoksia ilman että informoi hoitajaa	vastuulääkärin on ohjeistettava selkeästi lääkityksen jatko myös hoitavalle hoitajalle.	

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. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Osaston toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus. Huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen on keskeistä hoitoon liittyvien infektioiden hallinnassa. Osastolla on käsihuuhteiden sijoitteluun pyritty kiinnittämään huomiota, jotta ne olisivat sekä henkilökunnan että potilaiden helposti saatavilla. Vuosittain järjestetään turvallisuuskierto, jossa kartoitetaan myös käsidesinfektiopisteiden saatavuus potilaiden ja hoitohenkilökunnan kannalta ajateltuna. Käsihuuteen käyttöön on tavoite huomioiden potilasmäärä sekä hanskojen kulutuksen määrä. Muutoksia tehdään sen mukaisesti. Osastolle on nimetty hygieniavastaava. Vuoden 2024 Laatuportin kautta tehdään infektioiden torjunnan riskienarviointi osastolla.

Osaston henkilökunnan perusrokotesuora tulee olla kunnossa, joka varmistetaan suullisesti työhönottotilanteessa. Epäselvissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuus yksikön henkilöstön keskuudessa huomioidaan ja rokotuksiin kannustetaan.

Tartuntavaarallisten potilaiden kohdalla hoito suunnitellaan noudattamalla kyseiseen eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Tarvittavat suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla. Kaikki eristyspotilaan hoitoon tarvittavat tarvikkeet löytyvät osaston huoneen 12 välitilasta. Siihen on varattu valmiiksi mahdollisia erityspotilaita varten kärry, josta löytyy kaikki tarvittavat välineet ja suojaimet eristyspotilaan hoitoa varten.

Eristyspotilaat hoidetaan omassa eristyshuoneessa kyseisen taudin mukaisia varotoimia noudattaen. Yksikön potilashuoneiden oveen merkataan organisaation ohjeen mukaisesti keltainen lappu ”ota yhteys henkilökuntaan ennen huoneeseen menoa”, jotta hoitohenkilökunta että vierailijat osaavat varoa ennen huoneeseen menoa. Myös suojaeristyspotilaita varten on kyseinen lappu ovesa, mutta lapun väri on sininen.

Osastolla hoidossa olevilla potilailla voi olla laajasti erilaisia infektioita, joiden vuoksi potilas pitää eristää. Yleisimpiä ovat eri virtsassa kasvavat moniresistentit bakteerit sekä suolistobakteerit, kuten clostridium. Tämän lisäksi flunssakausina esimerkiksi covid- sekä influenssapotilaat ovat yleinen eristyksen syy.

Varsinaisia yleisimpiä hoitoon liittyviä infektioita ovat yksikössä haavainfektiot, virtsatieinfektiot, keuhkokuume sekä clostridiumin aiheuttama ripuli. Tämän lisäksi vuosittain yksikössä tulee ilmi myös yksittäisiä kanyyliperäisiä infektioita.

Keskussairaalan hygieniahoitaja käy säännöllisesti kouluttamassa henkilökuntaa eristyspotilaan hoidossa sekä käsihygieniasioissa. Tämän lisäksi osastolla seurataan käsidesinoinnin käyttöä esimerkiksi KYHKÄ-havainnoinnin avulla.

Palveluyksikössä seurataan säännöllisesti hoitoon liittyviä infektioita SAI-tilastoinnin kautta. SAI-rekisteriin tehdään ilmoitus, kun potilaalle aloitetaan jokin antibiootti sairaalassa ollessa. SAI-rekisteri löytyy asiakas- ja potilasjärjestelmä Mediatrixista. Sinne merkataan infektion lähde (esim. leikkaushaava, keuhkokuume tms.). Antibioottia ei voi laittaa listalle, ilman että SAI-ikkuna on täydennetty. SAI-rekisteristä saadaan vuosittain tilastoitua osastolla tulleiden infektioiden määrää sekä lähdettä, mistä infektio on peräisin. Nämä tilastot käydään läpi sekä yksikössä, että lääkäreiden kokouksissa. Näin toimintaa kehitetään sekä pohditaan kuinka infektioiden määrää voidaan laskea oman toiminnan kautta.

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

[Siunsote INF TYÖOHJE Infektioiden torjuntatoimien oma-avonnan vastuutehtävät yksiköille.docx](#)

[Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#)

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 yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy. Osaston siisteyden palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa. Osastolla on olemassa oma pyykki- ja jätekuilu, johon lajitellaan roskat sekä pyykki asianmukaisesti. Henkilöstön vaatehuollosta vastaa Sakupe.

Yksikön jokaisessa potilashuoneessa on jäteastiat pistävää ja viiltävää jätettä varten, sekä normaalit pyykki- ja jäteastiat. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti. Näille on oma roskakori osaston huoltohuoneessa (pahvilaatikko, jossa keltainen erityisjätteen pussi). Astian lajittelusta vastaa koko hoitohenkilökunta. Viiltävän- ja pistävän jätteen laatikoiden vaihdosta vastaa koko henkilökunta. Tällä hetkellä yksikön hoiva-avustaja vastaa täysien astioiden kierrätyksestä ja uusien tyhjien astioiden käyttökuntoon asettamisesta.

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

Jokainen työntekijä on vastuussa yksikön yleisestä siisteydestä. Mikäli potilashuoneissa tulee eriteroiskeita, on sitä varten siivous- sekä huoltohuoneessa eritesankot, joissa on ensiapua eritetahrojen pesuun (esim. lattiat/tasot).

Osastolla lajitellaan muovijätteet sekä lasijätteet erikseen. Tämän lisäksi myös paristo ym. ongelmajätteet lajitellaan.

Lähiesihenkilö on vastuussa että yksikössä toteutetaan asianmukaisia hygieniaohjeistuksia ja niitä noudatetaan.

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
SAI-järjestelmän käyttö puutteellista	Koulutetaan henkilökuntaa säännöllisesti SAI-järjestelmän käyttöön	Infektioiden torjuntalaki
Osastolle siirtyy potilas, joka pitäisi eristää, mutta tästä ei ole tietoa osastolle tullessa → potilas jää eristämättä tai se huomataan myöhässä.	Tarkastetaan riskitiedot aina ennen osastolle siirtoa	

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Osaston 2g henkilökunta pyritään perehdyttämään intran käyttöön jo työsuhteensa alussa. Myös tiedostopankin käyttöön ohjataan. Intrasta löytyvät myös yksikön omat sivut, joihin on kerätty yksikköä koskevia tietoja (linkkejä).

Osastolla ei nykyisin pidetä enää paperisia potilasohjeita esillä vaan ohjeet tulostetaan potilaskohtaisesti. Kriittiseksi määriteltyjen asiakirjojen ajantasainen versio löytyy paperisena yksiköstä (esimerkiksi omavalvontasuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma).

Yksikön esihenkilöt (osastonhoitaja, apulaistosastonhoitaja sekä ylilääkäri) vastaavat sisällöntuottamisesta intraan. Intran sisällöntuottajat on perehdytetty tarkemmin intran käyttöön. He huolehtivat yksikön ohjeiden päivittämisestä ja tiedostojen ajantasaisuudesta. Potilas ja työohjeet päivitetään yhdessä apulaistosastonhoitajan ja ylilääkärin toimesta. Osastolla on käytössä myös omat Teams-kanavat, jossa käsitellään yksikkökohtaisia tietoja. Teams-kanavaa käytetään myös päivittäisessä viestinnässä tai työvuorosunnittelussa.

Potilasohjeet laaditaan yhdessä osaston lääkäreiden kanssa. Ohjeet annetaan luettavaksi useammalle henkilölle, jotta ohje on ymmärrettävä. Mikäli ohjeesta tulee palautetta, päivitetään sitä sen mukaisesti. Ohjeiden hallinnointi kuuluu yksikön esihenkilöille sekä ylilääkärille. Mikäli ohjeiden päivittäminen ei toteudu, asiasta puhutaan yksikössä ja toimintatapoja kehitetään toimivammiksi.

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

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
Sisällöntuottajien osaamisen keskittyminen vain muutamille työntekijöille.		
Potilas- ja työohjeiden ajantasaisuus	Lääkäreiden osallistaminen ohjeiden päivittämiseen	

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.

Osaston 2g keskeisiä yhteistyökumppaneita asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Osastolle on

laadittu keskussairaalasoinen pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys, joiden laatimiseen ja osaamiseen ylläpitoon tarjoaa tukea organisaation turvallisuusyksikkö. Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyötä tehdään esimerkiksi osallistumalla säännöllisesti paloturvallisuuskoulutuksiin.

Mikäli yhteistyö ei ole riittävää, järjestetään asian tiimoilta yhteiskokous, jossa pohditaan uudelleen pelisäännöt.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Osastolle 2g on laadittu normaaliolojen häiriötilanteisiin suunnitelmat (esimerkiksi toiminta sähkökatkon varalle). Häiriötilanteita varten harjoitellaan säännöllisesti ja toimintamalleja päivitetään harjoituksissa saatujen kokemuksiin perustuen. Osastolla on käytössä varavoima mahdollisten sähkökatkojen varalla. Tuolloin esimerkiksi tietyt merkatut pistorasiat toimivat vaikka sähkökatko olisi käynnissä. Myös valvontahuoneen toiminta on turvattu sähkökatkon ajaksi varavoimalla.

Osastolla on poikkeusolojen häiriötilanteisiin toimintasuunnitelma, jolla kriittiset toiminnot varmistetaan.

Osastolla 2g on oma rooli suuronnettomuustilanteessa. Yksikköön on laadittu suuronnettomuus suunnitelma. Suuronnettomuus suunnitelma on päivitetty vuonna 2024 ja yksikön toiminta suuronnettomuustilanteessa tapahtuu jatkossa uuden ohjeen mukaisesti. Yksikkö osallistuu suuronnettomuus tms. häiriötilanneharjoituksiin, aina kun organisaatioissa niitä järjestetään. Yksikössä on pelastus sekä poistumisturvallisuusselvitys, joka on päivytetty syksyllä 2024. Päivitykseen osallistuu osaston nimetty turvallisuusvastaava sekä lähiesihenkilöt.

Kaikki yksikössä toimivat perehdytetään yksikköön saapuessa häiriötilanteita varten. Osaston perehdytykseen kuuluu suuronnettomuus sekä turvallisuuskansioon perehtyminen.

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

Yhteenvedo 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
Varavoima ei toimi	Vuosittain toistuvat suunnitellut harjoitussähkökatkot	

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 sekä käyttöveden laatu..

Yksikön yleisten tilojen terveellisyyttä arvioidaan vuosittain Laatuporttiin kirjattavassa työn riskienarvioinnissa sekä työturvallisuuskierroilla. Tämän lisäksi tilojen turvallisuuteen ja terveellisyyteen puututaan aina ongelman ilmaantueessa.

Osastolla on koneellinen ilmanvaihto (ei viilentävä), jota ei voida säätää. Valaistusta voidaan säätää tarpeen mukaan kaikissa tiloissa. Ääniolosuhteita hallitaan tilasuunnittelu huomioon ottaen. Valvontahuoneessa on kesäisin oma viilentävä laite, jotta huone ei kuumu liikaa. Valvontahuoneessa on myös tummennetut ikkunat, jotta huoneen lämpötila olisi suotuisa ja laitteet eivät kuumene.

Ajoittain osastolla voidaan kuvata potilaan epästabiilin voinnin vuoksi esimerkiksi keukokuva, joka aiheuttaa säteilyvaaran. Nämä ovat harvinaisempia, mutta tilanteen tultessa, suhtaudutaan säteilyyn siihen tarvittavin keinoin (liivit + huoneesta poistuminen kuvauksen ajaksi). Henkilökunta on perehdytetty tilanteisiin.

Yksikön potilaille tehdään tutkimuksia (esim. isotooppitutkimukset), jotka voivat aiheuttaa potilaan säteilyä seuraavan vuorokauden ajan. Tämä huomioidaan kiinnittämällä potilashuoneeseen oveen vihreä lappu, jossa ”ota yhteys henkilökuntaan ennen huoneeseen menoa” – ohjeistus.

Ykiskössä seurataan joka päivä havainnoimalla käyttövedenlaatua. Mikäli siinä havaitaan poikkeamaa, ilmoitetaan siitä organisaation tekniseen päivystykseen. Tästä asia etenee ympäristöterveyden huoltoon, joka ilmoittaa asiasta eteenpäin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Sosiaali- ja terveysministeriön asetus... 1352/2015 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#) [Terveystensuojelulaki 763/1994 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

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

10 Palvelun sisällön omavalvonta

Sosiaali- ja terveystenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakas- ja potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveystenhuollon 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.

Potilaan saapuessa yksikköön potilas tunnistetaan olemassa olevalla potilasrannekkeella. Potilasranneke on yleensä asetettu potilaalle tulovaiheessa edellisessä yksikössä (päivystys, leiko tms.). Mikäli potilas tulee suoraan osastolle, asetetaan potilaalle potilasranneke osastolla 2g. Tätä varten osastolla on KrokoMed-potilasranneketulostin. Siinä on tulostettuna potilaan nimi ja henkilö. Potilaalta kysytään henkilöturvastunnus ja todennetaan että kyseessä on rannekkeessa oleva henkilö. Mikäli potilas ei muista omaa henkilöturvastunnusta, pyydetään toinen hoitaja tunnistamaan myös potilaan henkilöllisyys.

Potilaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella. Erillistä tunnisturannekeseurantaa ei ole.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistamaton potilas, ei osaa kertoa nimeään tai sosiaaliturvatunnusta		
Ranneke puuttuu siirtyessä yksikköön toisesta yksiköstä		

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.

Osastolla hoidetaan monisairaita vatsaelinkirurgisia potilaita. Potilaat ovat jatkuvassa hoitajan seurannassa. Myös päivystävät lääkärit ovat tarvittaessa käytettävissä ympärivuorokautisesti. Osastolla on käytössä häätätilapotilaan tunnistamisen avuksi NEWS-mittari. Pisteitä lasketaan erityisesti kriittisesti sairailta potilailta, mutta myös isoilta leikkauspotilailta, vuoto tai sepsispotilailta. Pisteiden tuloksiin reagoidaan NEWS-mittarin ohjeistuksen ja potilaan voinnin mukaisesti. Keskussairaalassa on käytössä MET-ryhmä, joka voidaan tarvittaessa hälyttää paikalle potilaan voinnin niin vaatiessa. MET-kriteerit on määritelty organisaation ohjeisiin. Myös pelkkä huoli potilaasta -perusteella voidaan tehdä MET-hälytys. Mikäli potilas löytyy elottomana, tehdään elvityshälytys. Osaston henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti kerran vuodessa häätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutus, taso 3. Koulutus sisältää verkkokurssin sekä käytännön simulaatioharjoituksen. Tämän lisäksi osaston sisällä koulutetaan NEWS-mittarin käytössä sekä valvontahuoneen potilaan seurannassa säännöllisesti. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) riskeistä liittyen häätätilapotilaan 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 yhtäaikaista. 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.

Osaston keskeisimpiä yhteistyökumppaneita ovat avannehoitajat, fysioterapeutit, sosiaalihoitajat, päihde- ja mielenterveyshoitajat. Yhteistyötä tehdään päivittäin myös eri yksiköiden kanssa. Osaston potilaat tulevat osastolle pääsääntöisesti päivystyksen tai päivystysosaston kautta. Teho/tehovalvonnan kanssa yhteistyö on myös päivittäistä potilaiden siirtyessä sinne tai takaisin osastolle seurantaan. Yksikön ylipaikkatilanteissa potilaita hoidetaan muilla kirurgisilla vuodeosastoilla, kuten osasto 2b tai 4k.

Yhteistyötä tehdään myös eri terveystieteiden vuodeosastojen, kotihoidon tai kotisairaalan kanssa. Potilaita siirtyy myös Kuopion yliopistolliseen sairaalaan ja sieltä siirtyy potilaita myös osastolle jatkohoitoon.

Erikoissairaanhoidon sisällä asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot välittyvät reaaliaikaisesti yksiköstä toiseen. Perusterveydenhuollon puolelle tieto siirtyy viiveellä joka aiheuttaa haasteita. Tämä ratkaistaan antamalla potilaan mukaan tuloste asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatusta tiedosta ja ollaan yhteydessä vastaanottavaan yksikköön myös puhelimitse. Samaa toimintamallia käytetään myös ikäihmisten palvelualueen toimijoiden kanssa.

Osastolla annetaan raportti toiseen yksikköön ISBAR:n mukaisesti. 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.

Nykyisin osastolla on käytössä sairaalapalveluiden yhteinen kotiutushoitaja, joka avustaa osaston henkilökuntaa potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Kotiutushoitaja selvittää mahdolliset palveluiden tarpeet potilaalle kotiin ja on yhteydessä eri yhteistyötahoihin.

Mikäli potilaan hoidon aikana ilmenee huoli potilaan hyvinvoinnista, voidaan potilaasta tehdä huoli-ilmoitus.

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

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
Yhteydenotto haasteellista	Ajantasalla olevat yhteystiedot, virkalinja erikseen	

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 2g on käytössä sekä numeraalinen että suullinen kivun arviointi. Potilaan kipua arvioidaan NRS-kipumittarilla. Tulos kivusta sekä sen laadusta merkataan aina asiakas- ja potilastietojärjestelmään (Päiväseuranta-ESH sekä Hoke). Mikäli potilas ei kykene arvioimaan kipua numeraalisesti, voidaan kipua arvioida myös sanallisella mittarilla. Mittarin saamien tuloksien perusteella suoritetaan kivunhoito, eli pisteiden ollessa korkea, kipulääkitään potilasta. Jokaiselle potilaalle laaditaan potilaan tausta huomioiden oma kivunhoito-ohjeistus. Hoitava lääkäri määrää sekä säännölliset että tarvittavat kipulääkkeet, joiden mukaisesti potilaan kipua hoidetaan. Operatiivisella palvelualueella on käytössä arkinen kipusairaanhoitaja, joka käy suunnitellusti leikkauspotilaiden luona arvioimassa, onko potilaiden kivunhoito riittävä. Mikäli lääkitys ei ole riittävä, kipusairaanhoitaja konsultoi tarvittaessa kivunhoidosta vastaavaa päivystävää anestesia- ja kivunhoito-erikoislääkäriä. Osastolla koulutetaan säännöllisesti kivunhoitoon kipusairaanhoitajan toimesta. Kivunhoidon osaaminen varmistetaan säännöllisillä koulutuksilla sekä hoitohenkilökunnan suorittamalla kivunhoidon perusteet - verkkokurssilla. Intrasta löytyy kivunhoitoon oma työohje, jota käytetään säännöllisesti osastolla. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kipumittarin käyttö riittämätöntä	Koulutus	

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 2g pyritään ehkäisemään potilaiden kaatumisia tila- ja kalustesuunnittelun avulla. Mikäli potilas on huteraliikkeinen, pidetään potilassängyn laidat ylhäällä. Tarvittaessa potilaan ollessa levoton ja/tai sekava, voidaan potilas sitoa, jos koetaan potilasturvallisuus vaarantuneeksi. Tähän tarvitaan aina lääkärin lupa.

Apuvälineitä käytetään potilaan kaatumisten ennaltaehkäisyssä. Osastolla on käytössä potilalla joko potilaskengät tai jarrusukat, jotta liukastuminen pystyttäisiin ennaltaehkäisemään. Osastolla on käytössä FRAT-mittari, jonka käyttö on kylläkin hyvin vähäistä. Liikkumiseen käytetään myös apuvälineitä, esim. tasoford, rollaattori, kyynärsauvat ja/tai hoitajan tuki.

Potilaan riski kaatumiseen kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Kaatumisen riskipisteet määritellään ja sen mukaisesti suunnitellaan potilaan hoitoa. Osastolla olevaa henkilökuntaa perehdytetään sekä koulutetaan kaatumisriskin arviointiin.

Mikäli osastolla tapahtuu kaatumiseen tai putoamiseen liittyvä vaaratapahtuma, siitä tehdään Laatuportti-ilmoitus ja haattatapahtumakirjaus myös asiakas- ja potilastieto järjestelmään. Potilaan kaatuminen/putoaminen kirjataan aina ylös potilaskertomukseen. Lääkäriin otetaan yhteyttä tarvittaessa. Uusi työntekijä perehdytetään kaatumisen/putoamiseen ennaltaehkäisyyn (ennakointi, lääkitys, apuvälineet, toimintatavoista kertominen sekä yhteydenotto lääkäriin). Kaatumiset käydään yhdessä läpi osaston osastotunnilla ja pohditaan kehitysmahdollisuuksia kaatumisten ennaltaehkäisyssä.

Tehtyjen haattatapahtumailmoitusten avulla lähiesihenkilö voi seurata kaatumisten määrää sekä tämän avulla voidaan kehittää yksikön toimintaa.

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä

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

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

Sekava, levoton potilas, lähtee ilman hoitajaa liikkeelle ja kaatuu/tippuu vuoteesta	Riittävä kivunhoito ja sekavuustilan tunnistaminen sekä tarvittaessa hoitavan lääkärin luvalla lepoliivihoito	
--	---	--

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 tehtävänsä mukaisesti.

Osastolla seurataan vajaaravitsemus-tilaa verikokein. Pitkään sairaalassa olevilta, varsinkin suonensisäisellä ravitsemushoidolla olevilta potilailta seurataan kerran viikossa veren albumiinitaso. Tämän mukaisesti valitaan ravitsemuksen tueksi erilaisia valmisteita (täydennysravintojuomat, ravintoriikkaampi suonensisäinen nesteytys). NRS2002-mittari on käytössä osalla potilaista, varsinkin syöpäleikkauksiin tulevilla. Vajaaravitsemusriski huomioidaan leikkauksen jälkeen ruokavaliossa. Mittarin käyttö kirjataan potilastietojärjestelmään, hoitotyön kertomus-lehdelle. Osastolla on käytössä maha-suolikanavaisen ruokavalio sekä tehostettu ruokavalio. Näitä käytetään aina mahasuolikanavaa leikatulla potilalla. Tämän lisäksi potilaille tarjotaan automaattisesti tehojuomia. Henkilöstön osaaminen vajaaravitsemusriskin arviointiin taataan säännöllisillä koulutuksilla. Osastolla on kaksi ravitsemusvastaavaa, jotka käyvät säännöllisesti koulutuksissa ja levittävät tietoa yksikköön osastontunnilla. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma
--

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
Pitkä ravinnottaolo, pelkkä suonensisäinen nestehoito	Siirtyminen nestehoito 2 tai 3	

Huono ruokahaluinen potilas	Siirtyminen tehostettuun ruokaan/ravintolisiin, iv-nesteytys	
NRS2022-mittarin vähäinen käyttö	Koulututetaan henkilökuntaa	

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 on tunnistettu ja kirjattukä potilasryhmät 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 panostetaan painehaavan ennaltaehkäisyyn. Useimmissa potilasvuoteissa makuualustana on vähintään keskikirskiluokan patja. Korkean riskin potilaalle laitetaan aina moottoroitu makuualusta. Ennaltaehkäiseviä tuotteita käytetään säännöllisesti, esimerkiksi vaahtosidokset ristiluun alueella sekä kantapäiden suojana. Osastolla on valmiina korkean riskin potilaalle tarkoitettu moottoroitu patja, joka mahdollistaa käytön tarpeen ilmetessä. Lisäksi potilaan siirtotilanteissa käytetään siirtämiseen tarkoitettuja apuvälineitä, jotka vähentävät kitkan syntymistä siirtotilanteessa.

Henkilöstön osaamista varmistetaan säännöllisillä haavakoulutuksilla. Organisaatiossa järjestetään vuosittain painehaavan ennaltaehkäisyn koulutusta. Kaksi osaston työntekijää toimii painehaava-vastaava. Painehaavoista tehdään aina Mediatriin haittatapahtumailmoitus sekä ilmoitus Laatuporttiin. Mikäli painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarkoitetut ohjeistukset eivät toteudu, järjestetään henkilöstölle lisäkoulutusta.

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

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
Kestoepiduraalisen kivunhoidon teippi, iho painuu ja vesikellot syntyvät herkästi	Ihon tarkastus + sidosten vaihto 1 x vrk, sekä tarvittaessa useammin jos teippi rullaantuu	
Vatsaleikatut paljon selällään, riski sacrumin seudun painehaavaan on suuri	Ennaltaehkäisevät tuotteet jo varhain käyttöön	
Braden-mittarin käyttö vähäistä	Koulutus ja uusien perehdytys	

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Osastolla varmistetaan potilaan henkilöllisyys ennen potilaan siirtoa leikkaussaliin. Hoitaja antaa potilaasta raportin leikkaussalin hoitajalle ja kertoo tarvittaessa potilaan hoitoon liittyvät erityispiirteet leikkaussalin hoitohenkilökunnalle. Erillisiä tarkastuslistoja ei ole potilaan siirtämisestä leikkaussaliin. Osastolla toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Leikkaukseen menevältä potilaalta otetaan iänmukaiset verikokeet, keuhkokuva ja sydänfilmi. Osastolla tarkistetaan potilaan ravinnotta olo, ihon kunto ja muu leikkauksen kelpoisuus. Potilaalla on tunnistusranneke. Leikkauslomakkeelta tarkistetaan vielä, että leikattava alue on merkattu oikein. Leikkausta varten hoitaja on velvollinen tekemään potilaasta perioperatiiviset tiedot, joiden mukaisesti anestesia- ja leikkauksen kelpoisuuden sekä sen, miten potilas nukutetaan/puudutetaan. Leikkausta varten lääkäri määrittelee leikkaussyyn ja merkitsee sen KIR-lehdelle, eli tekee leikkausmääräyksen. Ilman leikkausmääräystä, ei leikkausta voida suorittaa. Hoitaja tai lääkäri tekee ilmoituksen leikkaussaliin. Mikäli palvelusta tulee palautetta, toimintaa kehitetään moniammatillisesti yhdessä henkilöstön ja lääkäreiden kanssa. Jos sovittuja toimintatapoja ei noudateta, järjestetään koulutusta. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ohjeita ei ole noudatettu (esim. potilas juonut tai syönyt)	Leikkauskelpoisuuden varmistaminen ennen toimenpidettä	

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Yksikössä hoidetaan monisairaita vatsaelinkirurgisia potilaita. Suuri osa potilaista kärsii joko perustautiinsa liittyen tai toimenpiteeseen liittyvästä sekavuudesta. Osastolla ei ole käytössä seulontamittareita liittyen sekavuuteen. Sekavuustilassa olevasta potilaasta konsultoidaan tarvittaessa lääkärin toimesta joko neurologia, psykiatria tai anestesialääkäriä. Sekavuus kirjataan aina asiakas- ja potilastietojärjestelmään, hoitotyön merkintöihin. Mikäli on tiedossa, myös syy sekavuudelle kerrotaan (muistisairaus, alkoholi tmv.). Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti sekavanpotilaan hoidosta sekä henkilökuntaa ohjataan myös hakeutumaan itse talon sisäisiin koulutuksiin. Intraan on päivitetty ja julkaistu 2/24 Siun Soten hoitopolku sekavuustilan ehkäisyssä. Tämä on saatavilla myös ulkoisessakin verkossa. Lue lisää: Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Akuutin sekavuustilan (delirium) hoito- ja palveluketju - Siun sote palveluketjut
--

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
Seulontamittaria ei käytössä	Koulutus	

10.10 Elintapaohjaus

Terveystenhuoltolaki (13 §) velvoittaa hyvinvointialuetta sisällyttämään kaikkiin terveystenhuollon 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 motivoidaan elintapaohjauksessa esimerkiksi ravitsemus ja liikkumiseen liittyvissä asioissa. Potilaita ohjataa liikuntaneuvojan palveluiden piiriin toimenpiteen jälkeen tarvittaessa. Ravitsemusohjausta annetaan jatkuvasti osastolla kirjallisin sekä suullisin ohjein.

Annetut ohjeistukset kirjataan ylös potilastietojärjestelmään.

Osaston henkilöstölle järjestetään lisäkoulutusta elintapaohjaukseen, mikäli sen toteuttamisessa esiintyy puutteita.

Lue lisää: [Siunsote KEHITTAMISYKSIKKO SUUNNITELMA Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen elintapaohjauksen toimintasuunnitelma 2024–2028.docx Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Elintapaohjaus - Siun sote palveluketjut](#)

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 terveystenhuollon 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.

Osastolla 2G on käytössä nikotiinikorvaushoito-tuotteita, kuten nikotiinipurukumia sekä laastareita. Potilaan voinnista ja halusta riippuen valitaan potilaalle sopiva tuote. Nikotiin haitoista keskustellaan aina hoitojakson aikana niin lääkärin kuin hoitohenkilökunnan toimesta. Tarvittaessa voidaan käyttää päihdehoitajan palveluita.

Henkilöstöä ohjataan päihdekoulutuksiin sekä tiedotetaan uusista keinoista nikotiiniriippuvuuden arviointiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 Pohjois-Karjala](#)

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.

Osastolla on säännöllisesti potilaita, joilla on liiallista alkoholin käyttöä. Potilailla voidaan tehdä alkoholin käytön arviointi-mittari, jonka perusteella potilas arvioi omaa alkoholin käyttöä. Tämän lisäksi jos selkeää vastausta ei alkoholin käyttöön tule, mutta viitettä on että potilas sitä liiallisesti käyttää, voidaan ottaa verikoe, jolla saadaan tietoon potilaan todellinen alkoholin kulutus. Tätä verikoetta käytetään sellaisissa tapauksissa, missä alkoholin käyttö vaikuttaa hoidon syyhyn, suunnitteluun ja arviointiin.

Potilaan alkoholinkäyttö otetaan puheeksi heti hoitojakson alussa. Riippuvuus huomioidaan hoidossa siten, että potilaille tarjotaan aina päihdehoitajan käyntiä. Tämän lisäksi potilaalle aloitetaan kyllästyshoito, jos takana on pitkä alkoholin nauttimisjakso.

Henkilöstöä ohjataan päihdekoulutuksiin säännöllisesti.

[Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#) [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#)

[Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#)

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 on säännöllisesti, mutta harvakseltaan huumausaineiden tai muiden päihteiden käyttäviä potilaita. Päihteiden käytöstä kysytään aina hoitojakson aikana.

Huumausaineriippuvuus huomioidaan hoidossa siten, että potilaille tarjotaan aina päihdehoitajan käyntiä. Asia kirjataan aina potilastietojärjestelmään ja asiakas ohjataan päihdepalveluiden piiriin niin halutessaan.

Osastolle järjestetään tarvittaessa koulutusta ennalta ehkäisevistä päihdepalveluista.

[Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025](#)

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.

Yksikössä ei juuri ole esillä peliongelmaiset asiakkaat. Mikäli peliongelma tulisi esiin, potilas ohjataan avun piiriin. ja toimintaan ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Asia kirjataan potilastietojärjestelmään.

[Ennalta ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#) [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#)

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 potilaan mielenterveydestä tulee huoli, voidaan osastolle kutsua käymään psykiatrinen sairaanhoitaja. Tilanteen mukaan sairaanhoitaja konsultoi psykiatria. Mielenterveyshaasteet huomioidaan päivittäisessä hoidossa samalla tavalla kuin potilaan muutkin haasteet. Potilasta kuunnellaan, keskustellaan ja tarjotaan apua tarvittaessa.

Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti ja ohjataan tarvittaessa osallistumaan talon sisäisiin koulutuksiin.

Lue lisää: [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030](#)

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.

Keskustelu ja kuuntelu ovat avainasemassa itsemurhavaarassa olevan henkilön tunnistamiseen. Mikäli epäily herää, pyydetään osastolle psykiatrinen sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida psykiatria potilaan hoidosta.

Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti ja ohjataan tarvittaessa osallistumaan talon sisäisiin koulutuksiin.

[Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#)
[Siunsote KEH OHJE Itsemurhien ehkäisyn suunnitelma.docx](#)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

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

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

Osaston käytävällä on turvakodin yhteystiedot. Tästä voi potilas ottaa tiedot itselleen, jos ei hoitojaksolla uskaltaisi tuoda esiin mahdollista väkivallan uhkaa kotona. Jos potilas tuo esiin hoitojaksolla väkivallan uhkan, voidaan ottaa yhteyttä esimerkiksi sosiaalipuoleen tapauksesta riippuen. Potilaalle tarjotaan myös psykiatrisen sairaanhoitajan keskustelutukea. Asia kirjataan potilastietojärjestelmään.

Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti ja ohjataan tarvittaessa osallistumaan talon sisäisiin koulutuksiin.

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

[Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattiorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#)

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 kehittämisajakaulu
Riskimittareiden käytän lisääminen, myös kipumittari	Koulutus ja motivointi	
SAI-järjestelmän käyttäminen	Koulutus ja motivointi	

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 aina 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.

Omaavontasuunnitelman päivityksen julkaistaan viiveettä tiedostopankkiin lähiesihenkilön toimesta. Vuonna 2025 tiedostopankissa olevaan tiedostoon tehdyt päivitykset tulevat siirtymään automaattisesti hyvinvointialueen nettisivuilla julkisesti esillä olevaan tiedostoon

13.2 Omaavontasuunnitelman hyväksyminen

Omaavontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	

Omaavontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHaKyDvAQFnoECBAQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Fflaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwykl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBaxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usq=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsnh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023

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

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

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivnNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usq=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=2ahUKEwiTqtTG9IjBAxUrFBAIHQIApGQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Dbeb1%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&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449> (linkki)

Terveysthuoltolaki (1326/2010):

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

Terveysthuoltolaki (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&usq=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Tietosuojalaki 1050/2018:

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y (linkki)

Työttymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Valviran määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä:

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

Viestit – Suomi.fi:

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