

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 2K

Laatija(t)	Leppänen Päivi, osastonhoitaja
	Suomalainen Nita, apulaisosastonhoitaja
	Airaksinen Annastiina, apulaisosastonhoitaja
	Puhakka Ari, osastonlääkäri
Tarkastaja	Harju Anu, palvelupäällikkö
Hyväksyjä	Harju Anu, palvelupäällikkö
Pvm.	18.3.2025

Sisällysluettelo

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

6.5	Potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen.....	20
6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	20
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö.....	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys.....	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	24
7.5	Johtamisosaaminen.....	26
7.6	Työhyvinvointi	27
7.7	Varautuminen haastaviin potilastilanteisiin	28
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	28
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	29
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	29
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	31
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	32
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	32
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	34
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	35
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	37
9.5	Infektioiden torjunta	39
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	39
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	41
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat.....	42
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	43
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	43
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	43
9.7.3	Terveydensuojelu	44
10	Palvelun sisällön omavalvonta	45
10.1	Potilaan tunnistaminen	45

10.2	Hätätilapotilaan tunnistaminen	46
10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	47
10.4	Kivunhoito	48
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	49
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	50
10.7	Painehaavojen ehkäisy	51
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	52
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	52
10.10	Elintapaohjaus	54
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	55
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	55
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	55
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	56
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	56
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	56
10.12	Itsemurhien ehkäisy	57
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	58
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	58
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	59
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	59
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	59
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	59
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	61

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 täytäntöönpanon suunnitelman sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus sekä Valviran yksityisen terveydenhuollon omavalvonnan lomakepohjan sekä Valviran yksityisen sosiaalihuollon omavalvontasuunnitelman laadintaan liittyvien ohjeiden sekä kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) 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	Konservatiivinen klinikaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 2K, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Vuodeosastohoito
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestö
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Potilaspaikkamäärä: 30

	Osaston hoitajaksot vuodessa n.1500 kpl, hoitopäivät n. 12000 kpl, käyntejä 123 Keskimmäinen hoitajaksen pituus on 9 vrk
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Päivi Leppänen, paivi.leppanen@siunsote.fi , 0133303478
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi , 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmässä eri erikoisalojen klinikoita johtaa erikoisalojen ylilääkärit, hoitotyön yhteistyössä klinikaryhmän eri yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa. Osaston 2k toimintaa johtavat yhdessä osastonylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto lähiesihenkilöille. Osastolla toteutetaan sekä lähi- että etäjohtamista. Päivittäinen toiminnan johtaminen painottuu hoitotyön lähiesihenkilöille, osastonylilääkärin tuella.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Henkilöstövuokraus	1 palveluntuottaja

Lääkäripalveluostoja	Useita palveluntuottajia
Työnohjaus	Useita palveluntuottajia
Tulkkaukspalvelu	Useita palveluntuottajia

Osaston suurin ostopalvelu on hoitohenkilöstön vuokraaminen Tempore-henkilöstöpalveluista. Sijaisia voidaan pyytää eri mittaisiin sijaistarpeisiin ja sijaispyynnössä voidaan määrittellä millaista osaamista tai pätevyyttä sijaiselta vaaditaan, esim. onko työskennellyt osastolla aikaisemmin tai millainen lääkeosaaminen vaaditaan. Temporen kautta tuleville sijaisille voidaan järjestää perehdytysvuoro ja käytössä on keikkalaisen pikaperehdytys-ohje, joka annetaan luettavaksi ensimmäisenä työpäivänä. Tarvittaessa voidaan hankkia lääkäreitä ostopalveluna eri mittaisiin sijaistarpeisiin. Henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ilmoittaa sijaisten tekemään työhön liittyvistä laadun ja turvallisuuden poikkeamista lähiesihenkilöille. Ilmoitus voidaan tehdä suullisesti tai Laatuportti-järjestelmän kautta vaaratapahtumailmoituksena. Hoitotyön lähiesihenkilöt ja osastonylilääkäri seuraavat vuokratyöntekijöiden osaamisen laatua ja potilasturvallisuutta.

Lähiesihenkilöt perehdytetään ostopalvelujen käyttöön. Siun soten sisäisissä koulutuksissa käydään läpi esimerkiksi vuokratyöntekijöiden käyttöä.

Osastolla ei ole käytössä palvelusetelipalveluita, eikä palveluseteltä ole mahdollista myöntää potilaille hoitajakson aikana tai kotiutuessa.

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajilta vaaditaan omaavontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

Konservatiivisen klinikkaryhmän tehtävänä on tarjota Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle terveydenhuoltolain mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut. Toiminnan tavoitteena on tuottaa strategian mukaisesti oikea palvelu, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa.

Osaston toiminnan tavoitteena on tuottaa sisätautien ja keuhkosairauksien erikoissairaanhoidon vuodeosastolla annettavat palvelut yli 16-vuotiaille Pohjois-Karjalan Hyvinvointialueen asukkaille, jotka tarvitsevat akuutisti vuodeosastohoitoa. Osastolle tullaan pääsääntöisesti hoitoon yhteispäivystyksen kautta.

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 terveystalvelujen 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.

Konservatiivisessa klinikkaryhmässä korostuu korkeatasoinen monierikoisalainen osaaminen, joka turvaa terveydenhuoltolain mukaiset talvet. Konservatiivisen klinikkaryhmän toimintaperiaatteena on, että asiantunteva henkilökunta tarjoaa asiakaslähtöisen ja ammattitaitoisen talvelun.

Osaston toiminta perustuu asiakaslähtöisyyteen. Yhteyden saaminen osastolle on helppoa ympäri vuorokauden, pyrimme tarjoamaan oikean hoidon oikeassa paikassa ja oikealle potilaalle oikea-aikaisesti, kunnioitamme potilaan itsemääräämisoikeutta ja potilaalla ja läheisillä on aina mahdollisuus vaikuttaa hoitoon.

Avarakatseisuus yksikössä näkyy toiminnan kehittämisenä tarpeen mukaan ja yhteistyön tekemisenä eri tahojen kanssa.

Potilasturvallisuus on keskeistä kaikessa toiminnassa: Noudatetaan ohjeita, hyödynnetään Vaara- ja poikkeamatilanteista saatua tietoa toiminnan kehittämisessä, kehitetään osaamista systemaattisesti ja varmistetaan henkilöstön pätevyys ja riittävyys.

Yhdenvertaisuus toiminnassa näkyy sekä potilaiden että henkilöstön tasa-arvoisena ja kunnioittavana kohteluna.

Vastuullinen toiminta yksikössä näkyy eettisenä ja kollegiaalisena toimintana, potilasturvallisuuden varmistamisena sekä yhteistyönä eri sidosryhmien kanssa. Omavalvontaa tehdään, laatua seurataan, virheitä otetaan opiksi ja toimintaa kehitetään jatkuvasti.

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 vastuuhenkilö(t)

Osastolääkäri, Osastonhoitaja

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat lähiesihenkilöt, osastonylilääkäri ja henkilöstö. Nimetyt vastuuhenkilöt osallistuvat vastuualueidensa osioiden laadintaan ja henkilöstön kanssa käsitellään suunnitelmaa osastokokouksissa. Potilaat voivat osallistua laadintaan antamalla palautetta hoitojakson aikana tai sen jälkeen. Myös muilta tahoilta, kuten omaisilta saatua palautetta hyödynnetään.

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

Omavalvontasuunnitelma on kaikkien nähtävillä osaston ilmoitustaululla.

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.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu osaston lähiesihenkilöille. Lähiesihenkilöiden vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä ja -velvollisuudesta. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä ja osastokokouksissa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin.

Henkilöstön vastuulla on ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän havaitsee riskin tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Henkilöstön velvollisuus on huolehtia omasta ammatillisesta osaamisestaan ja noudattaa annettuja ohjeita. Riskienarviointi käydään läpi osastokokouksissa ja on henkilöstön luettavissa Turvallisuuskansiossa hoitajien kanslian kaapissa.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Lähiesihenkilö vastaa osaston riskienarvioinnin tekemisestä ja päivittämisestä. Jokaisen työntekijän tulee tunnistaa toiminnassa kriittiset työvaiheet ja niihin liittyvät riskit. Riskejä pyritään aina ennaltaehkäisemään. Huomattuaan epäkohdan, riskin tai laatu-poikkeaman, tulee työntekijän puuttua asiaan välittömästi. Tarvittaessa tieto viedään eteenpäin lähiesihenkilölle suullisesti tai kirjallisesti.

Potilasturvallisuusriskejä arvioidaan erilaisten mittareiden, havaintojen ja palautteiden avulla. Kriittisiä riskejä pyritään ehkäisemään sovitulla toimintamalleilla, ohjeilla, kaksoistarkastuksella jne. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään ja toimintaa kehitetään niiden pohjalta. Mahdollisten vakavien vaaratapahtumien tutkinnan pohjalta annetut suositukset otetaan käytäntöön. Muistutuksista ja kanteluista nousseet havainnot tai epäkohdat huomioidaan. Osastolla pyritään jatkossa järjestämään säännöllisesti turvallisuuskiertoja- tai turvallisuuskävelyjä. Osastolla käytetään riskejä tunnistavia mittareita, esimerkiksi FRAT-kaatumisriskiarvio, BRADEN-painehaavariskin tunnistaminen ja CAM-akuutin sekavuustilan arviointilomake. Infektioita seurataan SAI-raportoinnin kautta, esim. hoitajakson aikana alkaneet infektiot. Osaston

lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mahdollisia riskejä ja keinoja niiden pienentämiseen. Riskien ennaltaehkäisemiseksi käytössä on erilaisia suojausmenetelmiä, kuten lääkeshoidossa kaksoistarkastus.

Henkilöstön toimintaan liittyviä riskejä arvioidaan kuudella eri osa-alueella: hallintajärjestelmät ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät. Henkilöstön suhteen riskiarviointiin kuuluu riskien arviointi rekrytointiprosessissa (kelpoisuus, pätevyys, soveltuvuus), perehdytysprosessissa (suunniteltu, seuranta ja arviointi), jatkuva osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen.

Riskien tunnistamisessa voidaan hyödyntää myös muiden rekistereiden tuottamaa aineistoa, kuten saapuneita asiakaspalautteita, reklamaatioita, korvattuja potilasvahinkoja sekä tehtyjä tietoturvailmoituksia. Lisäksi voidaan hyödyntää asiantuntijoiden arvioita. Jos erilaisten tunnistusmenetelmien ja kanavien kautta ilmenee toistuvasti samantyyppisiä vaara- ja poikkeamatilanteita, niin ryhdytään suunnittelemaan ja muuttamaan toimintaa riskin pienentämiseksi.

Laatuohjelmaa (SHQS) hyödynnettiin laadun varmistuksen, oman toiminnan arvioinnin sekä jatkuvan parantamisen tukena. SHQS-kriteeristön avulla arvioitiin organisaation/toimialueen/vastuualueen omaa toimintaa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavaan lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin, hyviin hoitokäytäntöihin, toimintaohjeisiin ja näyttöön perustuvaan toimintaan sekä jatkuvan laadun parantamisen periaatteisiin. SHQS-järjestelmän käyttö keskeytettiin vuonna 2024. Siun sote selvittää mahdollisuuksia ottaa käyttöön ISO9001-laatustandardi osana hyvinvointialueen toimintajärjestelmän kuvauksen työryhmän selvitystä. Laadun arvioimiseksi ja riskien tunnistamiseksi osastolla on tehty myös erillinen Infektioiden torjunnan omavalvontasuunnitelma, jota päivitetään vuosittain.

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).

Henkilöstö ilmoittaa vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportti-järjestelmän Patu (Parempaa turvallisuutta)-ilmoitusmenettelyllä, suullisella, sähköisellä tai kirjallisella ilmoituksella. Jos osaston henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, on siitä ilmoitettava viipymättä Laatuportti-järjestelmän kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Suullisesti tai muiden kanavien kautta tietoon tulleet epäkohdat (mm. sähköposti) kirjataan tiedon vastaanottaneen tahon toimesta Laatuportti-järjestelmään epäkohta tai epäkohdan uhka -ilmoitukseksi. Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta,

yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä. Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta voidaan tehdä osastojakson aikana, jos herää huoli potilaan hyvinvoinnista tai jos potilas ei itse kykene hankkimaan apua tai ymmärrä avun tarvetta kotona pärjäämisen suhteen [Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut](#) (linkki).

Henkilöstöä tiedotetaan perehdytysvaiheessa ja osaston yhteisissä palaverissa ilmoitusvelvollisuudesta ja yleensäkin velvollisuudesta toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi sekä riskien ja vaara- ja haittatapahtumien ennaltaehkäisemiseksi.

Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vakavista vaaratilanteista tehdään ilmoitus Fimealle 10 vrk kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi tehdään ilmoitus laitteen valmistajalle. Ilmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmän kautta. Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista tehdään ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle. Lisäksi tehdään ilmoitus Valviralle (sähköinen lomake Valviralle <https://turvaviest.valvira.fi/>)

Lääkkeiden ja rokotteiden vakavista haittavaikutuksista tehdään tarvittaessa sähköisesti ilmoitus Fimealle, joka ylläpitää valtakunnallista lääkkeiden haittavaikutusrekisteriä. Ilmoituksen voi tehdä terveydenhuollon ammattilainen tai potilas itse sähköisesti tai paperilomakkeella [Haittavaikutuksista ilmoittaminen - Fimea.fi - Fimea](#) (linkki). Verensiirtoihin liittyvistä vaara- ja poikkeamatapahtumista tehdään tarvittaessa ilmoitus Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta. Potilaan kaatuessa, pudotessa tai saadessa painehaavan hoidon aikana, kirjataan haittatapahtumailmoitus potilastietojärjestelmä-Mediatriin.

Potilaat ja omaiset voivat ilmoittaa vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportti-järjestelmän asiakaspalautteen kautta, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoituksella. Potilaita ja omaisia kannustetaan ilmoittamaan huomaamistaan epäkohdista.

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.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat osaston lähiesihenkilöt Laatuportti-järjestelmässä. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoituksen käsittely voi kestää vaaratapahtuman luonteen mukaan myös yli 30 vuorokautta. Ilmoittajalle menee tieto sähköpostitse ilmoituksen käsittelystä ja mahdollisista toimenpiteistä. Työtapaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun lähiesihenkilö saa tiedon tapahtuneesta). Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään yhteisissä viikkopalaverissa kerran

kuukaudessa. Tapahtumien käsittelystä ja suunnitelluista kehittämistoimenpiteistä tehdään erillinen muistio tai ne liitetään osastokokousmuistioon. Tapahtumia voidaan käsitellä myös työntekijöiden, potilaiden ja omaisten kanssa. Jos kyseessä on vakava haittatapahtuma, potilasta tai omaisia ohjataan korvausten hakemisessa. Ilmoitukset voidaan lähettää tarvittaessa ylemmän johdon käsittelyyn, ja niitä voidaan käsitellä moniammatillisesti ja yhteistyökumppaneiden kanssa.

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.

Riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat osaston lähiesihenkilöt (osastonylilääkäri ja osastonhoitaja). Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti määritelty vastuuhenkilö osaston lähiesihenkilöiden keskuudesta. Kehittämistoimenpide ja sen tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Osastolla seurataan, toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää. Mahdollisten vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta esiin nousevat kehittämiskohteet toteutetaan välittömästi ja seurataan toimenpiteiden vaikutusta.

Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden seurannasta ja toteutumisesta yhdessä yksikön henkilöstön ja muiden esihenkilöiden kanssa. Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuullen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään. Riskejä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä voivat olla esim. henkilöstön koulutus ja perehdytys, ohjeet ja suunnitelmat (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, infektioidenttorjunnan omavalvontasuunnitelma ja ohjeistukset, ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä ja akuutin sekavuustilan tunnistamisesta). Jos riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten seurannassa tai korjaavien toimenpiteiden toteuttamisessa on viivettä, osaston lähiesihenkilöt ryhtyvät toimenpiteisiin ja suunnitelmaa tai toimintaa muutetaan.

Potilaan tai hänen läheisensä antama palaute käsitellään yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään tarvittaessa nimettömänä moniammatillisesti. Jos kysymyksessä on henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluontoisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn, se käsitellään asianomaisten kanssa. Potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa lähiesihenkilön tai lääkärin toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Lähiesihenkilö huolehtii korjaavien toimenpiteiden tiedottamisesta henkilöstölle ja yhteistyötahoille tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Laatuportin ilmoitukset käsitellään osastokokouksissa kuukausittain ja samalla suunnitellaan kehittäviä toimenpiteitä. Suunnitellut kehittämistoimenpiteet kirjataan osastokokousmuistoon, joka lähetetään henkilöstölle sähköpostilla, tulostetaan kahvihuoneessa olevaan kansioon ja laitetaan osaston verkkokansioon. Jokainen on velvollinen lukemaan muistiot ja toimimaan yhteisesti sovitulla tavalla. Sähköposti on sovittu viralliseksi tiedotuskanavaksi. Jos kuitenkin epäillään, että tiedottaminen ei onnistu, lähiesihenkilöt pohtivat muita viestintäkeinoja.

5.7 Potilaan informointi vaaratapahtumasta

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.

Osastolla hoidossa tapahtuneen vaaratilanteen, turvallisuutta vaarantavan tekijän tai laatu poikkeaman tultua ilmi, potilaita ja omaisia ohjataan tekemään vaaratilanneilmoitus [Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki) tai antamaan palautetta osastolle suoraan. Osaston lähiesihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa. Potilaalle kerrotaan, jos hoidon aikana on tapahtunut vaaratapahtuma, ja tapahtuma käydään läpi. Potilasta tuetaan tarpeen mukaan. Potilaalle voidaan tarjota esim. keskusteluapua tai ohjata hänet muun avun ja tuen piiriin. Haittatapahtuman yhteydessä voidaan ohjata potilasta tai omaisia myös korvausten hakemiseen esim. potilasasiavastaavan kautta. Jos tulee ilmi, että potilasta ei ole asianmukaisesti informoitu vaaratapahtumasta, lähiesihenkilö lisää henkilöstön tietoisuutta vaaratapahtumien informoinnista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön vaihtuvuus	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin	
Vaara- ja poikkeamatapahtumailmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin -ohje Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa -ohje

		Vaaratapahtumien raportointi – Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma
Harvoin tapahtuva toiminta -> riski toimintamallin unohtumisesta	Osaamisen vahvistaminen, esim. parityöskentely, koulutus	

6 Potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

Potilaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Palvelun, hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehtoja on kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään.

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Konservatiivinen klinikkaryhmä vastaa oman vastuualueensa mukaisesta erikoissairaanhoidon hoidontarpeen arvioinnista kolmen viikon kuluessa terveydenhuoltolain säädösten mukaisesti. Toteutumista seurataan kuukausittain.

Pääsääntöisesti potilaat saapuvat osastolle yhteispäivystyksen kautta. Päivystysalueella lääkäri tekee hoidonarvion, suunnitelman osastolle siirtymisestä ja hoidon aloituksesta. Osastojakson aikana hoitava lääkäri arvioi hoidon tarvetta arkipäivisin ja päivystävä lääkäri virka-ajan ulkopuolella.

Lupapaikalle tuleville potilaille pyritään järjestämään palvelut lääkärin arvioiman hoidon tarpeen mukaan mahdollisimman pian. Potilaita tulee lupapaikalle mm. erilaisia tutkimuksia varten.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Konservatiivinen klinikkaryhmä vastaa oman vastualueensa mukaisesta erikoissairaanhoidon pääsystä kohtuullisessa ajassa (3 kk) tai viimeistään kuuden kuukauden kuluessa havaitusta palvelun tarpeesta. Hoidon tarve arvioidaan erikoissairaanhoidon tulleen lähetteen perusteella. Toteutumista seurataan kuukausittain.

Osastolle otetaan sisätauti tai keuhkosairauksien hoitoa tarvitsevia potilaita päivystyksestä ympäri vuorokauden paikkatilanteen mukaan. Osastopaikka pyritään järjestämään mahdollisimman pian. Määräaika osastolle pääsyyn vaihtelee ja sitä seurataan yhteispäivystyksessä.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Osastolla ei laadita potilaille terveys- tai palvelusuunnitelmia. Potilaan saapuessa osastolle aloitetaan kirjaamaan yksilöllistä ja potilaslähtöistä hoitosuunnitelmaa potilastietojärjestelmä-Mediatriin. Hoitosuunnitelma perustuu sekä lääkärin että hoitajan arvioon ja lähtökohtana on potilaan tulosyys osastolle ja hoidon tarve. Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan päivittäin ja suunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelmaan voidaan kirjata myös potilaan ja omaisen toiveita ja näkemyksiä hoitoon liittyen. Hoitohenkilöstö tutustuu hoitosuunnitelmaan työvuoron alussa lukiessaan hiljaista raporttia. Hoitosuunnitelmaa hyödyntävät kaikki potilasta hoitavat ammattiryhmät.

6.4 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.

Henkilökunta kunnioittaa ja vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja tukee hänen osallistumistaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toiminta perustuu lainsäädäntöön ja lakien toimeenpanoa koskeviin ohjeistuksiin. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta.

Osastolla potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu käytännössä seuraavasti:

- Potilas osallistuu terveydentilan sallimissa rajoissa hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja hänen toiveensa huomioidaan
- Potilas saa yksilöllistä neuvontaa ja palvelua tarvitsemisissa asioissa
- Henkilöstö kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä ja yksityisyyttä

- Hoidon toteutuksessa kunnioitetaan potilaan hoitotahtotietoja
- Potilaan asioita käsitellään luottamuksellisesti
- Potilaan tiedonsaantioikeus huomioidaan
- Potilaan omatoimista selviytymistä, elämänhallintaa ja sosiaalista toimintakykyä tuetaan ja pyritään järjestämään hänelle sairaalajakson päättymisen jälkeen tarvittavat riittävät palvelut

Osastolla toimitaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Hänen tahtoaan ja mielipiteitään kunnioitetaan ja toimitaan sen mukaisesti, mikäli se ei vaaranna hänen tai muiden terveyttä ja turvallisuutta. Huolehditaan, että hoitotoimenpiteiden aikana potilashuoneen ovet ovat kiinni eikä huoneessa ole ulkopuolisia henkilöitä, jotta yksityisyys säilyy. Myös salassapidosta huolehditaan ja potilaan asioista puhutaan vain tiloissa, joissa ei ole ulkopuolisia kuulemassa. Samoin potilasasiakirjat pidetään poissa ulkopuolisten saatavilta. Jokainen henkilökuntaan kuuluva on sitoutunut salassapitoon työhön tullessaan.

Sovittuja toimintatapojen toteumista seurataan palautteen ja Laatuportin vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitusten avulla (ilmoitukset eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyen). Lähiesihenkilö puuttuu asiaan havaitessaan puutteita henkilöstön toiminnassa.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa 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.

Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun potilaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua. Syynä rajoittamiseen voi olla potilaan mahdollisuus itsensä vahingoittamiseen muistisairauden tai muun arvioidun syyn, esimerkiksi merkittävän kaatumisvaaran perusteella. Rajoitustoimenpiteet ovat viimeinen käytettävissä oleva keino. Päätöksen rajoitteiden käytöstä tekee aina lääkäri. Rajoittamistoimenpiteistä tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin ja rajoittamistoimenpiteiden välttämättömyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan. Rajoitustoimenpiteet toteutetaan lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti mahdollisimman lyhyen ajan ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen. Lähtökohtana rajoitteiden asettamisessa on sekä hoitajien että lääkärin arvio.

Osastolla käytettäviä vapaaseen liikkumiseen vaikuttavia rajoittavia toimenpiteitä ovat mm. laitojen nostaminen vuoteessa, turvavyöllä pyörätuoliin varmistaminen, turva- ja magneettivöiden käyttö, kulkurannekkeen käyttäminen, vaatetus joka rajoittaa toimintaa ja lääkitseminen. Näiden toimenpiteiden tavoitteena on parantaa potilaan turvallisuutta ja ehkäistä vahinkoja ja tapaturmia. Jos on tarve rajoittaa liikkumista lepoliivein (= magneettivyö), seurataan potilaan vointia usein.

Itsemäärämisoikeuteen vaikuttavia rajoitteita voivat olla lääkitseminen ja omaisuuden talteen ottaminen potilaan hoidon turvaamiseksi. Eri asteista eristämistä joudutaan käyttämään myös joidenkin helposti tarttuvien ja tartuntavaarallisten sairauksien takia eli lääketieteellisestä syystä.

Henkilöstön työn turvaamiseksi voidaan tarvittaessa kutsua avuksi vahtimestarit.

Henkilöstön perehdytyksessä käydään läpi rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen ja ohjeistukset yksikössä. Henkilöstö käy avekkikoulutuksia. Lähiesihenkilöt seuraavat rajoittamistoimenpiteiden käyttöä osastolla, ja mahdollisiin epäkohtiin puututaan. Epäkohtiin johtaneet tilanteet selvitetään asianomaisten kanssa ja pyritään löytämään keinoja ettei tilanne toistu, esim. laaditaan lisäohjeistusta tarvittaessa tai koulutetaan henkilöstöä.

6.4.3 Potilaan kohtelu

Potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen kohtelussa ja sosiaali- ja terveyspalveluita toteutettaessa.

Kaikkia potilaita kohdellaan arvostavasti ja kunnioittavasti tasa-arvoisina henkilöinä. Jos havaitaan potilaan epäasiallista kohtelua tai epäasiallista käytöstä, jokainen henkilöstöön kuuluva on velvollinen puuttumaan asiaan välittömästi sen havaittuaan. Henkilöstön velvollisuus on puuttua myös kollegoidensa epäasialliseen käyttäytymiseen, potilaan/omaisen epäasialliseen kohteluun ja myös omaisten / vierailijoiden epäasialliseen ja muita loukkaavaan käyttäytymiseen. Asiasta huomautetaan asianomaiselle kahden kesken ja ilmoitetaan lähiesihenkilölle, joka tarvittaessa vie asiaa eteenpäin.

Henkilöstön taholta tapahtuva potilaan epäasiallinen kohtelu käsitellään potilaan kanssa ja omaisten/läheisten kanssa siinä tapauksessa, että potilas sitä itse haluaa/antaa siihen luvan. Asiasta kerrotaan, siitä keskustellaan ja kerrotaan myös, että potilaalla/omaisella on mahdollisuus ilmaista hoidon tai toiminnan laadusta tyytymättömyytensä ja huolensa joko kirjallisesti tai suullisesti suoraan henkilöstölle.

Tarvittaessa osastolle on mahdollisuus tilata tulkki tai puhelintulkkaus tulkkipalvelun kautta. Lisäksi voidaan käyttää oman henkilöstön kielitaitoa hyödyksi. Aistivammoja voidaan myös huomioda erilaisten tulkkien kautta, esim. viittomakielen tulkki. Potilasohjeita on saatavilla eri kielillä lähinnä sähköisessä muodossa esim. potilasjärjestöjen sivuilla.

6.4.4 Potilaan oikeusturva

Potilaalla on oikeus tehdä reklamaatio palvelun tai hoidon laatuun tai samaansa kohteluun liittyen. Palveluyksikön omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja muutettaessa on otettava huomioon myös valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset.

Osastolla hoidossa olevalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon sekä hyvään kohteluun ilman syrjintää. Potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Osastolla ei hyväksytä potilaaseen kohdistuvaa epäasiallista kohtelua.

Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymätön potilas tai hänen läheisensä ohjataan ottamaan yhteyttä lähiesihenkilöön keskustelua varten. Mikäli keskustelu ei johda toivottuun lopputulokseen, potilaalla tai hänen läheisellään on oikeus tehdä muistutus osaston toiminnasta Siun soten verkkosivujen sähköisen asioinnin kautta tai paperilomakkeella.

Aluehallintovirastoon voi tehdä kantelun silloin, kun katsoo kantelun kohteena olevan toimipaikan, henkilön menettelyn tai toiminnan olevan lainvastaista, virheellistä tai epäasianmukaista. Kantelun voi tehdä myös tehtävien laiminlyönnistä. Ennen kantelun tekemistä kannattaa arvioida, onko asia ratkaistavissa keskustelemalla suoraan toimipaikan kanssa tai tekemällä asiasta muistutus (kts. edellä). Kantelun voi tehdä kuka tahansa, muukin kuin henkilö, jota asia koskee. Kantelu tehdään kirjallisesti, sen voi tehdä myös vapaamuotoisesti. Tarkempi ohjeistus kantelun tekemiseen löytyy aluehallintoviraston nettisivuilta www.avi.fi.

Muistutus tulee palvelupäälliköltä osastonhoitajan käsiteltäväksi. Osastonhoitaja toimii Siun soten toimintaohjeen mukaisesti (Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely). Muistutusten tai kanteluiden myötä esiin tulleet epäkohdat käydään läpi yksikössä ja tarpeen mukaan kehitetään toimintaa. Päätöksenteon oikeellisuutta ja asianmukaisuutta pyritään lisäämään tekemällä päätöksiä moniammatillisesti, esim. itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote

Kirjaamo
Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 3308285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10-14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

Viestejä voi lähettää tietoturvalisistä www.suomi.fi/viestit - palvelun (linkki) kautta

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot löytyvät osaston ilmoitustaululta ja Siun soten verkkosivuilta. Potilas ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteyttä sosiaali- ja potilasasiavastaavaan.

6.5 Potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

Eri-ikäisten 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 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 kerätään potilailta neljä kertaa vuodessa hoitotyön palautetta. Potilailla ja omaisilla on mahdollisuus antaa suullista palautetta tai antaa palautetta sähköisesti Laatuportti-järjestelmän asiakkaan vaaratilanneilmoituksen kautta [Asiakaspalaute - siunsote.fi](http://Asiakaspalaute-siunsote.fi) (linkki). Lähiesihenkilö vastaa asiakaspalautteisiin jos vastausta pyydetään. Potilaspalautteiden pohjalta pyritään kehittämään osaston toimintatapoja ja ne käydään läpi tarvittaessa henkilöstön tai asianomaisen henkilön kanssa.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Viestintä toteutetaan tarpeen mukaan Siun soten viestinnän kautta. Osastolla ei ole tällä hetkellä 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
Itsemäärämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan tai turvallisuuteen perustuen	Selkeät toimintaohjeet	Tartuntatautilaki (1227/2016) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Mielenterveyslaki 1116/1990
Monikulttuurisuus asiakkaan/potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	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 potilaiden määrään sekä heidän palvelujen tarpeeseen nähden.

Osaston hoitohenkilöstön määrä on noin 34 ja osastolla työskentelee osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, n. 30 sairaanhoitajaa, neljä lähihoitajaa, yksi hoiva-avustaja ja yksi kansainvälinen työntekijä. Vuosilomansijaisia hoitohenkilöstössä on neljä. Sairaanhoitajan tehtävistä osa on täyttämättä. Osastolla työskentelee vaihteleva määrä sisätauti- ja keuhkolääkäreitä, kaksi osastosihteeriä ja osastofarmaseutti. Hoitohenkilöstö työskentelee jaksotyössä vuorokauden ympäri. Sairaanhoitajan ja lähihoitajan työnkuva eroaa toisistaan lääkehoidon osalta, sillä lähihoitajat eivät toteuta suonensisäistä lääkehoitoa. Muutoin työtehtävät ovat samanlaisia. Hoiva-avustaja avustaa hoitajia muun muassa

potilaskuljetuksissa, näyttöiden kuljetuksissa sekä potilaan päivittäisten toimintojen turvaamisessa kuten peseytyminen, ruokailu ja vitaalielintoimintojen mittauksissa.

Työvuorosuunnittelulla varmistetaan jokaiseen työvuoroon tarvittava toiminnan edellyttämä ja osaava hoitajamiehitys. Työvuorosuunnittelu toteutetaan toimintälähtöisesti ja siitä vastaavat resurssisuunnittelijat ja osaston lähiesihenkilöt. Osastolla on käytössä työvuorosuunnittelun pelisäännöt, joita noudatetaan. Vuosilomat suunnitellaan tasaisesti ympäri vuoden. Vuosilomasuunnittelussa on sovittu tiettyjä käytäntöjä, esim. kesälomissa kiertävä vuorosysteemi, vuorottelu syys- ja hiihtolomaviikoilla ja osaamisen turvaaminen.

Osastonhoitaja vastaa hoitohenkilöstön riittävydestä. Sijaisia otetaan hoitohenkilöstön poissaoloihin tarpeen mukaan osaston tilanteesta riippuen. Vapaat toimet laitetaan hakuun ja pitkäaikaiset sijaisuudet pyritään sijaistamaan. Lyhytaikaiset sijaiset tulevat joko varahenkilöstöstä tai rekrytoidaan Tempore-vuokratyöfirman kautta. Hoitohenkilöstön vuokratyövoiman käyttö on hyvin vaihtelevaa. Pitkäaikaisten sijaisten rekrytoinnissa tehdään yhteistyötä Siun soten rekrytoinnin kanssa. Osastolla voivat työskennellä vain terveydenhuollon ammattihenkilöt, tai alaa opiskelevat. Työvuorossa olevalle opiskelijalle merkitään aina työpari, joka on vastuussa potilaiden kokonaishoidosta ja lääkehoidosta. Osastolla on myös jatkuvasti terveystalan opiskelijoita harjoittelujaksoilla.

Poikkeustilanteessa, esim. jos on paljon henkilöstön poissaloja, muutetaan toimintaa tehtäväkeskeiseksi, priorisoidaan toimintaa ja tehdään yhteistyötä muiden osastojen kanssa potilaiden hoidon turvaamiseksi. Jos pidemmällä aikavälillä ei ole saatavilla riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä, osaston toimintaa muutetaan ja potilasmäärää voidaan rajata.

Henkilökunnan osaamisesta pidetään huolta mahdollistamalla koulutuksiin osallistuminen ja muu kehittyminen / kehittäminen. Jokaisen henkilökuntaan kuuluvan velvollisuus on pitää työssään tarvitsemansa osaaminen ajan tasalla ja etsiä/ehdottaa tarvitsemaansa kertausta ja koulutusta. Myös verkkokurssit laajasti eri hoitotyöhön liittyvistä aiheista ovat käytettävissä.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytoinnin tavoitteena on saada pätevää osaavaa henkilöstöä töihin osastolle. Rekrytointia sekä vakinaisen henkilöstön että sijaisten saamiseksi tehdään jatkuvasti yhteistyössä Siun soten rekrytoinnin kanssa. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot). Työhaastattelu voidaan toteuttaa lähiesihenkilöiden tai rekrytoinnin toimesta. Hoitajien rekrytoinnista vastaa osaston lähiesihenkilöt ja lääkäreiden rekrytoinnista vastaa klinikan ylilääkäri. Rekrytointia ohjaa työlaainsäädäntö ja SOTE-työehtosopimus.

Osastolla työskentelee laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja lisäksi avustavissa tehtävissä voi työskennellä henkilö, jolla ei ole terveydenhuollon koulutusta. Henkilöstön kelpoisuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin. Ulkomailta rekrytoitujen työntekijöiden voimassaolevan oleskelu- ja työluvan tarkistaa rekrytointiyksikkö rekrytointivaiheessa. Lähiesihenkilö selvittää uuden työntekijän rokotussuojan ja tekee tartuntatautilain mukaisen selvityksen ennen työskentelyn aloittamista (Tartuntatautilaki 48§, 55§, 56§). Vakituiseen tehtävän valitulta edellytetään lääkärintodistus soveltuvuudesta työhön. Uusissa työsuhteissa on koeaika.

Jos osastolle ei saada rekrytoitua riittävästi pätevää hoitohenkilöstöä, mietitään toiminnan uudelleen organisointia ja missä laajuudessa osasto pystyy toimimaan. Jos rekrytointiprosessissa tai sovittujen periaatteiden toteutumisessa on haasteita, pohditaan eri osallistujien kanssa keinoja haasteiden ratkaisemiseksi.

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.

Osaston perehdytysprosessiin kuuluu alkuperehdytys, lääkehoidon perehdytys ja jatkuva perehdyttäminen työn ohessa. Perehtyminen on jatkuvaa työssä oppimista. Uudelle työntekijälle suunnitellaan perehdytyspäiviä työsuhteen alkaessa. Perehdytyksen apuna käytetään perehdytyslomaketta ja erilaisia apulomakkeita/ohjeita. Osaston toimintaan perehtyminen vie aikaa, ja perehtyjältä itseltään odotetaan aktiivisuutta ja omaaloitteisuutta asioiden selvittämiseksi. Lähiesihenkilö vastaa käytännön asioiden perehdyttämisestä ja kollegat perehdyttävät varsinaiseen kliiniseen työhön. Perehdytyksen yhteydessä uusi työntekijä veloitetaan tutustumaan osaston omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin osaston toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin ja ohjeisiin. Hoitohenkilöstön lyhyet sijaiset saavat kirjallisen perehdytysinfon tullessaan osastolle töihin. Opiskelijoita ohjeistetaan tutustumaan osaston omavalvontasuunnitelmaan ja kerrotaan omavalvonnan tärkeydestä.

Lähiesihenkilö seuraa perehdytyksen tarvetta esim. yksilökeskusteluiden tai saadun palautteen perusteella, ja järjestää tarvittaessa lisää perehdytystä. Alkuperehdytys dokumentoidaan perehdytyslomakkeelle, jonka työntekijä allekirjoittaa, ja lomake lähetetään Siun soten Osaamisen kehittämien palveluihin arkistoitavaksi. SiunPerehdytys kirjataan suoritetuksi sähköiseen HR-järjestelmään henkilökohtaisen alkuperehdytyksen ja arviointikeskustelun jälkeen. Perehdytys saattaa eri syistä olla riittämätöntä ja sellaisen esiin tultua lähiesihenkilö pohtii perehdytyksen tarvetta yksilökohtaisesti.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Yksikön osaamistarpeet

Ammatillinen osaaminen:

- Hoitotaidollinen tai lääketieteellinen osaaminen tehtäväkuvan/ammattinimikkeen mukaan
- Sisätauti- ja keuhkosairauksiin liittyvä teorian ja hoitotyön osaaminen
- Infektiosairauksiin ja eristyspotilaiden hoitoon liittyvä osaaminen
- Potilaan voinnin tarkkailu ja seuranta vaatimusten mukaisesti
- Yksikön vaatima lääkehoidollinen osaaminen ammattinimikkeen mukaan
- Yksikössä vaadittu perusosaaminen laitteisiin liittyen
- Aseptinen osaaminen
- Ergonomia osaaminen
- Häätötilapotilaan tunnistaminen ja elvytystaidot
- Ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen liittyvät tarpeet (mm. koulutukset, tiedotteet, näyttöön perustuva tieto, lääkekoulutukset)
- Lääkärin avustaminen pienissä toimenpiteissä kuten uä-ohjatut punktiot (steriilin pöytä ja välineet, mahdollisen näytteen käsittely, jätteiden käsittely toimenpiteen jälkeen)
- Haavanhoitoon liittyvä osaaminen
- Kivunhoitoon liittyvä osaaminen
- Ravitsemukseen liittyvä osaaminen
- Kirjaamis- ja dokumentointiosaaminen
- Jatkohoidon ennakointi ja suunnittelu, tarvittavien palveluiden järjestäminen ja turvallinen kotiutus
- Hoitotyön toteuttaminen eettisyys ja kestävä kehitys huomioiden
- Työssä jaksamisesta huolehtiminen, työsuojelullinen osaaminen

Ohjausosaaminen:

- Potilaan ohjaaminen oman hoitonsa toteuttamiseen hoitojakson aikana ja sen jälkeen
- Opiskelijaohjaamiseen ja perehdyttämiseen tarvittava osaaminen
- Palveluverkko-osaaminen: Potilaan/omaisen/muun palvelua tarvitsevan henkilön ohjaaminen muihin tarvittaviin palveluihin

Digiosaaminen:

- Tietotekninen osaaminen (mm. teams, sähköposti, potilastietojärjestelmät)
- Tiedonhaun hallinta ja tiedon kriittinen arviointitaito

Vuorovaikutusosaaminen:

- Psykososiaalinen tukeminen ja vaikeasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen vaadittava osaaminen
- Yleiset työelämätaitoihin liittyvät osaamistarpeet
- Moniammatillinen vuorovaikutusosaaminen (yksikön sisällä ja ulkopuolisten tahojen kanssa)

Lainsäädännöllinen osaaminen:

- Lakien ja asetusten mukainen toiminta sekä osaaminen niihin liittyvän tiedon etsintään (mm. Laki potilaan oikeuksista ja asemasta, Tartuntatautilaki, Potilasturvallisuuslaki, Työturvallisuuslaki, Työaikalaki)

Arvot ja eettinen osaaminen:

- Hyvinvointialueen strategian ja arvojen mukainen toiminta
- Oman yksikön arvojen ja tavoitteiden mukainen toiminta
- Monikulttuurisen hoitotyön vaatimat taidot
- Riittävä kielitaito (äidinkieli, vieraat kielet, tulkkien käyttö), jotta potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi omalla kielellään

Hoitohenkilöstön osaamista ja koulutustarvetta arvioidaan lähiesihenkilön pitämässä yksilöllisissä kehityskeskusteluissa. Kehityskeskustelu käydään vuosittain ja siinä sovitaan henkilökohtainen kehityssuunnitelma eli kehittämistarve tai -tavoite. Suunnitelman toteutumista arvioidaan vuosittain. Lähiesihenkilö vastaa kehityskeskustelujen toteutumisesta. Osastolla on tehty hoitohenkilöstölle osaamiskartoitus syksyllä 2023, jonka tiimoilta on tehty hoitohenkilöstön koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelmaa päivitetään vuosittain.

Osaston henkilöstö osallistuu sekä sisäisiin että ulkoisiin koulutuksiin. Lähiesihenkilöt suunnittelevat koulutuksia ja huolehtivat niihin pääsystä. Lähiesihenkilö seuraa täydennyskoulutusten toteutumista mm. kehityskeskustelujen avulla ja verkko-opintojen suoritusten avulla. Jokaisen työntekijän oma aktiivisuus on tärkeää osaamisen kehittämiseksi. Osaamisen kehittämisen menetelmiä osastolla ovat muun muassa perehdytys, työkierto, työyksikössä tapahtuva sisäinen koulutus, simulaatio-oppiminen, työssäoppiminen ja osaamisen jakaminen. Jos osaamisen varmistaminen tai koulutukset eivät toteudu sovitusti, lähiesihenkilöt miettivät toimenpiteitä.

Siun sote on määritellyt kaikkia velvoittavat koulutukset, jotka hoitohenkilöstön tulisi suorittaa. Osastolla on otettu käyttöön yksikkökohtainen koulutuskortti, johon on listattu velvoitetut koulutukset ja lisäksi osaston näkökulmasta tärkeimmät ja toimintaan liittyvät koulutukset eri oppiympäristöissä. Laitepassit suoritetaan osastolla käytettävistä laitteista.

Pakolliset koulutukset/kurssit hoitohenkilöstölle

- LOVE_LOP-Lääkehoidon osaamisen perusteet
- LOVE_IV-laskimoon annettava neste- ja lääkehoito
- PKV-lääkehoito
- N-lääkehoito
- ABO-verensiirto
- Kivun lääkehoidon perusteet
- Iäkkäiden lääkehoito
- Diabetespassi
- Näytöt ja osaamisen arviointi
- Säteilysuojelun yleiset perusteet

- Hätätilapotilaan tunnistaminen ja hoitoelvytys taso 3
- SiunPerehdytys Siun soten yleisperehdytys (uudelle työntekijälle)
- ISBAR- suullinen tiedon kulun varmistaminen
- Tietosuoja terveydenhuollossa
- Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa
- Infektioiden torjunta
- Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa
- Asiakas- ja potilasturvallisuutta taidolla
- Asiakkaan ja potilaan tunnistaminen
- Vaaratapahtumien raportointi
- Paloturvallisuutta taidolla koulutuskokonaisuus
- Johdanto laiteturvallisuuteen
- Asiakas- ja potilasturvallisuusriskien hallinta
- Väsymysriskin hallinta
- Lääkkeellinen happi ja virtausmittari pätevyyden saavuttamisohjelma

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.

Konservatiivisen klinikkaryhmän viroissa noudatetaan hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Määräaikaisessa virkatehtävässä (esim. lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa. Yksikkökohtaisesti katsotaan eduksi myös substanssiosaaminen tai sitoutuminen siihen perehtymiseen. Konservatiivisessa klinikkaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamiskoulutusta. Johtamisosaamistarve voi olla yksilöllinen ja toiminnallisiin muutoksiin liittyvä ja vaatii esihenkilön kanssa keskustelun (esim. kehityskeskustelu).

Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, puolin ja toisin esihenkilön ja työntekijän puolelta tehtyjen osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsisältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan, että lähijohtamisessa on aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät, esimerkiksi osastonhoitajan tehtäväjako apulaisosastonhoitajan kanssa.

Osastonhoitajan virkaan vaaditaan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Turvallisuusjohtaminen ja sen varmistaminen ovat osa esihenkilön täydennyskoulutusta, jonka tavoitteena on

tukea asiakas- ja potilasturvallisuuden johtamista, mittaamista ja jatkuvaa parantamista. Turvallisuusjohtamisen koulutusta esihenkilöille tarjotaan säännöllisesti. Omavalvontaosaamista kehitetään jatkuvasti.

Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaolla osaston lähiesihenkilöiden kesken. Jos lähiesihenkilötyöhön ei ole riittävästi aikaa, täytyy työn kuvaa/työnjakoa/toimintamalleja uudistaa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta, mm. työhyvinvointikyselyt, kehityskeskustelut ja potilaspalaute.

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.

Työhyvinvointi on sekä työnantajan että työntekijän vastuulla ja he ylläpitävät ja kehittävät työhyvinvointia yhteistyössä. Työhyvinvointia edistävä toiminta kohdistuu esimerkiksi henkilöstöön, työympäristöön, työyhteisöön, työprosesseihin tai johtamiseen. Työntekijän hyvinvointi on yksi asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys. Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta, jota toteutetaan useita kertoja vuodessa henkilöstön toiveita kuunnellen, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Työtä voidaan järjestellä yksilön työhyvinvointia lisäten ja työvuorosuunnittelulla voidaan parantaa työstä palautumista, mikä lisää työssä jaksamista. Henkilöstölle on tarjolla erilaisia henkilöstöetuja, mm. E-passi ja tyhy-raha vuosittain.

Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella yhdessä työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti osastokokouksissa, kehittämisiltapäivissä, koulutuksissa ja Teams-ryhmäkeskusteluissa. Haastavia tilanteita ja kriisejä kohdataan toisinaan, ja tarvittaessa järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon osastolla tai Defusing-mallia käyttäen. Henkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen. Osastolle on luotu yhdessä työyhteisön pelisäännöt, joita on noudatettava. Henkilöstöä kannustetaan avoimeen ja luotettamukselliseen vuorovaikutukseen ja annetaan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä. Lähiesihenkilöt kannustavat turvallisuuskulttuuriin, jossa virheet tuodaan avoimesti esille ja niistä otetaan opiksi.

Työolosuhteista ja työturvallisuudesta huolehtiminen on lähiesihenkilöiden vastuulla. Työn riskejä arvioidaan vuosittain Laatuportti-järjestelmään tehtävällä työn riskien arvioinnilla ja turvallisuushavainnoista otetaan opiksi. Turvallisiin työtapoihin perehdytetään ja on jokaisen velvollisuus huolehtia turvallisesta työskentelytavasta. Tarpeen mukaan tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa ja säännöllisesti tehdään työpaikkaselvitys, jossa arvioidaan osaston tilannetta.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyjen, kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu

osaston lähiesihenkilöille. Jos lähiesihenkilö huomaa henkilöstön työhyvinvoinnin heikkenevän, ryhdytään toimenpiteisiin osastolla ja yhteistyötahojen kanssa.

7.7 Varautuminen haastaviin potilastilanteisiin

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

Osastolla hoidetaan potilaita, joiden sairaus tai mielentila voi aiheuttaa haastavia tilanteita, esim. muistisairaat potilaat. Tilanteissa osastolla tai puhelimessa voi esiintyä uhkailua ja väkivaltaisuutta, jotka vaikuttavat sekä henkilöstöön että potilaisiin niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Hoitohenkilöstö pyrkii ennaltaehkäisemään haastavia tilanteita omalla toiminnallaan ja tehden yhteistyötä potilaiden kanssa. Asioista pyritään sopimaan, turvaamaan potilaan hoito mahdollisimman hyvin ja tunnistamaan tilanteet, jotka mahdollisesti voivat laukaista väkivaltaista käyttäytymistä. Tilanteita pyritään ennakoimaan tekemällä arvio haastavasta tilanteesta ja tekemällä parityötä. Viime kädessä voidaan ryhtyä rajoittamistoimenpiteisiin. Tilanteisiin voidaan pyytää ulkopuolista apua turvaamaan henkilöstöä, esim. vahtimestarit. Hoitajilla on turvahälyttimet, joilla voidaan hälyttää apua paikalle. Haastavien tilanteiden määrää seurataan mm. Laatuportti-järjestelmän vaara- ja haittatapahtumailmoitusten avulla. Mikäli haastavia tilanteita havaitaan toistuvasti, pohditaan miten ennakointia voidaan lisätä, esim. perehdytys, koulutus ja osastokohtaiset toimintaohjeet.

Siun soten Henkilöturvaohje ohjaa henkilöstön toimintaa haastavissa potilastilanteissa. Henkilöstön osaamista haastavissa potilastilanteissa pyritään lisäämään mm. säännöllisten avekki-koulutusten avulla. Henkilöstö suorittaa Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa-verkkokurssin (Potilasturvaportti).

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.

Organisaation sisällä voidaan Laatuportti-järjestelmään antaa palautetta erinomaisesta toiminnasta eri yksiköihin. Osastolle tullutta palautetta erinomaisesta toiminnasta käsitellään asianomaisten kanssa tai tuodaan kaikkien työntekijöiden tietoon. Palautteita voidaan käydä läpi osastokokouksissa tai sähköpostitse. Palautetta erinomaisesta toiminnasta tai onnistumisista saadaan potilailta tai heidän läheisiltään mm. kirjallisena palautteena, arkikohtaamisien aikana, sanomalehtien tekstiviestipalstoilta ja sosiaalisesta mediasta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaavan henkilöstön saatavuus ja riittävyys	Jatkuva rekrytointi, osaamisen kehittäminen, osaston vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen	Osaamisen kehittämisen suunnitelma
Puutteellinen perehdytys	Suunnitelmallinen perehdyttäminen Hoitajien työparitoimintamalli Koordinoivan hoitajan malli perehdyttämisen tukena	

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

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

Potilasasiakirjamerkinnät laaditaan osastolla Mediatri-potilastietojärjestelmään. Henkilöstö tekee kirjaukset potilastietojärjestelmään työvuoronsa aikana. Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi lähiesihenkilön alkuperehdytyksen yhteydessä. Lähiesihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita. 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.

Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksillaan. Opiskelijaa ohjaava hoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia. Potilastietojen kirjausten laatua on tarkoitus seurata tulevaisuudessa auditointien kautta. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija allekirjoittaa Salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta myös työsuhteen/harjoittelun päättymisen jälkeen. Sitoumus laaditaan ja allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/opiskelijalle ja toinen työnantajalle. Työntekijä sitoutuu olemaan käsittelemättä niiden potilaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoitosuhdetta sekä olemaan ilmaisematta potilas- ja asiakastietoja sivullisille. Salassapito- ja käyttäjäsoyminen kirjoitetaan ensimmäisessä Siun soten yksikössä, johon henkilö tulee töihin/opiskelemaan. Osaston lähiesihenkilö huolehtii, että jokainen on tutustunut Siun soten tietoturva- ja tietosuojakäsikirjaan sekä varmistaa että työntekijä/opiskelija on ymmärtänyt asiat. Tietosuojan ja tietoturvan toteutumisen seuranta tietojärjestelmien osalta on osa Siun soten sisäistä valvontaa, jota ohjaavat hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojapolitiikka ja -suunnitelma sekä tietosuojan valvontasuunnitelma.

Potilaalla on oikeus omiin tietoihinsa julkisuuslain mukaisella tietopyynnöllä tai käyttämällä EU-tietosuojasetuksen mukaista tarkastusoikeutta. Asianosaisella on oikeus saada tietoja asianosaisaseman perusteella asiakirjasta, joka voi tai on voinut vaikuttaa hänen asiansa käsittelyyn. Lisäksi potilaalla on oikeus pyytää virheellisten tietojen korjaamista. Ohjeistus on koottu Siun soten verkkosivuille ([Asiakirjojen kopiot](#), linkki sekä [Tietojen tarkistaminen ja korjaaminen](#), linkki). Tieto- tai tarkastuspyynnön tai korjaamisvaatimuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelujen](#) (linkki) kautta tai verkkosivuilta tulostettavalla lomakkeella. Potilastietojen luovutus asiakkaalle kirjataan potilastietojärjestelmä Mediatriin. Asiakastietojen luovutus potilaalle kirjataan asianhallintajärjestelmä Dynastyyiin. Tarpeen vaatiessa osastolla ohjeistetaan potilasta tai hänen läheisiään kuinka toimia, jos potilaalla on tarve saada tai korjata potilastietojaan.

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. Tietoturvalle tarkoitetaan hallinnollisia ja teknisiä toimia, joilla turvataan tietojen luottamuksellisuus, eheys ja käytettävyys.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi lähiesihenkilön antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Uudet työntekijät ja opiskelijat saavat luettavakseen Tietoturva- ja tietosuojakäsikirjan. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Lähiesihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Lähiesihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Tietosuojavaletutetut tarkastavat käyttölokeja pistokokein ja satunnaisotannalla. Tietosuojaeslosteet on julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi/henkilotietojen-kasittely) (linkki).

Toiminnassa muodostuu jonkin verran henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja, joista suurin osa hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuoja-jätteenä. Joitakin potilaiden henkilötietoja sisältäviä lomakkeita arkistoidaan osastolla lukkokaapissa. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta työntekijöiltä viiden vuoden välein. Osaston lähiesihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista.

Jokaisen Siun soten työntekijän, viranhaltijan ja luottamushenkilön tulee ilmoittaa havaitsemistaan tietoturva- ja tietosuojavaletteista, tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvistä väärinkäytöksistä tai epäilemistään tietoturva- ja tietosuojarikkomuksista esihenkilölle, turvallisuuspäällikölle sekä tietosuojavaastaavalle. Myös potilaita informoidaan heidän henkilötietojensa käsittelystä sekä näihin liittyvistä asiakkaiden oikeuksista Siun soten www-sivuilla. Asiakkaila ja henkilöstöllä on mahdollisuus ilmoittaa havaitsemistaan tietoturvaloukkauksista sähköisen asiointipalvelun ([Miunpalvelu](https://miunpalvelu.fi), linkki) kautta. Ilmoitukset käsitellään ja dokumentoidaan oman prosessinsa mukaisesti sekä tehdään lakisäätöiset ilmoitukset viranomaisille.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

Tietosuojavaastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella henkilötietojen käsittelyä sekä tietosuoja-säännösten ja -ohjeiden noudattamista. Tietosuojavaastaava 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:

Tietosuojaja@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
Lääkärinkierrolla yksityisyyden suoja kahden hengen huoneissa kärsii	Arkaluonteista asioista ei puhuta ääneen potilashuoneessa	Tietosuojalaki 1050/2018

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 2K sijaitsee Keskussairaalan K-siiven 2. kerroksessa. Osaston tilat ovat sairaalatoimintaan suunnitellut ja asianmukaiset. Huoneet ovat yhden-kahden hengen huoneita, joissa kaikissa on omat WC- ja peseytymistilat. Kahden hengen huoneissa on yksityisyyden turvaamiseksi väliverhot. Potilassijoittelu huoneisiin tehdään potilaiden terveydellinen tilanne sekä erityistarpeet huomioiden. Eristyspotilaille saadaan järjestettyä eristys lähes jokaiseen potilashuoneeseen, mutta ensisijaisesti eristyspotilaat hoidetaan yhden hengen huoneissa. Neljässä eristyshuoneessa on sulkutila, joka mahdollistaa mm. ilmaeristyspotilaiden hoidon paineistetussa

huoneessa. Osastolla on kaksi huonetta, joissa voidaan hoitaa säteilyeristyksessä potilaita. Heidän saamansa hoito voisi aiheuttaa säteilyvaaran tavallisissa tiloissa.

Henkilökunnalla on käytössään kolme kansliaa, sihteereillä kaksi työpistettä ja lääkäreillä kolme työhuonetta. Henkilökunnalla on käytössään kahvihuone, kaksi henkilökunnan wc:tä sekä asianmukaiset pukeutumistilat. Osastolla on myös potilaskeittiö ja lääkehuone, jonne on pääsy vain osalla henkilöstöä. Osastolle on selkeät opasteet K-siiven ala-aulassa ja hississä. Osastolle pääsee kulkemaan esteettömästi hissillä.

Osaston toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit arvioidaan vuosittain osana Laatuportti-järjestelmään tehtävää riskienarviointia. Esiin nousseiden havaintojen perusteella suunnitellaan toimenpiteiden tarve ja seurataan niiden toteutumista. Toimitilojen tulee olla turvallisia ja sopia tarkoituukseensa sekä henkilöstön että potilaiden näkökulmasta. Osastolla kiinnitetään erityisesti huomiota erilaisten työvälineiden käytettävyyteen ja niiden oikeanlaiseen käyttöön. Laitteiden kuntoa tarkastellaan ja lääkintälaitteet huolletaan säännöllisesti lääkintälaitesuunnitelman toimesta. Erilaisten välineiden käyttöön perehdytetään ja esimerkiksi laiteosaamista lisätään Laite-passikoulutusten avulla. Potilaiden yksityisyydensuoja toteutuu osastolla pääosin hyvin, koska potilashuoneet ovat pieniä. Yksityisyydensuoja pyritään huomioimaan mahdollisimman hyvin koko hoitojakson ajan.

Osastolla on käytössä hoitajakutsujärjestelmä Miratel. Kutsulaite on jokaisella potilaspaikalla. Jokaisessa potilas- ja asiakasvessassa on katosta laskeutuva langallinen tai seinässä oleva kutsujärjestelmä. Potilaan kutsuessa hoitajaa, kutsu välittyy näkyville käytävällä oleville tauluille ja kanslioissa niille tietokoneille, joissa on Miratel-järjestelmä. Hoitaja voi vastata eristyskhuoneessa olevan potilaan kutsuun kanslian puhelimella ja tiedustella, mikä potilaalla on asiana. Hoitajakutsuihin vastataan viiveettä. Hoitohenkilöstö perehdytetään työsuhteen alkaessa kutsujärjestelmän käyttöön. Kutsujärjestelmän toimivuus potilaspaikalla testataan potilaan tullessa osastolle hoitoon.

Osastolla on käytössä dementiarannekkeita. Ranneke ohjelmoidaan Miratel-järjestelmässä. Sitä käytetään muistamattomille, liikkuville potilaille, jotka pyrkivät lähtemään ulos. Ranneke hälyttää potilaan mennessä ulko-ovien läheisyyteen, ovesta ulos tai hissiin. Henkilöstöllä on käytettävissä päällekkäushälyttimet, joiden avulla saadaan uhkaavassa tilanteessa nopeasti paikalle lisähenkilökuntaa ja vahtimestarit. Henkilöstö perehdytetään hälyttimien käyttöön ja hälytinten toiminta testataan säännöllisesti.

Osastolla on käytössä kulunvalvontajärjestelmä ja sähköinen lukitusjärjestelmä. Klo 6-21 välillä yksikköön pääsee hissillä tai porraskäytävästä ilman kulunvalvontaa ja muuna aikana vain henkilökunnan kulunvalvontatunnisteella. Osaston pääovella on ovikello. Rakennuksessa on tallentavia kulunvalvonnan kameroita, niistä vastaa turvallisuusyksikkö. Osaston lääkehuoneessa on tallentava valvontakamera, ja valvontakamerasta ilmoitetaan kyltillä lääkehuoneen oven pielessä. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi) (linkki).

Osastolla on automaattinen paloilmoin- ja sammutusjärjestelmä, joka havaitsee tulipalon ja ilmoittaa tapahtumasta automaattisesti hätäkeskukseen ja paikalla olevalle henkilökunnalle. Ilmoitus lähtee myös tekniselle henkilökunnalle ja keskussairaalan vahtimestareille. Paloilmoinjärjestelmän toimivuutta testataan säännöllisesti. Automaattinen sammutusjärjestelmä (vesisprinkleri) pyrkii sammuttamaan havaitun tulipalon. Osastolla on eri pisteissä useita jauhesammuttimia ja paloletkuja, joiden sijainti on merkitty paloturvallisuusmerkeillä. Osastolle on laadittu poistumisturvallisuusselvitys ja paloturvallisuusohjeet, jotka päivitetään kolmen vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa.

Jokaisen osastolla työskentelevän velvollisuus on puuttua, jos erilaisissa järjestelmissä, tiloissa tai välineissä havaitaan puutteita tai toimimattomuutta. Epäkohdasta on ilmoitettava suullisesti tai kirjallisesti. Kirjallinen ilmoitus tehdään Kiinteistöjen vikailmoitukset ja työtilaukset-ohjelman kautta henkilölle, joka vastaa korjaustoimenpiteestä. Toimintaympäristöön tai toimitiloihin liittyvistä vaara- ja häiritsevistä tapahtumista tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö seuraa ilmoituksia ja ryhtyy toimenpiteisiin tarpeen mukaan. Kiinteistön ja tilojen ylläpidosta vastaa Kiinteistöpalvelu-yksikkö. Jos toimintaympäristössä tai toimintatiloissa havaitaan turvallisuusriski tai tilat eivät ole tarkoituksenmukaisia, lähiesihenkilö sopii kiinteistöyksikön kanssa korjaavat toimenpiteet.

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
Osastolla tupakoivat potilaat	Ennakointi tupakoivien potilaiden kohdalla, ohjeistus tupakoinnista	

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 toteuteta varsinaisia etä- tai digipalveluja. Ajoittain lääkäri voi toteuttaa hoitojakson päättymisen jälkeen kontrollivastaanottoajan etäkäyntinä, jolloin lääkäri soittaa sovitus potilaalle vastaanoton sijaan. Potilas tunnistetaan puhelimesta ohjeistuksen mukaisesti. Potilaalta kysytään etäkäyntilupa ja lupa kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilas voi perua etäkäyntiluvan niin halutessaan.

Osastojakson aikana potilaita ohjataan tarpeen mukaan digipalveluiden käyttöön ja hyödyntämiseen.

Onko palveluyksikössä nimetty digimenteri: Kyllä.

Osastolle on laadittu digisuunnitelma, jota päivitetään tarpeen mukaan.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistaminen	Ohjeistuksen mukainen potilaan tunnistaminen	
Etäkäyntilupa jää kysymättä	Ohjeistuksen mukainen toiminta	

9.3 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Osastolla käytetään paljon erilaisia terveysthuollon laitteita ja apuvälineitä. Näistä keskeisimpiä ovat mm. verenpaine-, verensokeri- ja kuumemittarit, pulssioksimetri, erilaiset infuusorit, hengitystä tukevat laitteet, erilaiset imuvälineet, virtausmittarit, potilassängyt ja -nostimet sekä erilaiset liikkumisen apuvälineet. Lääkintälaittehuolto tekee uusille lääkintälaitteille käyttöönotto tarkastuksen ja lisää laitteen lääkintälaiterekisteriin ennen käyttöönottoa. Lääkintälaiterekisterin ajantasaisuudesta huolehtii lääkintälaittehuolto ja osasto yhdessä. Lääkintälaitteet hävitetään lääkintälaittehuollon kautta.

Lääkintälaittehuolto huolehtii lääkintälaitteiden säännöllisestä huollosta huolto-ohjelman mukaisesti. Jos laitteiden toiminnassa huomataan ongelmia, tehdään korjauspyyntö ja toimitetaan laite lääkintälaittehuoltoon. Jos laitetta ei saada korjattua, se lähtee poistoon. Osastolla kalibroidaan verensokerimittarit säännöllisesti, muita laitteita ei testata yksikössä. Hoitaja puhdistaa laitteet käytön jälkeen asianmukaisilla puhdistusaineilla ja laittaa laitteen käyttökuntoon seuraavalle potilaalle. Hengitystä tukeviin laitteisiin vaihdetaan osastolla suodattimet laitevalmistajan ohjeistuksen mukaisesti. Lääkintälaitteet pyritään hankkimaan sopimustoimittajilta, jolloin asianmukaisuus on varmistettu hankintatoimen puolesta.

Lääkintälaitteita tulee käyttää valmistajan käyttötarkoituksen ja ohjeiden mukaisesti. Laitetta käyttävällä on oltava turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Hoitajat suorittavat Laiteturvallisuus-verkkokurssin. Uudet työntekijät perehdytetään laitteiden käyttöön ja laitteita ei saa käyttää, ellei ole osaamista. Osaston

perehdytysuunnitelmaan on listattu osastolla käytössä olevat lääkinnälliset laitteet. Osastolla on käytössä Laatuportti-järjestelmässä olevat Digitaaliset laitepassit, joita suorittamalla perehdytään laitteisiin ja niiden toimintaan. Laitepassit toimivat dokumenttina laiteosaamisesta. Opiskelijat käyttävät lääkintälaitteita vain ohjaajan valvonnassa.

Osaston kriittisiä lääkintälaitteita ovat hengitystä tukevat laitteet, infuusioiden antamiseen käytettävät laitteet ja happi- ja ilmapirtauspistokkeet. Happi- ja ilmapirtauspistokkeiden turvallisen käytön takaamiseksi on sovittu suojauskäytäntöjä, esim. säilytyspaikka ja merkinnät seinässä. Kaikkien osastolla käytettävien laitteiden suomenkieliset käyttöohjeet ovat kaikkien saatavilla yksikön laitevaraston hyllyssä ja lisäksi hengitystä tukevien laitteiden pikaohjeet ovat laitteen välittömässä läheisyydessä. Potilaille luovutetaan osastolta mukaan joitakin laitteita (happirikastin, nebulisaattorit). Laitteen luovutus potilaalle merkitään apuvälineyksikön Effector-järjestelmään. Potilas tai omainen ohjataan laitteen peruskäyttöön kotiutusvaiheessa ja mukaan annetaan laitteen käytön kirjallinen ohje. Heitä ohjeistetaan ongelmatilanteissa ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon (esim. Virka-ajan ulkopuolella rikki menneen happirikastimen tilalle annetaan osastolta uusi laite). Keuhkopoliklinikan kuntoutusohjaaja huolehtii kotiin luovutettujen laitteiden jatko-ohjauksesta.

Useat lääkintälaitteet tarvitsevat sähköä toimiakseen. Sähkökatkotilanteessa voi tulla katko laitteen toimintaan, etenkin jos varavoimaa ei saada. Kriittiset lääkintälaitteet pidetään jatkuvasti latauksessa, että sähkökatkon tullessa niitä voidaan käyttää akun avulla. Osastolle on laadittu erillinen ohjeistus toimintaan sähkökatkon tullessa.

Terveysthuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvistä vaara- ja poikkeamatapahtumista tehdään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen ilmoitus Laatuporttiin. Ilmoituksia hyödynnetään laiteturvallisuuden seuraamisessa ja kehittämisessä. Lääkinnälliseksi laitteeksi katsotaan laitteen ja tarvikkeen vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen, tulee tehdä vaaratilanneilmoitus myös laitteen valmistajalle sekä Fimealle. Ilmoitus tulee tehdä myös, jos laitteen osuus on epäselvä. Lähiesihenkilö huolehtii ilmoitusten tekemisestä laitteen valmistajalle ja Fimealle Laatuportin kautta 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa (kuolemaan johtanut) 10 vrk:ssa.

Henkilöstö on ohjeistettu seuraavasti: jos laitteen käytössä ilmenee puutteita, on käyttö lopetettava välittömästi ja vaihdettava toiseen laitteeseen. Jokaisen vastuulla on laitteen oikeanlainen käyttö, eikä laitetta saa käyttää, jos osaamista ei ole. Lähiesihenkilö seuraa laitteisiin liittyvien Laatuportti-ilmoitusten määrää ja tarpeen mukaan tehdään kehittämistoimenpiteitä, esim. ohjeiden päivittäminen, koulutukset.

Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Kyllä

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuhenkilö: Ei (yksikössä ei valmisteta lääkinnällisiä laitteita).

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Puutteellinen perehdytys	Perehdytyksen lisääminen ja varmistaminen Koulutukset Laitepassit	

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.

Lääkehoidon toteuttaminen osastolla on jokapäiväistä. Osaston lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään vuosittain ja säädösten tai toiminnan muuttuessa lähiesihenkilöiden ja lääkevastuuhoitajien toimesta. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu osaston lääkehoitoprosessi kokonaisuudessaan, vastuut ja velvollisuudet ja esimerkiksi henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Uudet työntekijät perehtyvät työsuhteen alkaessa lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on paperisena versiona yksikön lääkehuoneessa ja sähköisenä versiona osaston Teams-kansiossa. Työntekijät perehdytetään osaston lääkehoitoon erillisen lääkehoidon perehdytysuunnitelman mukaisesti ja työntekijän itsensä vastuulla on huolehtia, että on saanut perehdytyksen lääkehoidon toteuttamiseen. Työntekijän vastuulla on tuoda esiin osaamisvajeensa ja lisäperehdytyksen tarve.

Lääkehoitoa osastolla saa toteuttaa terveydenhuollon ammattilainen, jolla on osastolla vaaditut lääkeluvat voimassa. Opiskelijat toimivat harjoittelujaksolla nimettyjen ohjaajien valvonnassa ja vastuulla. Lääkehoitoon osallistuminen harjoittelujakson aikana edellyttää opintosuunnitelmien mukaisten lääkehoidon teoriaopintojen sekä lääkelaskujen hyväksyttyä suoritusta. Oppilaitokset huolehtivat teoriaopintojen sekä lääkelaskujen suorittamisesta ennen harjoittelujaksoa. Opiskelija työskentelee lääkehuoneessa vain nimetyn ohjaajansa tai toisen hoitohenkilöstöön kuuluvan työntekijän välittömässä ohjauksessa.

Osastolla olevan potilaan lääkitys pyritään tarkastamaan osastolle tulemisen jälkeen tai viimeistään seuraavalle lääkärintierolla. Lääkitystä voidaan tarkistaa myös omaiselta tai potilaan tavanomaisesta hoitopaikasta. Lääkityksen voi tarkistaa joko hoitaja tai lääkäri. Lääkäri määrää aina potilaalle annettavat lääkkeet. Hoitajat tai osastofarmaseutti jakavat potilaiden lääkkeet dosetteihin ja lääkkeet jaetaan tulostetun lääkelistan mukaisesti. Hoitajat annostelevat lääkkeet potilaille. Lääketilauksista huolehtii osastofarmaseutti ja hoitajat.

Toiminta lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatapahtumissa riippuu tilanteen vakavuudesta. Tapahtunut tilanne ja toimenpiteet tulee kirjata viivytyksettä potilasasiakirjoihin. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11 ja 12 §.) Asiakasta ja omaista informoidaan mahdollisimman pian tapahtuneesta. (Potilasturvallisuusasetus 341/2011, 1§ 5 momentti). Vakavan vaaratilanteen tapahduttua potilaan elintoimintoja ja vointia seurataan, ja vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Henkeä uhkaavassa tilanteessa paikalle kutsutaan MET-ryhmä eli sairaalan sisäinen hätätilannetilanetiimi. Tilanteissa toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti ja järjestetään potilaalle tarvittava jatkoseuranta tai -hoito. Mikäli potilaan hoitojakson päättymiseen jälkeen tulee ilmi lääkitykseen liittyvä vaaratilanne, arvioidaan tilannekohtaisesti tarvittavat toimenpiteet ja potilaaseen ollaan yhteydessä tarvittaessa. Yleensä yhteydenotosta vastaa hoitava lääkäri. Lääkäri antaa soittaessaan potilaalle tarvittavat toimintaohjeet.

Fimean määräyksen (6/2012) mukaan lääkehoidon toteuttamiseen mahdollisesti liittyvät riskit tulee kartoittaa ja niiden välttämiseksi tulee kehittää ja hyödyntää lääkehoidon turvallisuutta tukevia ratkaisuja. Lääkehoitosuunnitelman tärkeä tehtävä on toimia lääkehoitoon liittyvien riskien hallinnan suunnitelmana. Kun lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma havaitaan, tulee välittömästi tehdä tarvittavat toimenpiteet vaaran poistamiseksi ja vaikutusten minimoimiseksi. Lääkehoitoon liittyvistä vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja pyrkii selvittämään, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä voidaan selvittää moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Vaara- ja poikkeamatilanteisiin liittyvät ilmoitukset käsitellään kuukausittain osastokokouksessa, ja mietitään kehittämistoimenpiteitä jatkoon. Kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla eli tuleeko muutoksen jälkeen samasta aiheesta uusia ilmoituksia.

Lääkkeiden ja rokotteiden vakavista haittavaikutuksista tehdään tarvittaessa sähköisesti ilmoitus Fimealle, joka ylläpitää valtakunnallista lääkkeiden haittavaikutusrekisteriä. Ilmoituksen voi tehdä terveydenhuollon ammattilainen tai potilas itse sähköisesti tai paperilomakkeella [Haittavaikutuksista ilmoittaminen - Fimea.fi - Fimea](#)(linkki). Osastolla huomattavaa lääkkeen tai lääkepakkauksen laatu- tai

lääkeväärennösepäilystä ilmoitetaan sairaala-apteekkiin ja noudatetaan sairaala-apteen ohjeita. Virheellinen tuote poistetaan käytöstä ja varustetaan tekstillä ”käyttökielossa”. Lisäksi täytetään Tuotevirheilmoitus-lomake. Virheelliset tuotteet palautetaan sairaala-apteekkiin mahdollisimman pian.

Sairaala-apteekki tekee osastolle joka toinen vuosi lääkehoidon ja –huollon valvontakäynnin paikan päällä. Jatkossa valvontakäyntien lisäksi tehdään Laatuportti-järjestelmään lääkehuollon omavalvontasuunnitelma.

Osaston lääkehoitosuunnitelma on päivitetty Helmikuussa 2025.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Ari Puhakka

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Päivi Leppänen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yksikön moninainen lääkehoito	Läkehoidon perehdytys, koulutukset	
Paljon riskilääkkeitä käytössä	Läkehoidon perehdytys	
Uudet, vaihtuvat työntekijät	Läkehoidon perehdytys	

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 henkilöstö on ohjeistettu toimimaan infektioiden torjuntayksikön ohjeiden mukaisesti huomioiden hyvä käsihygieniä ja aseptiikka. Henkilöstö noudattaa toiminnassaan tartuntatautien tautikohtaista ohjeistusta sekä hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyn ohjetta infektioiden ja muiden tarttuvien sairauksien leviämisen estämiseksi. Varotoimiohjeet ovat kaikkien saatavilla ja varotoimista tiedotetaan potilashuoneeseen mentäessä. Tarvittaessa konsultoidaan infektioiden torjuntayksikköä. Epidemiatilanteissa käytetään Siun Soten infektioiden torjuntayksikön ohjeita, jotka ovat työntekijöiden saatavilla Siun soten intrassa. Osastolla hoidetaan paljon erilaisia infektiopotilaita, ja heidän sijoittamisensa tarpeen mukaan eristyshuoneisiin estetään infektioiden leviäminen osaston sisällä. Osastolla on tällä hetkellä käytettävissä kymmenen yhden hengen huonetta. Näistä neljä huonetta on välitilallisia ja huoneista löytyy myös oma Deko eli huuhtelu- ja desinfiointikone. Välitiloihin ja eristyshuoneisiin viedään vain välttämättömät hoitotarvikkeet ja -välineet. Kaikista potilashuoneista löytyy riskijäteastiat, likapyykkipussit ja pintadesinfektioainetta. Riskijäteastiat suljetaan ja hävitetään ohjeistuksen mukaisesti.

Henkilöstö käyttää tarpeen mukaan erilaisia suojaimia infektiopotilaita hoitaessaan. Henkilöstön käytettävissä on kirjalliset ohjeet ja ohjevideot suojainten oikeanlaisesta käytöstä. Henkilöstöllä tulee olla ohjeiden mukainen rokotussuoja.

Osastolla voidaan keuhkolääkärin toimesta tehdä pieniä toimenpiteitä, kuten pleuranesteen poistamista. Toimenpideskärryn puhtaudesta huolehditaan ja toimenpiteet tehdään aseptiikka huomioiden toimenpiduhuoneessa. Välinehuollosta tulevat steriilit välineet säilytetään pakkauksissaan huoltokäytävän kaapissa ja haavahoitoihin käytettävät steriilit tuotteet omissa pakkauksissaan erillisessä kaapissa.

Päivittäisessä työssä huomioidaan, että tarpeettomia apuvälineitä ja tavaroita ei säilytetä huoneissa ja että tilojen pöydät ja lattiat ovat puhdistettavissa. Henkilökohtaiset tavarat säilytetään yöpöydän laatikostossa. Potilaskohtaiset apuvälineet ovat käytössä hoitojakson ajan ja ne puhdistetaan käyttäjän vaihtuessa. Hoitovälineet ja lääkintälaitteet puhdistetaan tarvittaessa ja aina potilaan hoitojakson päättyessä valmistajan ohjeistuksen mukaisilla puhdistusaineilla.

Osastolla on nimetyt hygieniayhdyshenkilöt, joille on laadittu tehtäväkuva. Uudet työntekijät perehdytetään hyvään käsihygieniaan. Käsienpesupaikkoja ja käsihuhteita on hyvin tarjolla sekä käytävillä että jokaisessa potilashuoneessa, ja nähtävillä on useissa pisteissä kirjallinen/kuvallinen ohjeistus käsien pesuun ja käsihuuhteen käyttöön. Käsienpesupaikkojen yhteydessä on käsipyyheautomaatti. Terveysthuollon ammattilaisia tai potilaiden luona vierailevia omaisia ohjeistetaan hyvään käsihygieniaan. Käsihygienian toteutumista seurataan hygieniavastuuhoitajien toimesta säännöllisesti. Käsihuuhteen käytön määrää seurataan vuosittain, käsihuuhteen käytölle on asetettu kulutustavoite. Osastolle on tehty käsihuuhdesaatavuuden arviointi Laatuportti-järjestelmässä.

Henkilöstö ilmoittaa infektiot SAI-rekisteriin. Lähiesihenkilö seuraa SAI-raportoinnin kautta osastolla esiintyvien erilaisten infektioiden määrää ja hoitojakson aikana alkaneiden infektioiden määrää (selkeät infektiioireet alkavat osastolla). Hoitoon liittyviä infektioita voivat olla erilaiset hengitystieinfektiot ja vierasesineisiin liittyvät infektiot. Epidemian mahdollisuus on olemassa liittyen erilaisiin tarttuviin tauteihin, kuten suolistoinfektiot ja

hengitystieinfektiot. Epidemiaa epäiltäessä tai epidemian jo alettua aloitetaan välittömästi toimenpiteet tilanteen hallintaan saamiseksi.

Työntekijät perehdytetään erilaisten infektioiden tunnistamiseen, ehkäisyyn ja hoitoon. Hygieniayhdyskunnat perehdyttävät uusia työntekijöitä erillisen Infektioidentorjunnan perehdytyslistan mukaisesti. Hoitohenkilöstön tulee suorittaa Infektioiden-torjunta verkkokurssi ja lisäksi on suositeltavaa suorittaa Tavanomaiset varotoimet infektioiden torjunnassa – verkkokurssi. Osastolle on laadittu Infektioiden torjuntatoimien omavalvontasuunnitelma Laatuportti-järjestelmään. Suunnitelmassa havaittujen kehittämiskohteiden pohjalta on laadittu toimenpiteitä, joiden toteutumista seurataan. Suunnitelma päivitetään vuosittain.

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.

Yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilöstö yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa. Polkan laitoshuoltajat vastaavat osaston siivouksesta, liinavaatehuollosta ja pääosin jätehuollosta. Jokaisessa potilashuoneessa ja huoltohuoneissa on jätteasiat pistävää ja viiltävää jätettä varten. Erilaiset tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti.

Potilaan päivittäisestä hygieniasta huolehditaan yhdessä potilaan kanssa, kannustetaan omatoimisuuteen, mutta autetaan aina tarvittaessa. Henkilöstö toimii aseptisen työskentelyn periaatteiden mukaisesti ja huolehtii potilaan hygieniasta sovitusti (mm. inkontinenssisuojien vaihto, tarvittavat pesut). Suun ja hampaiden hoito huomioidaan päivittäin. Potilaalle varataan henkilökohtaiset hygieniatuotteet tai hänellä voi olla mukanaan henkilökohtaisia hygieniatuotteita. Pesujen yhteydessä tarkastetaan ihon kunto, avustetaan parran ajamisessa ja kynsien leikkuussa. Hygieniasta huolehtiminen kirjataan hoitotyön merkintöihin päivittäin. Potilaan vaatteiden puhtaudesta ja niiden vaihtamisesta muistutetaan sekä huolehditaan. Kaikki vuodevaatteet vaihdetaan aina tarpeen mukaan – usein jopa päivittäin.

Potilaiden ja henkilöstön vaatehuolto järjestetään Sakupe:n kautta. Likapyykit laitetaan osastolla likapyykkisäkkiin ja säkit lähtevät jätehuoneesta pesulaan. Pesulasta tulee puhtaat pyykki rullakossa osastolle kolmesti viikossa (ma, ke ja pe). Vaatepalvelun henkilökunta käy tarkistamassa tilattavien vaatteiden ja vuodevaatteiden tarpeen ja huolehtii tilauksen tekemisestä. Epidemia-aikoina puhtaiden vaatteiden tarve voi lisääntyä ja pyykin määrä kasvaa, ja siihen varaudutaan tilanteen niin vaatiessa. Potilaat käyttävät osastolla sairaalan vaatteita. Jos potilaalla on tullessaan likaiset vaatteet, ne voidaan pesettää ennen potilaan kotiutumista. Henkilöstö käyttää työvaatteita, joita vaihdetaan tarpeen mukaan.

Osastolla hoidetaan paljon infektiopotilaita, ja siivoustoimenpiteissä otetaan aina huomioon erilaisten pesuaineiden oikeanlainen käyttö infektioiden torjumiseksi. Tarttuvan taudin vuoksi eristyksessä olleen potilaan

eristyksen purkautuessa tai potilaan kotiutuessa tilat siivotaan erillisten ohjeiden mukaisesti. Epidemiaa epäiltäessä tai epidemian alkaessa aloitetaan tehostettu siivous tarvittaessa koko osastolla.

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
Epidemiariski	Käytännön ohjeet epidemian ehkäisemiseksi, potilaan eristäminen heti oireilun alkaessa	
SAI-ilmoitusten tekeminen puutteellista	Ohje Sai-ilmoituksen tekemiseen Perehdytys	

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 hoitoketjukuvaukset.

Henkilöstöä ohjataan tiedon haussa intrasta tai luotettavista verkkolähteistä perehdytysvaiheessa ja aina tarpeen mukaan. Osastolla ei ole tällä hetkellä erillistä palvelu- tai toimintasuunnitelmaa. Osastolla on käytössä muutamia osastokohtaisia ohjeita liittyen lähinnä lääkehoito-ohjeisiin ja radiojodipotilaan hoitoon. Osaston Teams-verkkokansiossa on osastokohtaisia ohjeita ja suunnitelmia. Ohjeita ovat laatineet lähiesihenkilöt, vastuuhenkilöt ja osastofarmaseutti. Osastokohtaiset lääkehoito-ohjeet ovat osastonylilääkärin hyväksymiä. Potilaiden hoidossa ja tutkimusvalmisteluissa käytetään paljon eri osastojen ohjeita, esim. vatsakeskus ja röntgen, joten erilliset osastokohtaiset ohjeet eivät ole tarpeellisia. Potilasohjeita tulostetaan ja annetaan potilaille tarpeen mukaan. Lähiesihenkilö varmistaa, että käytettävä ohjeistus on ajan tasalla ja tarpeen vaatiessa laaditaan uusia toimintaohjeita.

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
Tiedon hakemisen vaikeus, tietoa paljon saatavilla	Perehdytys, ohjeiden kokoaminen yksikön omaan verkkokansioon/intran kotisivulle	

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

Potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää yhteistyötä muiden turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa.

Potilasturvallisuuden parantamiseksi tehdään yhteistyötä infektioiden torjuntayksikön kanssa, potilasturvallisuusyksikön kanssa ja turvallisuusyksikön kanssa. Palo- ja pelastuslaitos järjestää henkilöstölle alkusammutuskoulutusta. Jos yhteistyö ei ole riittävää, lähiesihenkilöt kehittävät yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.

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.

Pelastuslaki ja asetus pelastustoimesta edellyttävät varautumista onnettomuus-, vaara- ja vahinkotilanteisiin ja niiden hallintaan. Keskussairaalaan tehty pelastussuunnitelma on kirjallinen ohjeistus mahdollisiin vaaratilanteisiin, joista aiheutuva mikä tahansa vaara on niin merkittävä, että sen varalta on oltava selkeät toimintaohjeet sekä yhtenäiset menettelytavat, joilla minimoidaan aiheutuvat vahingot ko. vaaratilanteessa. Osastolla on laadittu lisäksi kirjallinen ohje toiminnasta tulipalotilanteessa. Poistumisturvallisuus suunnitelmassa on arvioitu yksikön toimintakykyä palo- ja pelastustilanteessa ja suunnitelmaa arvioidaan vuosittain.

Suuronnettomuussuunnitelma on laadittu keskussairaالاتاسوisesti, ja osastolle on laadittu toimintakortti, jonka mukaisesti toimitaan suuronnettomuustilanteessa.

Osastolle on laadittu toimintasuunnitelma sähkökatkoksen varalle ja osastolla on varauduttu erilaisiin häiriötilanteisiin organisaation ohjeistuksen mukaisesti, esimerkiksi turvaamalla kriittisten laitteiden toimintavarmuus poikkeustilanteissa. Vuonna 2020 osastolla on laadittu covid19-epidemian vuoksi kohortointisuunnitelma, jota voidaan hyödyntää vastaavassa tilanteessa.

Turvallisuuteen ja poikkeusolojen häiriö- ja uhkatilanteisiin liittyvät ohjeet on koottu turvallisuuskansioon, joka on aina henkilöstön saatavilla hoitajien kansliassa. Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään tulovaiheessa kansion sisältöön. Osastolla on nimetyt turvallisuusvastaavat. Turvallisuusosaamisen lisäämiseksi osastolla järjestetään henkilöstön turvallisuuskiertoja ja -kävelyjä säännöllisesti. Turvallisuuskävelyllä osaston uudet työntekijät perehtyvät turvallisuusasioihin käytännössä. Henkilöstö suorittaa Paloturvallisuutta taidolla-verkkokurssin ja käy alkusammutusharjoituksissa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tulipalon riski sisätiloissa tupakoinnin vuoksi	Tupakoivan potilaan kohdalla ennakointi	

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.

Osaston tilojen terveellisyyteen vaikuttavia asioita tunnistetaan ja arvioidaan vuosittain laatuportti-järjestelmään tehtävässä riskienarvioinnissa. Näitä ovat kemialliset ja mikrobiologiset epäpuhtaudet sekä fysikaaliset olosuhteet kuten sisäilman lämpötila, kosteus ja ilmanvaihto. Käyttöveden laatua seurataan (maku, haju, väri, lämpötila) ja poikkeavista havainnoista ilmoitetaan. Tilojen terveellisyyteen liittyviä havaintoja voi tulla esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. Mikäli tiloissa tulee esiin terveyteen vaikuttavia tekijöitä, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Mikrobiologisen riskin henkilöstölle aiheuttavat osastolla hoidettavat erilaiset infektiopotilaat, jolloin henkilöstö tai osastolla olevat potilaat voivat altistua esim. tarttuvalle taudille.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tarttuvan taudin riski työssä	Ohjeiden mukainen suojautuminen, ohjeistuksen mukaiset siivoustoimenpiteet	

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Potilaan tunnistaminen

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

Pääsääntöisesti potilaat tulevat osastolle päivystyksestä tai toisilta osastoilta keskussairaalaan, ja heillä on tunnistusranneke osastolle tullessaan. Lupapaikalle tuleville potilailla tunnistusranneke laitetaan osastolla. Tarvittaessa potilas tunnistetaan Potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö -ohjeistuksen mukaisesti. Henkilöstö suorittaa Asiakkaan ja potilaan tunnistaminen – verkkokurssin (Potilasturvaportti).

Potilaan tunnistusrannekkeiden paikallaanoloa ei tarkisteta systemaattisesti osastolla. Osaston potilaat käyvät usein tutkimuksissa ja aina sinne lähtiessä potilaskuljettaja tarkistaa tunnistusrannekkeen olemassaolon, ja samoin tutkimustilanteissa potilaan henkilöllisyys varmistetaan. Myös laboratoriohoitajan ottaessa verikokeita hän tunnistaa potilaan tunnistusrannekkeesta. Näissä tilanteissa tunnistusrannekkeen puuttuminen huomataan ja tunnistusranneke laitetaan potilaalle. Osastolla on erillinen tulostin tunnistusrannekkeiden tulostamista varten. Haasteena on se, että potilaat saattavat itse poistaa tunnistusrannekkeen. Tunnistamiseen liittyvistä Vaara- ja poikkeamatilanteista kirjataan ilmoitus Laatuportti-ohjelmaan.

Mikäli potilaan tunnistamisessa ohjeiden mukaisesti tulee ilmi haasteita, lähiesihenkilö tarkistaa ohjeistuksen ja varmistaa, että henkilöstö on tietoinen ohjeesta ja noudattaa sitä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tunnistusranneke irronnut tai potilas itse irrottanut	Tunnistusrannekkeiden tarkistaminen systemaattisesti	

10.2 Hätätilatapotilaan tunnistaminen

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

Osaston potilaiden hoidon tarvetta ja vointia seurataan toistuvasti erilaisten mittauksien avulla. Tavoitteena on tunnistaa potilas, jonka tila vaatii välitöntä, nopeaa ja tehokasta hoitoa. Hoitaja reagoi tilanteeseen olemassa olevilla hoitotyön- tai lääkintäkeinoilla ja virka-aikana osastolla oleva lääkäri ottaa kantaa hoitoon ja antaa hoito-ohjeet jatkoon. Virka-ajan ulkopuolella soitetaan päivystävälle sisätautien lääkäriin tilannearvion ja hoito-ohjeiden saamiseksi. Hoitohenkilöstö käyttää NEWS-pisteitä potilaan tilanteen arvioinnin apuna. Osastolla on käytössä organisaatioon laadittu hätätilatapotilaan tunnistamismittaristo (MET-huoneentaulu), jonka perusteella voidaan hälyttää paikalle MET-ryhmä eli sairaalan sisäinen hätätilannetilannetiimi. Elvytystilanteessa hälytetään paikalle sisätautilääkäri ja sairaalan sisäinen elvytystiimi. Hätätilatapotilaan tunnistamismittaristot löytyvät kanslioiden seinältä ja jokaisen henkilöstön jäsenen tulee osata tunnistaa hätätilatapotilas.

Henkilöstö perehdytetään potilaan voinnin ja peruselintoimintojen seuraamiseen ja hätätilatapotilaiden tunnistamiseen ja hoitoon. Voinnin seurannasta ja vitaleiden kirjaamisesta potilastietojärjestelmä-Mediatriin on sovitut toimintatavat, jolloin tiedot ovat helposti kaikkien nähtävillä. Henkilöstö suorittaa vuosittain Hätätilatapotilaan tunnistaminen ja hoitoelvytys taso 3-koulutuskokonaisuuden, joka sisältää verkkoympäristössä suoritettavan teoriaosuuden ja osastolla suoritettavan käytännön harjoittelun. Perehdytyksessä käydään läpi virka- ja päivystysajan toiminta ja MET- ja elvytysryhmän toiminta. Uudet työntekijät ohjeistetaan aina herkästi reagoimaan asioihin, konsultoimaan kollegaa tai lääkäriä tarpeen mukaan, jotta tilanteisiin tulee reagoitua asianmukaisesti ja nopeasti.

Jos potilaan tarkkailussa tai voinnin seurannassa on puutteita, on henkilöstöä ohjeistettu tekemään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Näin esimerkiksi perehdytyksen tai osaamisen lisäämisen tarve saadaan näkyväksi ja asioita voidaan käydä läpi osastolla tai työntekijätasolla asti, ja viime kädessä tilanteiden ennakointi lisääntyy, reagoitokyky ja potilasturvallisuus paranee. Lähiesihenkilö seuraa hätätilatapotilaan tunnistamisen toteutumista

esim. Met- ja elvytyshälytysten lukumäärällä ja Met- ja sisäisen elvytystiimin palautteen avulla. Lähiesihenkilö kerää myös suullista palautetta ja kokemuksia omalta henkilöstöltä, mikä auttaa arvioimaan koulutustarpeita.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Uuden henkilöstön kokemattomuus	Säännöllinen hätätilapotilaan tunnistamisen koulutus	
Vaativahoitoiset potilaat vuodeosastolla	Potilaan hoitopaikan oikea valinta, ennakointi tehostetun hoidon tarpeesta	

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

Potilas saattaa tarvita useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhtäaikaaisesti. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi 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 potilaat liikkuvat eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja palveluyksiköiden välillä.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastolla keskitytään yleensä siihen, minkä vuoksi potilas on osastolle hoitojaksolle tullut. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tehdään kuitenkin yhteistyötä useiden eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Osaston sisällä tehdään moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden, hoitajien, osastofarmaseutin, fysioterapeuttien ja osastonsihteereiden kanssa, ja tietoa jaetaan tarpeen mukaan osallisille. Osastojakson aikana tehdään yhteistyötä eri tahojen ja asiantuntijoiden kanssa, esim. ravitsemusterapia, tehostettu avohoito, eri yksiköt ja poliklinikat keskussairaalassa. Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden tilannekeskus on yhteistyökumppani, jonka avulla saadaan tietoa kokonaistilanteesta hyvinvointialueella ja tehdään yhteistyötä työntekijöiden resurssoinnin kanssa etenkin virka-ajan ulkopuolella.

Yhteistyötä tehdään tarvittaessa eri terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja palveluntuottajien kanssa. Tietoa välitetään tarpeen mukaan potilaan hoidon tai palvelujen järjestämiseksi suullisesti tai kirjallisesti tietosuoja-asiat huomioiden. Jos osastojakson aikana henkilöstöllä herää huoli potilaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta tehdään huoli-ilmoitus sosiaalihuollolle.

Suullisten tiedon kulun varmistamiseksi käytetään osastolla ISBAR-raportointia, joka on käytössä potilasta osastolle vastaanottaessa ja potilasta siirrettäessä jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle. Henkilöstö suorittaa ISBAR – suullinen tiedonkulun varmistaminen verkkokurssin Siunopissa. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon

annetaan aina suullinen raportti jatkohoitopaikan henkilöstölle (vuodeosastolle, toiseen yksikköön, kotihoitoon). Potilaan mukaan annetaan myös kirjallinen hoitotyön yhteenveto ja muut tarvittavat jatkohoitohjeet, lääkityslista ja mahdolliset ajanvaraukset. Potilaan kotiuttamisen muistilista ohjaa potilaan turvallista kotiuttamista. Kotiutustilanteissa tiedotetaan omaisille kotiutuksesta ja jatkohoidon suunnitelmasta. Jos tiedonkulussa on ollut haasteita, voidaan tehdä ilmoitus vaara- ja poikkeamatilanteesta Laatuportti-järjestelmään.

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
Suullinen/kirjallinen raportointi puutteellista	Perehdytys ISBAR-mallin käyttäminen	

10.4 Kivunhoito

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

Osastolla hoidossa olevien potilaiden tarpeen mukainen kivunhoito on olennainen osa kokonaisvaltaista hoitoa. Kivun voimakkuutta ja luonnetta seurataan tarpeen mukaan ja potilaan omaa arvioita kivusta kuunnellaan. Kivunhoidon erilaisia keinoja hyödynnetään aina mahdollisuuksien mukaan: lääkärin määräämä kipulääkitys ja hoitotyön keinot kivun lievitykseen. Osastolla voidaan toteuttaa vaativan kivun hoitoa lääkeinfusioiden ja lääkannostelijan avulla. Vaativassa kivunhoidon tilanteessa voidaan konsultoida esimerkiksi kipuhoidajaa, kipuklinikkaa tai palliatiivista yksikköä (saattohoitopotilaat).

Kivun arvioinnin mittareina käytetään pääsääntöisesti sanallista arviota tai numeraalista arviota 1-10. Aina potilas itse ei pysty kertomaan kivun määrää tai laatua, jolloin hoitaja pyrkii potilasta tarkkailemalla arvioimaan kipua. Kipumittareiden käyttö ja kivun seuranta ja arviointi sekä tehdyt hoitotoimenpiteet tai annettu kipulääkitys kirjataan potilastietojärjestelmä-Mediatriniin päiväseurantaan ja hoitotyönmerkintöihin.

Hoitohenkilöstölle järjestetään kivun hoitoon liittyvää koulutusta ja hoitajat suorittavat Kivun lääkehoidon perusteet – verkkokurssin. Henkilöstön tulee hallita porrastettu kivunhoito ja erilaiset keinot lievittää kipua. Kivunhoidon onnistumisen toteutumista voidaan arvioida mm. Potilas- ja hoitotyön palautteiden perusteella. Lähiesihenkilö arvioi kivunhoidon toteutumista ja järjestää tarpeen mukaan lisäkoulutusta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön perehtyneisyys kivunhoitoon	Verkkokurssi Perehdyttäminen Kouluttautuminen Asiantuntijoiden konsultointi	

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

Tehokas kaatumisten ja putoamistenehkäisy sisältää 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.

Potilaan kaatumis- ja putoamisriskiä seurataan päivittäin osana potilastyötä. Potilaan liikkumista ja tasapainoa tarkkaillaan, huolehditaan esteettömästä liikkumismahdollisuudesta, koulutetaan henkilökuntaa kaatumisten ehkäisystä sekä oikeista nostotekniikoista, opetetaan potilaille turvallisia liikkumistapoja ja tarvittaessa opastetaan apuvälineiden käyttöä. Tarvittaessa pyydetään fysioterapeutti arvioimaan potilaan liikkumista. Lääkäri tarkastaa potilaan lääkelistan, onko lääkityksellä vaikutusta kaatumis/putoamisriskiin.

Osastolla käytetään FRAT-mittaria kaatumisriskin arvioimiseksi. Mittari auttaa tunnistamaan potilaat, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään asiakkaan ja potilaan riskitietoihin. Mittarin käyttäminen haastaa se, että potilaiden hoitoajat ovat lyhyitä ja taustatiedot etenkin pidemmältä ajalta eivät ole tiedossa. Potilaan kaatumisriskiä voidaan arvioida erillisen Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet-kortin avulla, jolloin lääkitystä muuttamalla/karsimalla kaatumisriski pienenee.

Osastolla on käytössä liikkumisen apuvälineitä, joita tarvittaessa tarjotaan liikkumisen tueksi. Apuvälineitä ovat muun muassa rollaattori, kävelypöytä ja liukuestesukat. Kaatumisriskissä olevan potilaan liikkumista voidaan varmistaa hoitajan tukemana ja potilaan ohjauksella. Henkilöstölle järjestetään perehdytystä ja koulutusta apuvälineiden käytöstä. Osastolla tehdään arkipäivisin moniammatillista yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa. Fysioterapeutteja voidaan pyytää arvioimaan liikuntakykyä ja antamaan ohjeita kaatumisen ennaltaehkäisyyn. Hoitajien on suositeltavaa suorittaa Kaatumisen ehkäisy – verkkokurssi ja hoitajat suorittavat Ergopassi-kurssin, johon kuuluu sekä verkkokurssi että käytännön harjoittelua.

Jokaisesta potilaan kaatumisesta tai putoamisesta täytyy tehdä vaaratapahtumailmoitus Laatuportti-järjestelmään sekä haittatapahtuma-kirjaus potilastietojärjestelmä-Mediatriin. Lähiesihenkilö seuraa Laatuportti-ilmoitusten ja haittatapahtumakirjausten määrää ja henkilöstön kanssa käydään läpi, miten kaatumisia ja putoamisia voidaan ennaltaehkäistä paremmin.

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
Potilaiden sairaudentila, sekavuus	Yksilöllinen ennakointi, apuvälineiden käyttö	

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.

Potilaan tullessa osastolle päivitetään potilaan ravintotiedot (ruokavalio ja allergiat) potilastietojärjestelmä-Mediatriin. Osastolla seurataan potilaan ravitsemustilaa ja ruuan maistumista päivittäin ja havainnot kirjataan potilaan hoitotyön merkintöihin. Vajaaravitsemusmittareiden käyttö on haastavaa, koska potilaiden hoitajaksot ovat yleensä lyhyitä eikä pystytä arvioimaan pidempiaikaista ravitsemustilaa. Tarvittaessa potilaalle voidaan tilata runsasenerginen ruoka tai tarjota täydennysravintojuomia. Jos potilaalla on vaikeuksia ruoan nielemisessä, muutetaan ruoan rakennetta sopivaksi. Tarvittaessa hoitajat auttavat ruokailussa, jolloin turvataan potilaan ravinnon saaminen. Osastolla on käytössä lisäksi erilaisia tapoja ravinnon antamiseen. Ravintoliuosta voidaan antaa suoraan mahalaukuun nenämahaletkun tai peg-letkun kautta tai suoraan verisuoneen suonensisäisellä liuoksella. Tarvittaessa ravitsemusasioista voidaan konsultoida ravitsemusterapeuttia.

Osastolle on laadittu ravitsemushoidon laatuksiteerit, jotka ohjaavat osaston ravitsemushoitoa. Hoitajien on suositeltavaa suorittaa Tunnistatko vajaaravitsemuksen, Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito ja Vajaaravitsemuksen riski eri potilasryhmissä – koulutukset verkkoympäristössä.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemus jää tunnistamatta	Koulutus, perehdytys	

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 hoidetaan potilaita, joilla on kohonnut painehaavariski. Painehaavariski voi ilmetä potilaalla, jotka viettävät pitkiä aikoja istuen tai makuulla. Yleisiä riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, huono verenkierto, painon nousu ja ikääntyminen. Ihon punoitus, tunnottomuus tai kipu voivat olla merkkejä alkavasta painehaavasta.

Osastolla tulisi arvioida painehaavariskiä potilaiden kohdalla päivittäin. Potilaan tullessa osastolle, tulisi painehaavariskin arviointi tehdä Braden-mittarin avulla ja saatu arvio painehaavan riskistä kirjataan potilastietojärjestelmä-Mediatriin. Osastolla syntyneistä painehaavoista tulee tehdä haittatapahtumakirjaus potilastietojärjestelmä-Mediatriin ja vaaratilanneilmoitus Laatuportti-järjestelmään, minkä avulla painehaavaumien esiintymistä pystytään seuraamaan. Vuosittainen painehaavaprevalenssi antaa tietoa painehaavaumien esiintymisestä sillä hetkellä osastolla hoidossa olevilla potilailla. Jos painehaavojen määrä potilailla alkaa lisääntyä potilaiden osastojakson aikana, ryhdytään toimenpiteisiin tilanteen korjaamiseksi.

Kohonnut painehaavariski huomioidaan potilaan hoidossa hyödyntämällä painetta vähentäviä apuvälineitä kuten ilma- tai decubituspatja ja kevennystossut. Lisäksi huolehditaan asentohoidosta, hyvästä ravitsemuksesta ja henkilökohtaisesta hygieniasta sekä päivittäisestä ihon kunnon tarkkailusta ja hoidosta. Potilaita ohjataan ja kannustetaan omatoimisuuteen liikkumisessa ja päivittäisissä toimissa painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Painehaavariskin huomiointi tulee kirjata potilastietojärjestelmään hoitotyön merkintöihin. Osaston haava- ja painehaavavastaava kouluttaa hoitajia painehaavariskin arviointiin ja kohonneen painehaavariskin huomiointiin päivittäisessä hoitotyössä.

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
Vuodepotilaat, potilaiden liikkumattomuus	Painehaavoja ennaltaehkäisevät keinot aktiivisesti käyttöön	

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Osaston potilaat joutuvat harvoin leikkaukseen. Ajoittain osastolta voi kuitenkin lähteä potilas päivystyksellisesti operaatioon leikkaussaliin. Tarvittavat ilmoitukset ja valmistelut toteutetaan osastolla, mutta erillisiä tarkistuslistoja ei ole käytössä. Riippuen tilanteesta potilaat saapuvat osastolle takaisin jatkohoitoon tai siirtyvät jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle. Potilaille annetaan leikkauksen jälkeen tarpeelliset ohjeet jatkohoittoa varten. Keuhkosairauksien potilaille tehdään silloin tällöin osastolla toimenpidehuoneessa pleurapunktioita, jolloin keuhkopussista poistetaan nestettä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Leikkausvalmistelut satunnaisia, henkilöstön perehtyneisyys voi olla puutteellista	Selkeät kirjalliset ohjeet valmisteluista	

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmaantua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi tulisi tunnistaa potilaat, jotka ovat erityisessä riskissä sairastumaan akuuttiin sekavuustilaan.

Myös akuutin sekavuustilan kehittyminen tulee tunnistaa varhain. Jokaisella palveluyksiköllä tulee olla oma toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja hoitoon.

Osastolla hoidetaan akuutin sekavuustilan riskiryhmään kuuluvia potilaita. Akuutti sekavuustila voi ilmaantua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Laukaisevina tekijöinä voivat olla yksilön ominaisuuksiin liittyvät tekijät, hoitoon liittyvät riskit tai lääkehoitoon liittyvät riskit. Yksilön ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä ovat muun muassa muistisairaus, korkea ikä, monisairastavuus tai äkillinen muutos terveydentilassa, pyykkisessä voinnissa tai sosiaalisessa ympäristössä. Hoitoon liittyvät riskit, jotka voivat altistaa tai laukaista akuutin sekavuustilan, voivat olla esimerkiksi vierasesineiden käyttö (virtsakatetri, verisuonikanyyli), osastosiirrot, verensokerin vaihtelu, vuodelepo ja liikkumisen rajoittaminen, alhainen veren happiosapaine, riittämätön kivunlievitys, vuorokausirytmien häiriöt tai hälytysäänet ja ääntä pitävät laitteet. Lääkehoitoon liittyvät riskit ovat huonosti valittu tai sopimaton lääke. Lisäksi eri lääkeryhmät voivat aiheuttaa sekavuutta, kuten vahvat kipulääkkeet.

Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito ja se tulisi aloittaa heti hoitajakson alussa. Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tulisi käyttää koko hoitajakson ajan. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi akuutin sekavuustilan riski tulisi tunnistaa. Oireet ilmenevät nopeasti kehittyvänä tietoisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriönä. Muita oireita voivat olla aistiharhat, vuorokausirytmien häiriöt, levottomuus tai kognitiivisten toimintojen (muisti, ajatusten kulku) häiriöt. Käyttäytyminen poikkeaa tavanomaisesta. Riskin tunnistamisen jälkeen pyritään ennaltaehkäisemään sekavuustilan syntymistä. Ennaltaehkäiseviä keinoja ovat taustatietojen selvitys, kokonaisvaltainen lääkityksen arviointi, hoitotyön lääkkeettömät keinot kuten ravitsemus, nesteytys, kivun hoito, erittäminen, kommunikaatio ja varhainen mobilisaatio, vuorokausirytmien huomiointi, aistivajeen huomiointi sekä turvallinen hoitoympäristö.

Akuutti sekavuustila on oireyhtymä, jonka tärkein hoito on laukaisevien syiden selvittäminen ja mahdollisuuksien mukaan niiden hoitaminen. Akuutin sekavuustilan hoidossa käytetään samoja keinoja kuin ennaltaehkäisyssä. Lääkehoito ja fyysiset rajoittamistoimenpiteet oireiden hoidossa ovat viimeisiä keinoja. Moniammatillista yhteistyötä tehdään sekä ennaltaehkäisevän ja hoidon osalta osaston lääkäreiden, tarvittaessa päivystävän lääkärin ja psykiatrian puolen ammattilaisten kanssa. Akuutin sekavuustilan tunnistaminen, oireet ja hoito kirjataan riittävän tarkasti potilastietojärjestelmä-Mediatriin. Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja hoito on yksi hoidon laatutekijöistä ja ehkäisee hoidon pidentymistä ja lisäkustannuksia. Henkilöstö kohtaa potilaat hoitotyön ohessa ja arvioi päivittäin potilaan vointia ja mahdollisia akuutin sekavuustilan oireita. Siun Sotessa on tehty Akuutin sekavuustilan hoitopolku, jonka tarkoituksena on yhtenäistää käytänteitä sekä parantaa hoidon laatua [Akuutti sekavuustila \(delirium\) - Siun sote palveluketjut](#) (linkki).

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Akuutin sekavuustilan riskien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy voi olla vaikeaa	Koulutus, perehdytys	Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut

10.10 Elintapaohjaus

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

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

Potilaan ollessa osastolla hoidossa, kiinnitetään huomiota elintapaohjauksen tarpeeseen. Käytännössä potilailla on usein elintapoihin liittyviä sairauksia, jotka ovat johtaneet sairaalahoitoon. Tässä tilanteessa hoidetaan akuuttia sairautta, ja tilanteen salliessa potilaan kanssa otetaan puheeksi elintavat ja tarjotaan apua elintapojen muutokseen omat voimavarat huomioon ottaen. Potilaille voidaan tarjota yhteistyötahojen apua, esim. ravitsemusterapia. Potilalle ohjataan ja neuvotaan mistä saa jatkossa apua tarvittaessa. Elintapaohjaukseen liittyvät asiat kirjataan potilastietojärjestelmä-Mediatriin [Elintapaohjauksen polku](#) (linkki).

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Elintapaohjaus ei toteudu (potilas ei ota tietoa vastaan, hoitajalla ei ole tietoa/aikaa)	Koulutus	

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Nikotiinituotteiden käyttö voi ilmetä potilaan sairauskertomuksesta tai potilaan tuodessa itse esiin asian. Lääkäri tai hoitaja voi myös kysyä potilaalta asiasta. Tupakoivan potilaan riippuvuus pyritään huomioimaan, koska nikotiinittomuus usein aiheuttaa potilaalla osastojaksolla vaikeitakin vieroitusoireita. Potilaiden hoidon tarve on usein sellainen, että he eivät pysty poistumaan osastolta ulos virallisille tupakointipaikoille. Potilaille tarjotaan erilaisia nikotiinivalmisteita vieroitusoireita helpottamaan, esim. laastari tai purukumi.

Henkilöstö ohjeistetaan huomioimaan nikotiiniriippuvaisen potilaan tilanne, arvioimaan riippuvuutta ja helpottamaan vieroitusoireita käytössä olevin keinoin. Henkilöstö kannustaa ja ohjaa potilaita myös pysyvään tupakoimattomuuteen hoitajakson jälkeen. Siun sotessa on käytössä Ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju, josta sekä potilaat että henkilöstö saavat tietoa, tukea ja ohjeita nikotiiniriippuvuuden hoidosta. Henkilöstölle tulisi tarjota enemmän koulutusta nikotiiniriippuvuuden arvioinnista, tupakka- ja nikotiinituotteiden lopettamisen tuesta ja kirjaamisesta [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki).

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Osastolla hoidetaan potilaita, joilla on alkoholin aiheuttamia liitännäissairauksia. Alkoholista riippuvaisilla potilailla voi olla hoitajakson aikana vieroitusoireita, joita lääkitään tarpeen mukaan. Alkoholin riskikäyttöä pyritään ottamaan puheeksi ja tarjotaan tukea ja neuvontaa tarpeen mukaan. Siun sotessa on käytössä

Ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju, josta sekä potilaat että henkilöstö saavat tietoa, tukea ja ohjeita alkoholiriippuvuuden hoidosta [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki).

Osastolle voidaan kutsua päihdehoitaja keskustelemaan potilaan kanssa päihteiden käytöstä, tekemään arvio hoitoon ohjauksen tarpeellisuudesta ja ohjaamaan jatkohoitoon. Potilaan tilannetta voidaan arvioida moniammatillisesti hoidon aikana. Käytännössä on vaikea arvioida kuinka hyvin riskikäytön tunnistaminen tai hoitoonohjaus toteutuu.

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 hoidetaan potilaita, joilla voi olla huumausaine- ja päihderiippuvuus. Hoitoon tuleminen syy on päihteiden käytön liitännäissairaus, jota hoidetaan asianmukaisella tavalla. Hoitohenkilöstö voi ottaa potilaan kanssa puheeksi huumausaineiden ja päihteiden käytön (esim. lääkkeiden väärinkäytön). Päihderiippuvaista tuetaan ja kannustetaan päihteettömyyteen. Mahdollisia korvaushoitoja jatketaan sovitulla tavalla osastolla hoidon ajan. Osastolle voidaan kutsua päihdehoitaja keskustelemaan potilaan kanssa päihteiden käytöstä, tekemään arvio hoitoon ohjauksen tarpeellisuudesta ja ohjaamaan jatkohoitoon. [Ehkäisevän päihdetyön polku](#) (linkki). Potilaan tilannetta voidaan arvioida moniammatillisesti hoidon aikana. Käytännössä on vaikea arvioida kuinka hyvin huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen tai hoitoonohjaus toteutuu.

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.

Rahapelaamisen tunnistaminen tai siihen vaikuttaminen ei ole yksikön keskeistä toimintaa.

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.

Hoitaja havainnoi potilaan mielentilaa päivittäin sekä tarvittaessa keskustele potilaan kanssa mielialasta. Jos herää huoli mielenterveydellisistä haasteista, hoitaja konsultoi potilasta hoitavaa lääkärää. Hoitava lääkäri konsultoi tarvittaessa psykiatria esimerkiksi lääkehoidosta. Lisäksi hoitaja voi tehdä psykiatriselle sairaanhoitajalle pyynnön käydä potilaan luona. Osastolla pyritään potilaan tarpeita vastaavaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Mielenterveyden haasteita voidaan huomioida myös järjestämällä turvallinen hoitoympäristö.

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
Mielenterveyden haasteita ei tunnisteta ajoissa	Osaamisen kehittäminen	

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.

Itsemurhavaara huomioidaan tarpeen mukaan potilaan ollessa hoitojaksolla osastolla. Itsemurhavaaran tullessa esiin voidaan konsultoida psykiatrian tehostettua avohoidon yksikköä tai muita mielenterveys- tai päihdealan ammattilaisia ja huolehditaan että potilas saa asianmukaista hoitoa. Henkilöstö voi halutessaan osaamisen vahvistamiseksi suorittaa Itsemurhien ehkäisy-verkkokurssin.

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 lähisuhdeväkivaltaterveysten palveluissa varhaisessa vaiheessa. Vaikuttavuuden kannalta keskeistä on, että lähisuhdeväkivaltakokemuksista kysytään palveluissa vaikkei 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.

Mikäli potilaan hoitojakson aikana tulee esiin, että potilas olisi kohdannut väkivaltaa, toimitaan osastolla potilaan toivomalla tavalla. Jos potilas haluaa asiaan puututtavan, voidaan pyytää moniammatillinen riskinarvioinnin kokous (MARAK) Sosiaali- ja kriisipäivystyksen kautta. Toimintamallin tarkoituksena on ehkäistä väkivallan uusiutumista ja saattaa uhri eri tahoilta tarvitsemansa avun piiriin yhdellä ilmoituksella.

Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi (linkki).

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajataulu
Osaamisen kehittäminen	Osaamisen kehittämisen suunnitelma Säännölliset sisäiset ja ulkoiset koulutukset henkilöstölle	
Perehdyttäminen	Systemaattinen perehdyttäminen Perehdytyskeskustelujen lisääminen	

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).

Osaston lähiesihenkilö seuraa omavalvontasuunnitelman toteutumista vähintään pari kertaa vuodessa. Henkilöstö on veloitettu lukemaan omavalvontasuunnitelma päivityksen jälkeen ja henkilöstön tulee noudattaa omavalvontasuunnitelmaa. Omavalvontasuunnitelmaan tehdyistä muutoksista ilmoitetaan henkilöstölle sähköpostilla.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Joensuu	Palvelupäällikkö Anu Harju
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTEsAIHaKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-Ofwyki2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHwKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

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

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db9b1%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_\(linkki\)](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_\(linkki\)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y_(linkki))

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

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

Terveystensuojelulaki (763/1994):

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

[https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon_(linkki))

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

[https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus_(linkki))

Viestit – Suomi.fi:

[https://www.suomi.fi/viestit_\(linkki\)](https://www.suomi.fi/viestit_(linkki))