

# Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

## Sydänkeskus

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| Laatija(t) | Rissanen Tuomas, yllääkäri                                  |
|            | Sutinen Karoliina, vs. osastonhoitaja                       |
|            | Laakkonen Piia, apulaisosastonhoitaja                       |
|            | Kuusela Kati, vs. apulaisosastonhoitaja                     |
| Tarkastaja | Harju Anu, Konservatiivisen klinikkaryhmän palvelupäällikkö |
|            | Karvinen Heli, ylihoitaja                                   |
| Hyväksyjä  | Harju Anu, Konservatiivisen klinikkaryhmän palvelupäällikkö |
|            | Karvinen Heli, ylihoitaja                                   |
| Pvm.       | 4.3.2025                                                    |

## Sisällys

|          |                                                                                 |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>JOHDANTO .....</b>                                                           | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>PALVELUYKSIKKÖÄ KOSKEVAT TIEDOT .....</b>                                    | <b>5</b>  |
| 2.1      | PALVELUYKSIKÖN JOHTAMINEN .....                                                 | 6         |
| 2.2      | PALVELUYKSIKÖN OSTOPALVELUT JA PALVELUSETELIPALVELUT.....                       | 7         |
| <b>3</b> | <b>PALVELUYKSIKÖN TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET .....</b>       | <b>8</b>  |
| 3.1      | TOIMINTA-AJATUS.....                                                            | 8         |
| 3.2      | ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET .....                                              | 9         |
| <b>4</b> | <b>OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN.....</b>                                  | <b>10</b> |
| 4.1      | OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAADINNAN VASTUUHENKILÖ(T).....                         | 11        |
| 4.2      | OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAADINTAAN OSALLISTAMINEN .....                         | 11        |
| 4.3      | OMAVALVONTASUUNNITELMAN JULKISUUS .....                                         | 11        |
| <b>5</b> | <b>OMAVALVONNAN TOIMEENPANO - RISKIENHALLINTA .....</b>                         | <b>11</b> |
| 5.1      | RISKIENHALLINNAN VASTUUT .....                                                  | 12        |
| 5.2      | RISKIEN JA VAARA- JA POIKKEAMATILANTEIDEN TUNNISTAMINEN.....                    | 12        |
| 5.3      | HAVAITUISTA RISKEISTÄ JA VAARA- JA POIKKEAMATILANTEISTA ILMOITTAMINEN .....     | 13        |
| 5.4      | RISKIEN JA VAARA- JA POIKKEAMAILMOITUSTEN KÄSITTELY .....                       | 13        |
| 5.5      | SEURANTA, KORJAAVAT TOIMENPITEET JA TILANTEESTA OPPIMINEN .....                 | 14        |
| 5.6      | KORJAAVISTA TOIMENPITEISTÄ TIEDOTTAMINEN .....                                  | 15        |
| 5.7      | ASIAKKAAN/POTILAAN INFORMOINTI VAARATAPAHTUMASTA .....                          | 15        |
| <b>6</b> | <b>ASIAKKAAN/POTILAAN ASEMA, OIKEUDET JA OSALLISTAMINEN.....</b>                | <b>15</b> |
| 6.1      | PALVELUN TAI HOIDON TARPEEN ARVIOINTI .....                                     | 16        |
| 6.2      | PALVELUUN TAI HOITON PÄÄSY.....                                                 | 16        |
| 6.3      | TERVEYS-, HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA .....                                    | 17        |
| 6.4      | ASIAKKAAN/POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS, ASIALLINEN KOHTELU JA OIKEUSTURVA ..... | 18        |
| 6.4.1    | <i>Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....</i>                                 | <i>18</i> |
| 6.4.2    | <i>Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen .....</i>                                | <i>18</i> |
| 6.4.3    | <i>Asiakkaan/potilaan kohtelu.....</i>                                          | <i>19</i> |
| 6.4.4    | <i>Asiakkaan/potilaan oikeusturva.....</i>                                      | <i>19</i> |
| 6.5      | ASIAKKAAN/POTILAAN SEKÄ HEIDÄN LÄHEISTEN OSALLISTAMINEN .....                   | 21        |
| 6.5.1    | <i>Säännöllisesti kerättävä palaute .....</i>                                   | <i>21</i> |
| 6.5.2    | <i>Asiakasviestintä .....</i>                                                   | <i>21</i> |
| <b>7</b> | <b>HENKILÖSTÖ.....</b>                                                          | <b>22</b> |
| 7.1      | HENKILÖSTÖN RAKENNE JA RIITTÄVYYS.....                                          | 22        |
| 7.2      | REKRYTOINTI .....                                                               | 24        |

|           |                                                                                                                                                    |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.3       | PEREHDYTYS.....                                                                                                                                    | 24        |
| 7.4       | OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TÄYDENNYSKOULUTUS .....                                                                                                  | 25        |
| 7.5       | JOHTAMISOSAAMINEN .....                                                                                                                            | 26        |
| 7.6       | TYÖHYVINVOINTI.....                                                                                                                                | 27        |
| 7.7       | VARAUTUMINEN HAASTAVIIN ASIAKAS/POTILASTILANTEISIIN .....                                                                                          | 27        |
| 7.8       | ERINOMAINEN TOIMINTA JA ONNISTUMISISTA OPPIMINEN .....                                                                                             | 28        |
| <b>8</b>  | <b>ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY JA KIRJAAMINEN.....</b>                                                                                   | <b>28</b> |
| 8.1       | ASIAKAS- JA POTILASASIAKIRJAT .....                                                                                                                | 28        |
| 8.2       | TIETOSUOJA JA TIETOTURVA.....                                                                                                                      | 30        |
| <b>9</b>  | <b>ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS SEKÄ PALVELUA TUKEVIEN TOIMINTOJEN LAATU .....</b>                                                              | <b>31</b> |
| 9.1       | TOIMINTAYMPÄRISTÖ, TOIMITILAT JA TEKNOLOGISET RATKAISUT.....                                                                                       | 31        |
| 9.2       | ETÄ- JA DIGIPALVELUT .....                                                                                                                         | 33        |
| 9.3       | TERVEYDENHUOLLON LAITTEET JA TARVIKKEET .....                                                                                                      | 34        |
| 9.4       | LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS .....                                                                                                                     | 35        |
| 9.5       | INFEKTIOIDEN TORJUNTA .....                                                                                                                        | 36        |
| 9.5.1     | <i>Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy .....</i>                                                                                               | <i>36</i> |
| 9.5.2     | <i>Yleiset hygieniakäytännöt.....</i>                                                                                                              | <i>38</i> |
| 9.6       | OHJEET JA SUUNNITELMAT.....                                                                                                                        | 39        |
| 9.7       | YHTEISTYÖ TURVALLISUUDESTA VASTAAVIEN VIRANOMAISTEN KANSSA, HÄIRIÖ- JA POIKKEUSTILANTEISIIN VARAUTUMINEN<br>JA VALMIUS SEKÄ TERVEYDENSUOJELU ..... | 39        |
| 9.7.1     | <i>Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa .....</i>                                                                            | <i>39</i> |
| 9.7.2     | <i>Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius .....</i>                                                                               | <i>40</i> |
| 9.7.3     | <i>Terveydensuojelu.....</i>                                                                                                                       | <i>40</i> |
| <b>10</b> | <b>PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA .....</b>                                                                                                         | <b>41</b> |
| 10.1      | ASIAKKAAN/POTILAAN TUNNISTAMINEN .....                                                                                                             | 41        |
| 10.2      | HÄTÄTILAPOTILAAN/ -ASIAKKAAN TUNNISTAMINEN .....                                                                                                   | 42        |
| 10.3      | MONIALAINEN YHTEISTYÖ JA TIEDONVÄLITYS .....                                                                                                       | 42        |
| 10.4      | KIVUNHOITO .....                                                                                                                                   | 43        |
| 10.5      | KAATUMISTEN JA PUTOAMISTEN EHKÄISY .....                                                                                                           | 43        |
| 10.6      | VAJAARAVITSEMUKSEN EHKÄISY JA HOITO .....                                                                                                          | 44        |
| 10.7      | PAINEHAAVOJEN EHKÄISY .....                                                                                                                        | 45        |
| 10.8      | LEIKKAUSHOIDON TURVALLISUUS .....                                                                                                                  | 46        |
| 10.9      | AKUUTIN SEKAVUUSTILAN EHKÄISY JA TUNNISTAMINEN .....                                                                                               | 47        |
| 10.10     | ELINTAPOHJAUS .....                                                                                                                                | 48        |
| 10.11     | EHKÄISEVÄ PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSTYÖ .....                                                                                                        | 49        |
| 10.11.1   | <i>Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus .....</i>                                                                                     | <i>49</i> |
| 10.11.2   | <i>Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus .....</i>                                                                       | <i>49</i> |

|         |                                                                                                       |           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 10.11.3 | Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus    | 50        |
| 10.11.4 | Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy .....                                                   | 50        |
| 10.11.5 | Ehkäisevä mielenterveystyö.....                                                                       | 51        |
| 10.12   | ITSEMURHIEN EHKÄISY .....                                                                             | 51        |
| 10.13   | LÄHISUHDEVÄKIVALLAN EHKÄISYTYÖ.....                                                                   | 52        |
| 11      | <b>YHTEENVETO PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOIMEENPANOJA OHJAAVISTA OHJEISTA JA MÄÄRÄYKSISTÄ .....</b> | <b>53</b> |
| 12      | <b>YHTEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA .....</b>                                                      | <b>53</b> |
| 13      | <b>OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA, PÄIVITTÄMINEN JA HYVÄKSYMINEN .....</b>                          | <b>53</b> |
| 13.1    | OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN .....                                               | 53        |
| 13.2    | OMAVALVONTASUUNNITELMAN HYVÄKSYMINEN .....                                                            | 54        |
|         | <b>SUUNNITELMASSA VIITATUT INTERNETOSOIITTEET .....</b>                                               | <b>55</b> |

## 1 Johdanto

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

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

## 2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Palveluntuottaja</b>                                                               | Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote<br>Y-tunnus: 3221317-4<br>Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu                                                                                                       |
| <b>Toimialue</b>                                                                      | Terveys- ja sairaanhoitopalvelut                                                                                                                                                                                    |
| <b>Palvelualue</b>                                                                    | Sairaalapalvelut                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Vastuualue</b>                                                                     | Konservatiivinen klinikaryhmä                                                                                                                                                                                       |
| <b>Palveluyksikkö</b>                                                                 | Sydänkeskus<br><br>Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu                                                                                                                                                                   |
| <b>Palvelumuoto</b><br><br><b>Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan</b> | Ympäri vuorokautinen vuodeosastohoito (15 potilaspaiikkaa), valvontatasoinen hoito (6 potilaspaiikkaa), ennalta sovittua vastaanotto- ja sydäntoimenpidetoimintaa, sekä päivystyksellistä sydäntoimenpidetoimintaa. |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asiakas- tai potilaspaikkamäärä ja käyntimäärä ja hoitojakson pituus</b> | <p>Hoitojakson pituus on ollut viime vuonna keskimäärin 4,6 päivää (sisältää vuodeosaston ja sydänvalvonnan). Sydänpoliklinikalla on vuosittain yli 4000 käyntiä ja sydäntoimenpideyksikössä yli 2000 käyntiä.</p> <p>Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen sydänsairauksia sairastavat aikuispotilaat.</p> <p>Vuodeosastolla on 15 (+2 lisäpaikkaa), sydänvalvonnassa 5 (+1 lisäpaikka) potilaspaikkaa. Hoitojakson kesto on keskimäärin 3 päivää.</p> <p>Sydäntoimenpideyksikössä on käytössä 2–3 toimenpidesalia/arkipäivä sekä 8 potilaspaikkaa sovitusti toimenpiteisiin tuleville potilaille. Toimenpiteitä tehdään arkisin 8–16 kpl.</p> <p>Sydänpoliklinikalla 1–3 lääkärin vastaanottoa / arkipäivä ja 1–2 sairaanhoitajan vastaanottoa / arkipäivä. Potilasvastaanottojen määrät vaihtelevat päivittäin, 6–25 vastaanoton välillä.</p> |
| <b>Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)</b>                                     | <p>Tuomas Rissanen, ylilääkäri<br/><a href="mailto:tuomas.rissanen@siunsote.fi">tuomas.rissanen@siunsote.fi</a>, puh. 013-330 3779</p> <p>Karoliina Sutinen, vs. osastonhoitaja<br/><a href="mailto:karoliina.sutinen@siunsote.fi">karoliina.sutinen@siunsote.fi</a>, puh. 013-330 8485</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Palvelupäällikkö</b>                                                     | <p>Anu Harju, <a href="mailto:anu.harju@siunsote.fi">anu.harju@siunsote.fi</a>, 013-330 3064</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Palvelujohtaja</b>                                                       | <p>Jukka Heikkinen, <a href="mailto:jukka.heikkinen@siunsote.fi">jukka.heikkinen@siunsote.fi</a>, 013-330 4183</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 2.1 Palveluyksikön johtaminen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikkaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikkaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.</p> <p>Sydänkeskuksen toimintaa johtavat yhdessä ylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto osastonhoitajalle ja apulaisosastonhoitajille.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Päivittäinen toiminnan johtaminen tehdään yhteistyössä ylilääkärin (poissa ollessa sijainen) ja osastonhoitajan kanssa.

Sydäntoimenpideyksikössä tehdään säteilytyötä. Säteilyturvallisuudesta vastaa STV (säteilytyön vastaava), joka on sydänkeskuksen ylilääkäri. Säteilytyön asiantuntija (STA) on sairaalan ylifyysikko Tero Vatanen.

Sydäntoimenpideyksikön turvallisuuden toimeenpanosta ja seurannasta vastaa sydänkeskuksen ylilääkäri.

## 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-palvelujärjestelmässä rajatuin työtehtäviin liittyvin käyttöoikeuksin.

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

Listaus palveluyksikön osto- ja palvelusetelipalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

| Palvelu                                                                                                                                                              | Palveluntuottaja                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Henkilöstövuokraus                                                                                                                                                   | Tempore                                                                                                                                                                                                        |
| Sydämen läppä- ja ohitusleikkaukset                                                                                                                                  | Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)<br>Helsingin yliopistollinen keskussairaala (HYKS)<br>Oulun yliopistollinen sairaala (OYS)<br>Tampereen Sydänsairaala Oy<br>Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS) |
| Eräät sydämen elektrofysiologiset tutkimukset ja toimenpiteet (SVT ablaatiot, eteisvärinän uusinta-ablaatiot, VT-ablaatiot) ja synnynnäisten sydänvikojen kontrollit | Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)<br>Tampereen Sydänsairaala Oy                                                                                                                                           |
| Harvinaiset synnynnäiset sydänsairaudet, sydämen apupumppuhoidot ja sydämensiirrot                                                                                   | Helsingin yliopistollinen keskussairaala (HUS)                                                                                                                                                                 |
| Lääkäripalveluostoja                                                                                                                                                 | Oulun Sydänkeskus Oy<br>Coronaria Oy                                                                                                                                                                           |
| Työnohjaus                                                                                                                                                           | Useita palveluntuottajia                                                                                                                                                                                       |

Sydänkeskuksen ostopalveluista vastaa sydänkeskuksen ylilääkäri sekä konservatiivisen klinikkaryhmän palvelupäällikkö. Ostopalvelusopimukset allekirjoittaa palvelujohtaja. Sydänleikkausten osalta on ollut tapana ostaa palvelut Kuopion yliopistollisesta sairaalasta ilman kilpailutusta aiemman ERVA-sopimuksen mukaisesti. Ylilääkäri seuraa leikkausten laatua ja hinnoittelua. Sydänleikkaukset saatetaan tulevaisuudessa kilpailuttaa tai ainakin hajauttaa eri yliopistosairaaloihin kustannusten säästämiseksi ja laadun varmistamiseksi.

Ostopalveluiden hankintavaiheessa asetetaan vähimmäisvaatimuksia hankittavalle palvelulle hyödyntäen hankinta ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista.

Sydänkeskuksen yksiköissä on käytössä pikaperehdytysoppaat (Sydänkeskuksen intra - perehdytys) niin lääkäreille kuin hoitajille, jotka käydään läpi uusien lääkäreiden ja hoitajien kanssa ensimmäisen työvuoron alussa. Lisäksi hoitajille järjestetään perehdytysvuoroja tarpeen mukaan.

Ostopalveluiden turvallisuuden ja laadun seurantavastuu on lähiesihenkilöillä. Sydänkeskuksen henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista omille lähiesihenkilöille. Henkilöstö ilmoittaa poikkeamista suullisesti tai kirjallisesti lähiesihenkilöille.

Sydänkeskuksessa ostopalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ja seurataan säännöllisesti potilaiden ja henkilöstön antamien palautteiden ja kertomuskirjausten kautta, sekä vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten kautta. Ylilääkäri seuraa myös pistokokeilla sydänpoliklinikan ostopalvelulääkärien toiminnan laatua ja tuloksellisuutta.

Palveluyksikön lähiesihenkilöiden ostopalveluosaaminen varmistetaan koulutuksilla.

**Ostopalvelujen tuottajilta ja palvelusetelituottajalta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei**

## 3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

### 3.1 Toiminta-ajatus

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

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.

Sydänkeskukseen kuuluu vuodeosasto, sydänvalvonta, sydäntoimenpideyksikkö ja sydänpoliklinikka. Kaikki yksiköt sijaitsevat keskussairaalassa. Tahdistinetävastaanottoa järjestetään Nurmeksessä, Lieksassa, Kiteellä ja Ilomantsin terveyskeskuksissa.

Sydänkeskuksen perustehtävänä on järjestää terveydenhuoltolain 24 § mukaiset terveydenhuollon palvelut Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen sydänsairauksia sairastaville potilaille. Kiireellisissä, päivystyksellisissä tapauksissa hoitoa tarjotaan myös oman hyvinvointialueen ulkopuolelta tuleville potilaille, jos kuljetusmatka on lyhempi Pohjois-Karjalan keskussairaalaan kuin toiseen 24/7 päivystävään sairaalaan. Sydänkeskuksen potilaat ovat pääasiassa yli 16-vuotiaita, mutta sydänpoliklinikalla hoidetaan myös yhteistyössä lastenkeskuksen kanssa joitakin synnynnäistä sydänsairautta sairastavia lapsipotilaita.

Sydänkeskuksen toiminnan tarkoituksena on tarjota pohjois-karjalalaisille potilaille ammattitaitoista kiireetöntä tai kiireellistä sydänsairauksien diagnostiikkaa ja -hoitoa, sekä hoitaa välittömästi terveyttä ja henkeä uhkaavat sydänsairaudet päivystyksellisesti. Sydänkeskus järjestää myös kiireetöntä jatkohoitoa vaativien sydänsairauksien seurannan. Sydänkeskus pyrkii olemaan aloitteellinen Pohjois-Karjalan väestön sydänsairauksien ennaltaehkäisyssä yhteistyössä perusterveydenhuollon ja eri järjestöjen kanssa.

Sydänkeskuksen vuodeosastolla ja sydänvalvonnassa hoidetaan päivystyksellisiä sydänpotilaita, joiden sydänsairaus vaatii ympärivuorokautista hoitoa ja valvontaa. Sydäntoimenpideyksikössä hoidetaan sekä lähetepotilaita, että päivystyspotilaita. Sydänpoliklinikalla jatketaan sydänpotilaiden hoidon seurantaa vuosikontrollien muodossa. Osa vuosikontroleista (esim. tahdistinpotilaiden osalta) toteutetaan sydänkeskuksen henkilöstön toimesta maakunnassa terveysasemien yhteydessä. Osalle potilasryhmistä (tällä hetkellä sepelvaltimotauti- ja eteisvärinän rytminsiirtopotilaat) on myös tarjolla digihoitopolku, jonka kautta potilas saa lisätietoa sairaudestaan ja voi halutessaan osallistua mm. verkkovalmennukseen.

### 3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä turvata yhdenmukaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja turvalliset terveyspalvelut. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveyspalvelujen toteutuminen.

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

Konservatiivisessa klinikkaryhmässä korostuu korkeatasoinen monierikoisalainen osaaminen, jolla turvataan terveydenhuoltolain mukaiset palvelut. Konservatiivisessa klinikkaryhmässä asiantunteva henkilökunta tarjoaa asiakaslähtöisen ja ammattitaitoisen palvelun.

Sydänkeskuksen toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot: Asiakaslähtöisyys: Tavoitteena on, että sydänpotilaat saisivat oikea-aikaista sekä elämänlaatua että ennustetta parantavaa hoitoa sairauteensa ja heillä on tarvittaessa mahdollisuus yhteydenottoon Sydänkeskukseen. Yhteydenottokanavina toimivat puhelinyhteys ja digihoitopolun keskustelualusta.

Avarakatseisuus: Pyrimme kehittämään sydänkeskuksen toimintaa jatkuvasti ottamalla käyttöön uusimpia näyttöön perustuvaan lääketieteeseen perustuvia diagnostisia menetelmiä ja hoitomuotoja. Myös uudet digitaaliset ratkaisut kuten digihoitopolut on otettu käyttöön. Sydänkeskuksessa tehdään kansainvälisen tason tutkimustyötä uuden lääketieteellisen tiedon tuottamiseksi.

Turvallisuus: Sydänkeskuksen henkilökunnan ammattitaito varmistetaan erilaisilla osaamisen varmistamisen keinoilla. Sydäntoimenpideyksikössä korostuu laiteturvallisuus, jota pyritään varmistamaan henkilöstön laitteiden käytön osaamisella. Laitteiden toimintaa turvataan määräaikaishuolloilla, että toimenpiteet ovat säteilyturvallisia sydänpotilaille. BCB-laaturekisterin avulla seurataan sydäntoimenpiteiden turvallisuutta ja vaikuttavuutta sekä säteilyannoksia.

Yhdenvertaisuus: Sydänkeskuksessa kohdellaan potilaita yhdenvertaisesti ja ammattitaitoisesti. Myös Sydänkeskuksen henkilökunnan johtamisessa korostuu yhdenvertaisuuden periaate.

Vastuullisuus: Sydänkeskuksen toimintaa ja potilaiden hoitoa ohjaavat jokaisessa työtehtävässä ja työpisteessä ajantasaiset työohjeet, jotka on laadittu moniammatillisesti ja niitä päivitetään tarvittaessa vastuulääkäreiden ja -hoitajien toimesta.

## 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 seurantaa varten omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut.

#### 4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Omavalvontasuunnitelman laadimisesta vastaavat ylilääkäri ja 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.

Sydänkeskuksen omavalvontasuunnitelmaluonnoksen laatii ylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Luonnosvaiheen omavalvontasuunnitelma on luettavissa sydänkeskuksen Teams-kanavalla. Esihenkilöiden valmistelemaa omavalvontasuunnitelmaa käydään läpi henkilöstön kanssa osastokokouksissa. Omavalvontasuunnitelman laadinnassa hyödynnetään eri vastuualueisiin nimettyjen työntekijöiden osaamista, esim. hygieniavastuuhoitajaa, asiantuntijahoitajaa. Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistetaan potilaita hyödyntämällä heidän antamaansa kirjallista (mm. digihoitopolku) ja suullista palautetta. Julkisesti esillä oleva omavalvontasuunnitelma on osana perehdytystä.

#### 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).

Sydänkeskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena vuodeosaston ja sydänvalvonnan osalta vuodeosaston aulassa, sydänpoliklinikalla odotusaulassa, sekä sydäntoimenpideyksikössä odotusaulassa.

### 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 sydänkeskuksen esihenkilöille. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä osastopalavereissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä.

Sydänkeskuksen jokaisella työntekijällä on vastuu tuntee, havainnoida ja ilmoittaa mahdollisista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista sekä vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi.

Säteilytyön osalta on laadittu erillinen turvallisuusarvio, joka sijaitsee Teams kansiossa (Sydänkeskus säteilysuojelu). Säteilytyön turvallisuudesta vastaa sydänkeskuksen ylilääkäri.

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

## 5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Sydänkeskuksen ennakollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrot ja vuosittain (tarvittaessa tiheämmin) toteutettava riskikartoitus. Potilas- ja asiakasturvallisuutta pyritään edistämään muun muassa erilaisilla suojausmenetelmillä (esimerkiksi tarkistuslistat, kaksoistarkistus, potilas- ja asiakasturvallisuutta lisäävät tekniset ratkaisut). Vuosittain arvioidaan, ovatko olemassa olevat suojausmenetelmät riittävät. Säteilysuojelun osalta menetelminä riskien hallinnassa ovat sekä sisäiset että ulkoiset toiminnan auditoinnit ja tarvittaessa STUK:lle tehtävät vaaratilanneilmoitukset.

Sydänkeskuksessa käytetään BCB-laaturekistereitä, joista tuotetaan tietoa tehdyistä sydäntoimenpiteistä myös THL:n Sydänrekisteriin. Ylilääkäri seuraa systemaattisesti laaturekisterin täyttämistä. Vuosittain rekisteristä tuotetaan koonti, josta käy esille mm. toimenpiteiden määrät ja komplikaatiot.

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

### 5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Sydänkeskuksen henkilökunta ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta) -ilmoitusmenettelyllä, suullisella, sähköisellä (esim. sähköposti) tai kirjallisella ilmoitusmenettelyllä. Laitteisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuportin lisäksi myös Fimealle. Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset laaditaan myös Fimealle. Verensiirtoihin liittyvät vaara- ja poikkeamatilanteet kirjataan Verkis-järjestelmään, joka on integroituna potilastietojärjestelmässä. Sydänkeskuksen henkilökuntaa muistutetaan säännöllisesti ilmoittamaan havaitsemistaan vaara- ja poikkeamatilanteista.

Säteilytyöhön liittyvistä vaaratilanteista tehdään ilmoitus myös Säteilyturvakeskukselle. Ylilääkäri seuraa erityisesti sydäntoimenpiteisiin ja akuutteihin sydänpotilaisiin liittyviä vaaratilanteita ja hoidonviivästyksiä sekä komplikaatioita ja puuttuu tarvittaessa väärin toimintamalleihin tai huonosti toimiviin hoitoketjuihin.

Potilaille tapahtuneista haittatapahtumista (esim. kaatuminen/putoaminen, painehaava) tehdään kirjaus potilastietojärjestelmään (Mediatriin).

Sydänkeskuksen potilaat voivat ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä.

Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kehoitetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee epäkohdan havaitessaan ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.

### 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.

Sydänkeskuksessa riski-, vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään joko yhteisissä viikkopalaverissa, tai yksilökeskusteluissa. Mahdollisuus vaara- ja poikkeamatilanteiden moniammatilliseen käsittelyyn on viikoittain.

Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa.

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. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksen kautta osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja lähettää toimenpidepyynnön vastuuhenkilölle. Pyyntöön asetetaan määräaika. Tällä varmistetaan, että ilmoitus käsitellään määräajassa.

Työtaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta). Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat yksikön lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan osastopalaverimuistioon.

## 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.

Sydänkeskuksessa riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat sydänkeskuksen esihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti vastuuhenkilö esihenkilöiden keskuudesta. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Sydänkeskuksessa seurataan, toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää. Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden seurannasta ja toteutumisesta yhdessä sydänkeskuksen henkilöstön ja muiden esihenkilöiden kanssa.

Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuullen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään tai osastokokouksen muistioihin.

Potilaan sekä hänen läheisensä antama palaute käsitellään sydänkeskuksessa yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluontoisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn. Potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa, asiasisällön mukaan joko työyksikön lähiesihenkilön tai henkilöstön toimesta.

Ylilääkäri vastaa potilaiden tekemiin asiakaspalautteisiin, Potilasvakuutuskeskuksen tai Valviran selvityspyyntöihin.

## 5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Sydänkeskuksessa lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Tiedottaminen voi olla joko henkilökohtaista tai tietyille osalle henkilöstöä tai kaikille tilanteen mukaan.

## 5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Vaaratapahtumasta informoidaan aina potilasta ja/tai hänen lähiomaistaan. Potilasta tuetaan ja informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti. Potilaalle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua, tiedottamista tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista. Tarvittaessa potilasta ohjeistetaan ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan.

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

| Tunnistettu riski                                 | Hallintakeino          | Toimintaohje/määräys                                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus jää tekemättä | Viestintä, koulutus    | Organisaation ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta |
| Säteilytyön vaara- tai poikkeava tilanne          | STV:n ja STA:n vastuut | STUK ohjeet, turvallisuusarvio                                                  |

## 6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

## 6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Sydänkeskuksessa hoidontarpeen arviointi aloitetaan lähetteen saavuttua. Läheteitä saapuu eri kiireellisyydellä ja ne käsitellään kiireellisyyden mukaan. Saapuneita läheteitä käsittelevät sydänkeskuksen erikoislääkärit. Erikoislääkäreille pyritään antamaan hallintoaikaa lähetekäsittelyyn tai he tekevät sitä muun klinisen työn ohessa. Erikoislääkäri arvioi lähetteen perusteella hoidontarpeen ja -kiireellisyyden, sekä hoitopaikan. Lähetepotilaiden jonotilannetta seurataan kuukausittain. Ylilääkäri ja osastonhoitaja suunnittelevat sydänkeskuksen toimintaa siten, ettei pitkiä jonoja pääsisi muodostumaan.

Potilas voi ohjautua sydänkeskukseen myös päivystyksen kautta. Päivystyspotilaiden hoidontarpeenarvioinnin tekee sisätautipäivystäjä tarvittaessa yhteistyössä päivystävän kardiologin kanssa. Osastolla työskentelevä erikoistuva- tai erikoislääkäri arvioi osastopotilaan hoitotarpeen tarvittaessa muita sydänkeskuksen lääkäreitä konsultoiden. Potilaita voi siirtyä sairaalan sisällä toiselta erikoisosalta.

BCB-laaturekisterin avulla seurataan pallolaajennus ja tahdistintoimenpiteiden laatua (mm. komplikaatiot, aikaviiveet, säteilyannokset). Digihoitopolusta kerätään PROM-kyselyillä (SAQ7 ja EQ-5D-5L) potilaiden kokemaa elämänlaadun parantumista pallolaajennustoimenpiteen tai rytminsiirron jälkeen.

Sydänpotilaita valmennetaan sydänsairauteensa ja sitä kautta hoidon tarpeen arviointiin (mm. milloin hakeutua hoitoon akuutissa rintakivussa tai vajaatoiminnan oireiden pahentuessa) mm. kirjallisen opetusmateriaalin, digihoitopolkujen, ensitietopäivien ja suullisen perehdyttämisen avulla. 2/2025 on lisäksi alkanut sepelvaltimotautipotilaille Sydänliiton verkkotulppavalmennuspilotti.

## 6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyn määräajat 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.

Hoitoon pääsyn määräajat ovat hoitotakuun mukaisia: kiireettömään hoidonarvioon 3kk sisällä ja kiireettömään hoitoon 6kk sisällä. Siun soten hallinto tuottaa tilaston kuukausittain hoitoon pääsystä ja

lähiesihenkilöt seuraavat tilastoa ja tarvittaessa asiaan puututaan esim. ostamalla ulkopuolista työvoimaa sydänpoliklinikalle. Siun soten hallinto tiedottaa väestöä hoitotakuun toteutumisesta tarvittaessa.

Lähte- ja hoitajajoukko seurataan vähintäänkin kuukausittain. Sydänpoliklinikan sihteeri luo potilastietojärjestelmän kautta jonossa olevista potilaista tilaston, jonka perusteella sydänkeskuksen esihenkilöt pyrkivät järjestämään ennalta suunnitellun toiminnan (lääkäreiden vastaanotot ja toimenpideajanvaraukset). Hoitajajoukosta on pidetty graafista tilastoa vuodesta 2017 lähtien. Linkki jonoon on Sydänkeskuksen intrassa.

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

### 6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma sydänsairauden hoitoon, jossa määritetään hoidon tarve, tavoite, toteutus, seuranta ja arviointi. Potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat ja tavoitteet kirjataan potilaskertomukseen. Potilaan hoidon suunnitelmaa päivitetään poliklinikalla ja toimenpideyksikössä jokaisen kontaktin yhteydessä ja sydänosastolla ja sydänvalvonnassa vähintäänkin päivittäin, jopa jokaisessa työvuorossa (aamu-, ilt- ja yövuorossa).

Lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän SYD-lehdelle ja hoitajan tekemät suunnitelmat kirjataan poliklinikalla potilastietojärjestelmän HOI-ESH-lehdelle ja sydänosastolla ja sydänvalvonnassa Hoke (hoitotyön merkinnät) -lehdelle. Hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuvien lääkäreiden ja hoitajien kanssa ja myös tarvittaessa eri ammattiryhmien edustajien kanssa (esim. fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä). Tarvittaessa hoitosuunnitelman tekoon osallistetaan myös potilaan lähiomainen.

Potilasta kuullaan aina hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunnitellessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja hoitosuunnitelmia ja -tavoitteita seurataan ja hoidon tavoitteisiin pyritään aktiivisesti. Perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä varmistetaan, että henkilökunta toimii kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti.

## 6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

### 6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Sydänpotilaiden hoito sydänkeskuksessa perustuu vapaaehtoisuuteen. Niin vastaanotoilla kuin ympärivuorokautisessa osasto-/valvontahoidossa, potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys on toimintamme lähtökohtana. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä.

Sovittuja periaatteita kerrataan henkilöstön kanssa säännöllisissä viikkopalavereissa ja koulutuksissa. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Henkilöstön osaaminen varmistetaan, mikäli herää keskustelua potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyvistä epäkohdista. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#), [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#), [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja...](#) [812/2000 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#), [Mielenterveyslaki 1116/1990 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

### 6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset käydään läpi palveluyksikön perehdytyksessä. Tarvittavat ohjeistukset ovat löydettävissä kirjallisena ja organisaatiossa tarjotaan myös koulutusta aiheeseen liittyen. On tärkeää huomioida ja järjestää säännöllinen koulutus kaikille sydänkeskuksen hoitajille, varsinkin potilaiden hoitoon osallistuville.

Mikäli potilaan sairaus aiheuttaa riskiä esimerkiksi ajokykyyn tai turvalliseen liikennekäyttäytymiseen, on terveydenhuollon ammattilaisilla ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle. Esimerkiksi todettujen hengenvaarallisten rytmihäiriöiden jälkeen potilaille asetetaan kolmen kuukauden ajokielto. Uhkaavasti käyttäytyvä potilas voidaan tarvittaessa poistaa vastaanotolta tai toimenpideyksiköstä lääkintävahtimestareiden tuella.

Sydänvalvonnassa ja osastolla itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan infektioiden torjuntaan perustuen.

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

#### 6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Mikäli potilaan epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten ja tarvittaessa myös ylemmän johdon tai potilasasiavastaavan kanssa.

Potilaiden asiallista kohtelua edistetään säännöllisen keskustelun ja koulutuksen kautta. Esihenkilöt seuraavat myös asiakaspalautteita ja suunnittelevat toimenpiteitä palautteiden pohjalta.

Hoitoa järjestetään tarvittaessa vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Sydänkeskuksessa on saatavilla kirjallisia potilasohjeita ja suullista ohjausta venäjän ja ruotsin kielellä. Aistivamma huomioidaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla.

#### 6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Potilaiden kirjaamat reklamaatiot tulevat organisaation kirjaamoon. Reklamaation käsittelyn aloittaa palvelupäällikkö, joka tarvittaessa konsultoi ylilääkärää ja/tai osastonhoitajaa. Sydänkeskuksen toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään tapahtuman mukaan joko yksilöllisesti tai moniammatillisesti. Henkilöityvät asiakaspalautteet tai reklamaatiot otetaan yleisellä tasolla

keskusteluun moniammatillisissa osastopalavereissa. Käsittely voi johtaa korjaaviin toimenpiteisiin, jonka toimeenpanoista ja seurannoista vastaavat sydänkeskuksen esihenkilöt.

Prosessissa noudatetaan organisaation toimintaohjetta

[Siunsote TIEHA! OHJE Muistutusten kanteluiden ja potilasvahinkojen käsittely.docx](#) (linkki).

Potilasta ohjataan tekemään tarvittaessa muistutus, kantelu, potilasvahinko tai vaarailmoituksen organisaation internet-sivustolla. Henkilöstö neuvoo potilasta tarvittaessa.

Viranomaispäätökset ja -ohjaus linjaavat toimintayksikön toimintaa aina kun päätöksiä ja ohjausta on käytettävissä.

### Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:  
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote  
Kirjaamo  
Tikkamäentie 16  
80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

**Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:**

[sosiaaliapotilasasiavastaavat@siunsote.fi](mailto:sosiaaliapotilasasiavastaavat@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

Viestejä voi lähettää tietoturvallisesti [Viestit - Suomi.fi](#) (linkki) -palvelun kautta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot, mikäli hän ei niitä itse pysty etsimään.

## 6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

### 6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilailta saadaan asiakaspalautetta suullisesti, sähköisesti Laatuporttijärjestelmän sekä digihoitopolun kautta sekä kirjallisesti. Vuonna 2024 hoitotyön potilaspalautetta kerättiin neljä kertaa.

Palautteet huomioidaan toimintayksikköme kehittämässä ja niitä käsitellään hoitotyön osastopalavereissa, sekä tarpeen mukaan myös moniammatillisesti.

### 6.5.2 Asiakasviestintä

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

Sydänkeskuksessa toteutetaan potilasviestintää sähköisesti Siun soten internet-sivuston ja sosiaalisen median kanavien kautta, kirjallisesti potilaskirjeiden ja lehti-ilmoitusten kautta sekä suullisesti esimerkiksi vastaanottokäyntien yhteydessä ja mediatiedotteilla.

Sydänkeskuksessa on nimetty kokemusasiantuntija. Kokemusasiantuntijatoimintaa hyödynnetään esimerkiksi potilaille ja heidän omaisille tarkoitetuissa sepelvaltimotautipäivissä.

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

**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                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Itsemääräämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen | Osaamisen varmistaminen | Tartuntatautilaki<br><br>Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen |

## 7 Henkilöstö

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

### 7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Sydänkeskuksessa työskentelee yksikön omaa henkilöstöä 68 työntekijän verran. Lääkärinvirka-pohjia on 12 (10 erikoislääkärin virka-pohjaa mukaan lukien ylilääkäri ja 2 erikoistuvan lääkäri virka-pohjaa). Lääkäreiden viroista on täytetty 68 %. Puutteen vuoksi ostopalvelulääkäreitä joudutaan käyttämään sydänpoliklinikan vastaanotoilla. Hoitotyön puolella HTV on 49 ja toimista on täytetty 100 %. Vuosilomasijaiset (6) mukaan lukien hoitotyön henkilöstö koostuu 50 sairaanhoitajasta, 2 lähihoitajasta, sekä 3 hoitotyön esihenkilöistä (osastonhoitaja ja 2 apulaisosastonhoitajaa). Yksikössä työskentelee määräaikaissa työsuhteessa myös yksi kansainvälinen työntekijä. Toimistopalvelut tuottavat sihteeripalvelut ja laitoshuoltopalvelut Polkka.

Sydänosastolla ja sydänvalvonnassa työskennellään kolmessa vuorossa (aamu-, ilt- ja yövuoro) joka viikonpäivä. Sydänpoliklinikalla ja -toimenpideyksikössä on toimintaa vain arkipäivisin. Sydänkeskuksen henkilöstö työskentelee pääasiassa jaksotyössä ja tekee kolmivuorotyötä. Osa henkilöstöstä työskentelee yleistyöajassa. Työntekijöiden työvuorosuunnittelu, työajanseuranta ja vuosilomasuunnittelu toteutuu organisaatiossa käytössä olevissa sähköisissä järjestelmissä. Sydänkeskuksen esihenkilöt suunnittelevat henkilöstön sijoittelun ympärivuorokautiseen ja polikliiniseen toimintaan. Työvuorot ja vuosilomat suunnitellaan sähköiseen järjestelmään.

Ylilääkärin työnkuvaan kuuluu toiminnan suunnittelut, lääkärien työvuorolistojen tekeminen, koulutusten suunnittelu, valvonta- ja asiakaspalautteisiin liittyvät tehtävät. Ylilääkäri on lisäksi säteilyturvallisuudesta vastaava. Ylilääkäri tekee paljon potilastyötä erityisesti haastavia sydäntoimenpiteitä. Ylilääkäri vastaa erikoislääkärikoulutuksesta ja lääketieteenopiskelijoiden opetuksesta. 1.8.2024 alkaen ylilääkärin virkaan kuuluu osa-aikainen (30 %) kardiologian professuuri Itä-Suomen yliopistossa, jonka tehtäviin kuuluu erikoislääkärikoulutus, hajautettu kardiopetus sekä sydän- ja verisuonisairauksien tutkimustyö.

Erikoislääkärin työnkuva on pääasiassa kliininen potilastyö poliklinikalla, sydänvalvonnassa, sydänosastolla ja -toimenpideyksikössä sekä erikoistuvien lääkärien koulutukseen osallistuminen sekä jossain määrin hallinnolliset tehtävät kuten oman vastualueen kehittäminen. Erikoislääkärit osallistuvat sisätautien takapäivystykseen. Toimenpidekardiologit tekevät päivystykselliset sydäntoimenpiteet hälytystyönä. Erikoistuvien lääkärien työnkuva on kliininen potilastyö ja osallistuminen sisätautien etupäivystykseen.

Osastonhoitajan työnkuvaan kuuluu hoitohenkilöstön arkijohtaminen ja toiminnan suunnittelu yhdessä ylilääkärin kanssa.

Apulaisosastonhoitajan työnkuvaan kuuluu 40 % hoitohenkilöstön arkijohtamista ja 60 % potilaiden kliinistä hoitotyötä.

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu sydänvalvonnassa ja -osastolla sydänpotilaiden turvallisen akuuttihoitotyön toteuttaminen ja potilaiden perustarpeista huolehtiminen. Hoidon isona osana toimii lääkehoito.

Toimenpideyksikössä hoitajat muodostavat yhdessä lääkärin kanssa toimenpidetiimin. Toimenpideyksikön salissa työskentelevät sairaanhoitajat osallistuvat päivystystoimenpiteisiin myös työajan ulkopuolella hälytystyönä 24/7. Sydänpoliklinikalla sairaanhoitaja työskentelee lääkärin työparina ja asiantuntijahoitajat ottavat itsenäisesti vastaan potilaita. Tahdistinhoitajat lukevat tahdistimia ja etäseurantalähetyksiä.

Lähihoitajan työnkuva on pääpiirteittäin sama kuin sairaanhoitajille, pois lukien suonensisäisen lääke- ja nestehoidon toteuttaminen.

Kansainvälinen työntekijä on perehtymässä sairaanhoitajan työhön ja tavoitteena on, että hän pystyy työskentelemään sydänosastolla omatoimisesti kesällä 2025. Hän saa sairaanhoitajan laillistamiskoulutuksen valmiiksi toukokuussa 2025.

Sydänkeskuksen sijaisjärjestelyissä voidaan hyödyntää organisaation sisäistä ja ulkoista sijaisjärjestelmää ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden erikoisalojen kanssa siirtäen työntekijöitä yksiköiden välillä potilaiden palvelutarve huomioiden. Ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön riittävyys varmistetaan rekrytointi-, perehdytys sekä koulutussuunnittelukäytännöillä. Henkilöstön työajan riittävyyttä seurataan säännöllisesti keskustellen, sekä muun muassa keräämällä tietoa potilasmäärästä, potilaskontakteista, henkilöstön työajan riittävyydestä (ylityöt) ja poissaoloista. Tarvittaessa sydänkeskuksen toimintaa järjestellään sisäisesti ja henkilöstöä siirretään työpisteestä toiseen, mikäli esimerkiksi sydänvalvonnassa potilaiden hoitoisuus on tavallista suurempi.

## 7.2 Rekrytointi

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

Sydänkeskuksen toiminta vaatii laajaa osaamista, joten ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytoinneissa. Kuitenkin myös sairaanhoitajaopiskelijat ja vastavalmistuneet sairaanhoitajat huomioidaan rekrytoinneissa. Henkilöstön kelpoisuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin.

Lääkäreiden osalta rekrytointia tehdään lääketieteen opiskelijoista sekä lomasijaisesta. Ylilääkäri toimii aktiivisesti sosiaalisessa mediassa ja toimii kouluttajana kotimaisissa koulutustilaisuuksissa, joissa tehdään rekrytointia. Lääkäreiden osaaminen ja kielitaito varmistetaan koejakson aikana.

Rekrytointia tehdään suoralla rekrytoinnilla sekä yhteistyössä rekrytointiyksikön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaa hoitotyön esihenkilöt ja lääkärirekrytoinnista vastaa ylilääkäri. Sydänkeskukseen on rekrytointivaiheessa osaamisvaatimukset, jotka pohjaavat yksikön erityispiirteisiin ja lainsäädäntöön.

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

## 7.3 Perehdytys

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

Perehdytyksen tukena käytetään Siun soten yleistä perehdytysmateriaalia sekä sydänkeskuksen omia perehdytys suunnitelmia (lääkäreille ja hoitajille omat perehdytys suunnitelmat Sydänkeskuksen intrassa). Perehdytystä suunnitellessa huomioidaan jokainen työntekijä ja hänen osaamisensa yksilöllisesti. Esihenkilö perehdyttää palveluyksikön käytännön asioihin ja kollegat perehdyttävät varsinaiseen kliniseen työhön.

Hoitajilla on perehdytyspäiviä sydänosastolla 1–5 päivää ja sen jälkeen uusi työntekijä jatkaa työparityöskentelyn mallin mukaisesti. Tällöin hänellä on kokeneen sairaanhoitajan tuki työvuoron aikana. Sydänvalvontaan vaaditaan n. 1–2 vuoden työkokemus sydänosastolta, ennen perehdytyksen aloittamista. Perehdytys kestää 3–5 päivää ja sen jälkeen jatkuu työparityöskentelyn mallin mukaisesti. Sydänpoliklinikalle ja sydäntoimenpideyksikköön vaaditaan vähintään 2 vuoden työkokemus sydänosastolta ja sydänvalvonnasta. Poliklinikan perehdytys on n. 2–3 päivää ja sydäntoimenpideyksikön toimenpidesaliin vähintäänkin 3 viikkoa.

Hoitajien perehdytyksessä käytetään apuna ja tukena tarkistuslistoja (esim. lääkärin kierrolla, potilaan kotiutuessa), joiden avulla esihenkilö seuraa perehdytyksen etenemistä.

Lääkärin osalta perehdytys varmistetaan yksikössä työskentelevän kokeneemman lääkärin toimesta. Ylilääkäri varmistaa perehdytyksen onnistumisen keskustelemalla uuden työntekijän kanssa. Lääkäreiden perehdytys tehdään työn ohessa kevennetyn työnkuvan ohessa 1–2 päivän aikana poliklinikka ja -osastotyöhön. Salityöskentelyyn laaditaan yksilöllinen perehdytysohjelma riippuen lääkärin osaamistasosta.

#### 7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Sydänkeskuksen henkilöstöltä edellytetään laaja-alaista sydänpotilaiden, erilaisten laitteiden, toimenpiteiden osaamista ja koulutuksia suunnitellaan yksikön koulutussuunnitelman mukaisesti. Esihenkilöt tekevät jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta. Palveluyksikön henkilöstön osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa. Henkilöstön osaamisen kehittäminen jakautuu viikoittaisiin palavereihin, työyksikön sisällä järjestettäviin koulutuksiin, yhteistyökumppaneiden tarjoamiin tietoisuuksiin/webinaareihin, Siun soten tarjoamiin muihin koulutuskokonaisuuksiin sekä Siun soten ulkopuolisiin täydennyskoulutuksiin. Koulutuksista annetaan yksikössä myös palautetta kollegoille.

Lääkehoidon, laadunhallinnan, infektioiden torjunnan, sekä laite- ja potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset ovat toimintayksikössä pakollisia ja ne toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Lisäksi järjestetään yksikön sisäistä koulutusta. Yksilökehityskeskustelut niin hoitohenkilökunnalle, kuin lääkäreillekin, toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Koulutustarpeisiin pyritään reagoimaan nopeasti.

Erikoislääkäreiden koulutus tapahtuu kotimaisissa sekä ulkomaisissa kongresseissa. Erikoisalehtien seuraamiseen kannustetaan. Tärkeitä uusia tutkimustuloksia jaetaan digitaalisesti lääkäreille. Yksikössä järjestetään koulutustapahtumia myös muiden sairaaloiden erikoislääkäreille vuosittain. Viikoittain pidetään ns. kardiologinen ongelmameeting, jossa keskustellaan haastavista potilastapauksista ja siihen liittyvästä uusimmasta tutkimustiedosta. Kerran viikossa lääkärit osallistuvat YTA-alueen kardiologiseen meetingiin.

Erikoistuvien lääkärin alkuopetuksessa käytetään runsaasti simulaatio-oppimista. Erikoistuvien koulutus varmistetaan EPA-näyttökokeilla.

Kokemusasiantuntijoilta vaaditaan asianmukainen koulutus. Koulutuksia järjestävät sydänjärjestöt ja -verkostot yhteistyössä.

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

## 7.5 Johtamisosaaminen

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

Konservatiivisen klinikkaryhmän viroissa noudatetaan hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Määräaikaisessa virkatehtävässä (esim. lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa. Eduksi katsotaan substanssiosaaminen tai sitoutuminen siihen perehtymiseen. Konservatiivisessa klinikkaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamiskoulutusta. Osaamistarve voi olla yksilöllinen ja/tai toiminnallisiin muutoksiin liittyvä, ja sitä voidaan arvioida esim. kehityskeskustelussa.

Johtamisosaamisen seuranta ja arviointi tapahtuu henkilökohtaisissa keskusteluissa, esihenkilön ja työntekijän osaamishuomioiden pohjalta. Tarvittaessa tehtäväsisältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan lähijohtamiselle aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät, esimerkiksi osastonhoitajan tehtäväjako apulaisosastonhoitajan kanssa.

Sydänkeskuksessa johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaolla. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keski johdon palaverissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta, mm. Mitä siulle kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalaute.

Lääkärityön osalta käytetään riittävästi ulkopuolista ostolääkäripalvelua lääkäripulan takia, jotta voidaan turvata yllälääkärille riittävästi aikaa johtamiseen.

## 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.

Sydänkeskuksen henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta, jota toteutetaan vähintään kerran vuodessa, työkykylähtöinen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ.

Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu sydänkeskuksen esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä osastokokouksissa, kehittämissäpäivissä, koulutuksissa ja yksikkökohtaisissa palaverissa. Kriisitilanteet (esim. elvytystilanteet) ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia, kun työskennellään akuuttien sydänpotilaiden parissa. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus defusing-purkuistuntoon tai työnohjaukseen. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä siulle kuuluu -kysely), kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen.

Sydänkeskuksessa järjestetään säännöllisesti koko henkilöstölle yhteisiä virkistystilaisuuksia.

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

## 7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Akuutilla sydänpotilaalla voi esiintyä erilaisista syistä sekavuutta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi elvytyksestä tai happivajauksesta aiheutuva sekavuus. Potilaat voivat olla monisairaita ja potilaan muistisairaus voi aiheuttaa haastavia tilanteita hoitotyössä. Mikäli arvioidaan, että haastava tilanne voi aiheuttaa vaaratilanteita potilasturvallisuudelle, voidaan lääkärimääräyksestä potilaalle järjestää vierihoidon tuki.

Koulutuksella ja perehdytyksellä pyritään lisäämään hoitohenkilökunnan osaamista, jonka avulla haastavat potilastilanteet pystytään ennakkoimaan.

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

## 7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi viikkopalavereissa ja sähköpostitse. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta. Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain.

Onnistumisia ja positiivista palautetta voidaan hyödyntää toimintamalleina laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään sydänkeskuksessa.

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

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

| Tunnistettu riski                                       | Hallintakeino                                                                                                               | Toimintaohje/määräys                                                                    |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Osaavan henkilöstön saatavuus                           | Uusien osaajien kouluttaminen ja osaamisen syventäminen ennakoivasti. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen. | Esihenkilön tekemät määräykset henkilökunnan siirrosta, toimenpiteiden perumisesta jne. |
| Resurssin riittävyys mm. äkillisten poissaolojen aikana | Ulkopuolinen ostopalvelu, vapaalta hälyttäminen                                                                             | Esihenkilön tekemät määräykset                                                          |

## 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... 703/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#) (703/2023, linkki). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty EU:n

yleisessä tietosuojasetuksessa [Yleinen tietosuojasetus \(GDPR\) | EUR-Lex](#) (2016/679, linkki) sekä kansallisessa tietosuojalaissa [Tietosuojalaki 1050/2018 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX](#)® (1050/2018, linkki).

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

Asiakas- ja potilasasiakirjamerkinnät laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään. Sydänosastolla, sydänvalvonnassa ja sydäntoimenpideyksikössä hoitajien tekemä kirjaaminen tapahtuu rakenteisesti hoitotyön merkintöihin. Sydänpoliklinikan hoitotyön kirjaukset tehdään HOI-ESH -lehdelle. Sydänlääkäreiden ja asiantuntijahoitajien kirjaukset tehdään SYD-lehdelle. Toimenpidetiedot kirjataan BCB-laaturekisteriin. Buddycare sepelvaltimopotilaan digihoitopolkuun kirjataan toimenpidepotilaan esitiedot. Ennen digihoitopolun käyttöönottoa tehtiin tietosuojan vaikutustenarviointi (DPIA).

Sydänpoliklinikalla henkilöstöä on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen, tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Muissa sydänkeskuksen yksiköissä kirjaaminen tapahtuu useamman kerran työvuoron aikana, kuitenkin vähintään kerran työvuoron aikana.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. Kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan asiakaspalautteilla ja työntekijöiden keskinäisellä vertaisarvioinnilla. Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi esihenkilön ja perehdyttävän kollegan antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Esihenkilö valvoo sydänkeskuksessa potilaiden henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Sydänkeskuksen Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä.

Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita. Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksilla. Opiskelijaa ohjaava sairaanhoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia.

Sydänkeskuksen toimintaan tutustuvat lääkäriopiskelijat seuraavat työskentelyä, mutta eivät laadi kirjauksia itse. Erikoistuva lääkäri laatii kirjaukset itsenäisesti ja hänellä on mahdollisuus kokeneen lääkärin tukeen. Potilastietojen kirjauksia on seurattu auditointien kautta. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

## 8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi esihenkilön antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista.

Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilöt valvovat sydänkeskuksessa potilaiden henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Sydänkeskuksen toiminnassa muodostuu henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja, jotka hävitetään organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojaajätteenä. Mikäli jotain potilaan henkilötietoja sisältäviä papereita halutaan säilyttää, lähetetään ne sairaalan arkistoon.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta sydänkeskuksen työntekijöiltä viiden vuoden välein. Sydänkeskuksen esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Mikäli tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, yksikössä toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta esihenkilölle välittömästi ja esihenkilö tekee tietosuojarikkejä ilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Kaikki tietosuojarikkejä selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti.

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

### Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma: Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa. Tietosuojavastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella

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

**Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:** [tietosuoja@siunsote.fi](mailto:tietosuoja@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, [susanna.wilen@siunsote.fi](mailto:susanna.wilen@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

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

## 9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

### 9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Sydänosasto, -valvonta ja -toimenpideyksikkö sijaitsevat keskussairaalassa, A-talossa, kolmannessa kerroksessa. Sydänosastolla on 7 potilashuonetta, yhteensä 17 potilaspaikkaa. Huoneet ovat 1–3 hengen huoneita ja vain yhdessä potilashuoneessa on oma wc/suihku. Osasto on remontoitu viimeksi 2000-luvun taitteessa. Tilat alkavat olla hieman vanhentuneet, esimerkiksi potilaille on yhteiset suihku- ja wc-tilat osastolla, eikä osastolla ole infektiopotilaan hoidossa vaadittavaa eristyshuonetta.

Sydänvalvonta on 6 paikkainen valvontaosasto. Potilashuoneet ovat 1–2 hengen huoneita. Kahden hengen huoneissa potilaspaikkojen välissä on lasiliukuseinä. Sydänvalvonnassa tehtiin pintaremonttia syksyllä 2021.

Sydäntoimenpideyksikkö valmistui syksyllä 2016, jolloin 2 toimenpidesalia valmistui. Toimenpidesaleja on 3 ja potilasvalvonnassa on 8 potilaspaiikkaa. Toimenpideyksikössä on toimistotiloja sihteereille ja lääkäreille. Toimenpideyksikön suunnittelusta vastasi moniammatillinen tiimi. Ennen toimenpidesalien käyttöönottoa, niiden todettiin olevan STUK:n määräysten mukaiset. Kolmas toimenpidesali otettiin käyttöön syksyllä 2021. Salien 1 ja 2 läpivalaisulaitteet päivitettiin uusiin alkuvuodesta 2025. Tällä hetkellä toimenpidesalien laitteisto on erittäin moderni ja soveltuu vaativien toimenpiteiden suorittamiseen (mm. sepelvaltimotauti, keuhkoveritulppa, ECMO-hoidon aloitus ja eteisvärinän ablaatiohoito).

Sydänpoliklinikka sijaitsee keskussairaalaissa ensimmäisessä kerroksessa. Sydänpoliklinikan käytössä on 5 vastaanottohuonetta ja 5 toimistotilaa sihteereille, lääkäreille ja hoitajille. Tilat ovat toimivat vastaanottotoimintaan, mutta kaipaavat remonttia.

Kaikki sydänkeskuksen tilat soveltuvat hyvin käyttötarkoitukseensa ja kaikkiin yksiköihin on esteetön pääsy.

Sydänkeskuksen yksiköihin on opasteet keskussairaalan pääaulasta.

Sydänkeskuksessa on käytössä Miratel-potilaskutsujärjestelmä. Potilas ohjeistetaan potilaskutsun käyttöön osastolle tullessa.

Sydänvalvonnan potilashuoneissa on käytössä ei-tallentavat-valvontakamerat. Potilaan tullessa sydänvalvontaan, häneltä kysytään suostumus valvontakameran käyttöön. Mikäli potilas ei itse pysty antamaan suostumusta, kysytään suostumus potilaan lähiomaiselta. Suostumus kirjataan potilastietojärjestelmään.

Sydänvalvonnan ja sydänosaston yhteisessä lääkehuoneessa on valvontakamera. Valvonnasta kerrotaan uusille työntekijöille perehdytysvaiheessa. Lääkehuoneen ovissa on kulunvalvonta.

Sydäntoimenpideyksikössä on toimenpidesaleissa ei-tallentavat-videokamerat. Kameroita hyödynnetään esim. lääkäreiden kouluttamisessa toimenpidekardiologiaan.

Sydänpoliklinikalla ei ole kameroita.

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

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

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## 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.

Sepelvaltimotautipotilaille ja eteisvärinän rytminsiirtopotilaille on käytössä digihoitopolku. Potilaalle laitetaan ajanvarauksen yhteydessä sovelluksen lataamiseen ohje ja liittymiskoodi. Potilas päättää itse, kirjautuuko digihoitopolulle. Digihoidopolun avulla potilas saa tärkeää infoa sydänsairaudestaan ja jatkohoito-ohjeet. Digihoidopolussa on myös keskustelumahdollisuus asiantuntijasairaanhoidajan kanssa. Mikäli potilas ei halua ladata digihoitopolkusovellusta, annetaan hänelle ohjeistukset suullisesti ja kirjallisesti. Palveluntuottaja huolehtii tietoturvan toteutumisesta. Digihoidopolun käyttö on opastettu sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle ja kuuluu uusien työntekijöiden perehdytysohjelmaan.

Osalle tahdistinpotilaista aloitetaan etäseuranta. Jatkossa etäseuranta aloitetaan valtaosalle tahdistinpotilaista. Etäseurantajärjestelmät ovat tahdistinvalmistajien ylläpitämiä ja he myös huolehtivat tietoturvasta. Etäseurantajärjestelmiin kerätään potilaan tahdistimesta tärkeitä tietoja, esimerkiksi johtojen sähköisiä arvoja ja virrankulutukseen liittyviä tietoja. Etäseurantajärjestelmät vähentävät potilaiden poliklinikkakäyntejä huomattavasti. Mikäli potilas ei halua etäseurantalaitetta, kutsutaan hänet vähintäänkin tarpeen mukaan sydänpoliklinikalle tahdistin kontrolliin. Etäseurantajärjestelmien käyttö on opastettu tahdistinvalmistajien taholta tahdistinhoitajille.

Sydänpoliklinikalla hoidetaan joitakin potilaskontakteja puhelimitse. Vastaanotolla potilaalle voidaan suunnitella jatkotutkimuksia ja niiden tuloksista lääkäri soittaa sovitusti potilaalle. Asiantuntijahoitaja on säännöllisesti yhteydessä seurannassa oleviin potilaisiin puhelimitse.

Sydänkeskuksessa ei ole tällä hetkellä mahdollisuutta etävastaanottoon.

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

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

### 9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Sydänkeskuksessa on käytössä useita erilaisia lääkintälaitteita ja apuvälineitä, joita käytetään potilaiden voimien tarkkailussa ja kuntoutuksessa. Erityisesti sydäntoimenpideyksikössä on runsaasti erilaisia sydäntoimenpiteisiin liittyviä laitteita. Potilaiden elintoimintoja seurataan sydänvalvonnassa valvontamonitorin avulla. Monitorilla seurataan sydämenrytmiä, verenpainetta ja hengitystä. Hengityksen tukemisen apuna on hengitystukilaitteet. Suonensisäisten lääkkeiden ja -nesteiden annostelun apuna käytetään infuusioautomaatteja. Kaikki lääkintälaitteet on kirjattu laiterekisteriin. Rekisteriä yllä pitää esihenkilöt. Toimenpidesaleissa on läpivalaisulaitteen lisäksi pallolaajennushoitoon tarvittavia liitännäislaitteita sekä rytmihäiriöiden hoitoon tarvittavat laitteistot sekä sydämen ultraäänilaitteet. Sydänosastolla ja -poliklinikalla on sydämen ultraäänilaitteita.

Sydänosastolla on käytössä kannettavia seurantalaitteita, joiden avulla voidaan seurata potilaan sydämenrytmiä. Seurantalaitteella voi myös mitata verenpainetta ja happisaturaation. Osastolla on käytössä useita verenpaine-, saturaatio-, verensokeri- ja kuumemittareita.

Potilaaseen implantoidut sydämen tahdistimet ja rytmivalvurit kirjataan potilastietojärjestelmään ja BCB-rekisteriin. Potilaalle annetaan implantoidun laitteen tiedot valmistajan toimittamalla kortilla.

Potilaiden liikkumisen apuvälineitä käytetään lähinnä vuodeosastolla. Käytössä on rollaattoreita, kyynärsauvoja ja kävelypöytiä. Jokaisen potilaan kohdalla arvioidaan liikkumisen avuntarve yksilöllisesti ja heidän ohjataan apuvälineiden käyttöön fysioterapeutin tuella.

Sydäntoimenpideyksikön kuvantamiseen liittyvät laitteet tarkistetaan päivittäin ja huolloista vastaa laitteen toimittaja.

Valvontalaitteiden osalta huolto kuuluu tuotteen valmistajille. Organisaation lääkintälaittehuolto huolehtii mm. infuusioautomaattien vuosihuolloista.

Sydänkeskuksen hoitohenkilöstö on aloittanut suorittamaan laitepasseja. Laitepassin avulla varmistetaan henkilöstön osaaminen laitteiden turvalliseen käyttöön. Ennen laitepassien käyttöönottoa laitteiden käyttö on perehdytetty työn ohessa. Lääkäreille annetaan laitekoulutus laitefirman edustajan toimesta.

Mikäli sydänkeskuksen henkilöstö havaitsee laitteen toimintahäiriön, on heidät ohjeistettu tekemään vikailmoitus lääkintälaittehuoltoon, sekä ilmoittamaan kyseisen laitteen viasta myös hoitotyön esihenkilölle.

Valvontalaitteiden osalta vikailmoitus tehdään myös laitevalmistajalle. Mikäli laitevika on aiheuttanut vaaratilanteen, tehdään ilmoitus myös Fimealle.

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

**Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Kyllä**

**Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Kyllä / Ei**

**Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö:** Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, [susanna.wilen@siunsote.fi](mailto:susanna.wilen@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

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

## 9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Sydänkeskuksessa, varsinkin sydänvalvonnassa ja sydäntoimenpideyksikössä toimenpiteen aikana, toteutetaan ajoittain todella vaativaa lääkehoitoa. Jokaisen uuden työntekijän lääkehoidon osaaminen tarkistetaan näytöin.

Sydänkeskuksen lääkehoitosuunnitelma

[Siunsote SYD LAAKESUUN laakehoitosuunnitelma 2024 Sydänkeskus.docx](#) (linkki) on koottu yhdessä lääkehoitovastaavien, osastofarmaseutin ja hoitotyön esihenkilöiden kanssa. Lääkehoitosuunnitelma on

sähköisenä versiona yksikön teams-kanavalla sekä tulostettuna versiona osaston lääkehoituhuoneessa. Lääkehoitosuunnitelman on hyväksynyt sydänosaston osastonlääkäri sekä sydänvalvonnan osastonlääkäri. Lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään vähintäänkin kerran vuodessa. Viimeisin päivitys on tammikuulta 2024.

Lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden yhteydessä varmistetaan ensin potilaan vointi ja informoidaan potilasta sekä tarvittaessa hänen omaistansa. Vaaratapahtuma kirjataan potilastietoihin mediatriin. Sen jälkeen hoitajat ovat velvollisia ilmoittamaan vaara- ja haittatapahtuman Laatuportti-järjestelmään. Sydänkeskuksen esihenkilöt (ylilääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitajat), sekä tarvittaessa myös osastofarmaseutti, käsittelevät haittatapahtuman ja laativat tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä.

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

**Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä**

**Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä**

**Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:** Ylilääkäri Tuomas Rissanen

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Ylilääkäri Tuomas Rissanen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Osastonhoitaja Karoliina Sutinen

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

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

## 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.

Infektioiden torjuntayksikkö tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet. Infektioiden torjuntayksikkö kouluttaa alueellisesti näyttöön ja tutkimukseen perustuvia hoitotyön käytäntöjä, joilla ehkäistään hoitoon liittyviä infektioita

Potilastyössä henkilöstö noudattaa työssään infektioiden torjuntayksikön yleisiä ohjeita. Hoitohenkilöstö käy lävitse perehdytyksessä yleisimmät ohjeet sydänkeskuksen hygieniayhdyshenkilöiden kanssa. Esihenkilö seuraa perehdytyksen onnistumista ja mahdollistaa henkilöstön lisäkoulutuksiin osallistumisen. Hygieniayhdyshenkilöt osallistuvat infektiotouksikön järjestämiin hygieniayhdyshenkilöiden kuukausi-infoihin ja tiedottavat henkilöstöä ajankohtaisista asioista. Esihenkilö seuraa päivittäin eristyspotilaiden määrää ja potilaiden lisääntyessä konsultoidaan hygieniahoidajaa. Hoitohenkilökunta voi tarvittaessa konsultoida päivystävää hygieniahoidajaa.

Potilaiden hoidossa ja sijoittelussa huomioidaan tarttuvat taudit. Potilaat, joilla on tarttuva tauti, hoidetaan varotoimin yhden hengen huoneissa. Tarttuvia tauteja ehkäistään tartuntalain § 48 vaatimalla henkilökunnan rokotussuojalla. Vaadittavat rokotukset järjestetään työterveyshuollossa. Vuosittain henkilöstölle järjestetään mahdollisuus ottaa influenssarokotus työpaikalla, jotta rokotussuoja täyttyy. Rokotuskattavuutta seurataan influenssakaudella Siun soten rokotuskattavuusmittarilla.

Käsihygienian toteutumista varmistetaan riittävillä käsidesinfektiopisteillä, henkilöstön koulutuksilla, sekä vastuuhoidajien tekemillä ehuuhdemittauksilla kuukausittain. Käsihygienian toteutumisen varmistamiseksi sydänkeskuksen henkilöstö ei käytä potilastyössä kelloja, käsikoruja eikä sormuksia. Käsihuuhdekulutuksen tavoite on per/hoitopäivä. Käsihuuhdekulutuksen määriä seurataan puoli vuosittain yhteistyössä infektioiden torjuntayksikön kanssa.

Tartuntatautilain (21.12.2026/1227 17 §) mukaan terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksiköiden on seurattava ja torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Kaikki infektiot sekä tarttuvat sairaudet syötetään SAI- järjestelmään (sairaala antibiootti- ja infektiorekisteri). Hoitoon liittyviä infektioita ja tarttuvia sairauksia seurataan sai-järjestelmän kautta yhteistyössä infektioiden torjuntayksikön kanssa. Sydänkeskuksen esihenkilöt seuraavat infektioita yhdessä hygieniayhdyshenkilöiden sekä hygieniahoidajien kanssa. Päävastuu seurannasta on osastonhoitajalla ja ylilääkärillä. Hygieni- ja infektiotaaratilanteita/poikkeamia seurataan myös laatuporttijärjestelmän kautta. Vuosittain yksikkö osallistuu hygieniaprevalenssitutkimuksiin, jolla seurataan valtakunnallisesti infektioiden sekä antibioottien määrää ja laatua.

Toimenpidepotilaiden infektioiden seuranta. Toimenpidepotilaiden infektioita seurataan erityisen tarkasti, päävastuu seurannasta on yksikön ylilääkärillä. Hygieniahoidajat ilmoittavat ylilääkärille toimenpidepotilaiden infektioista.

Sydänkeskuksen potilaat ovat monisairaita ja potilaiden hyvä hoito vaatii erilaisia hoitotarvikkeita. Tämän vuoksi tyypillisiä hoitoon liittyviä infektioita voi olla virtsatieinfektio, keuhkokuume, suolistoinfektiot, verisuoniston vierasesineinfektio sekä veriviljelypositiivinen sepsis. Laboratoriosta ilmoitetaan sovitun käytännön mukaisesti vakavat infektiot puhelimitse osastolle sekä infektiotouksikköön.

Infektioiden epidemiamahdollisuus on olemassa, koska osaston tilat eivät vastaa täysin sairaalatilojen nykyohjeistuksia, sekä osastolla on käytössä yhteiset wc- ja pesutilat. Epidemian mahdollisuutta on pienennetty muun muassa säännöllisillä siivouksilla sekä potilassijoittelulla.

Lue lisää:

[Siunsote INF TYOOHJE Infektioiden torjuntatoimien omavalvonnan vastuutehtävät yksiköille.docx](#), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#)

### 9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Sydänkeskuksen siivouspalvelut tuottaa Polkka. Laitoshuoltajat huolehtivat puhtaudesta ja siisteydestä siivoussuunnitelman mukaisesti. Siivoussuunnitelmaa on päivitetty viimeksi syksyllä 2024.

Vaarallisten jätteiden käsittelyssä toimitaan infektioyksikön ohjeiden mukaisesti. Sydänkeskuksessa on neljä huoltohuonetta (3a, sydänvalvonta, 3b sekä sydänpoliklinikka), joissa tapahtuu vaarallisten jätteiden pakkaus.

Vaatepalveluyksikkö huolehtii tekstiileistä yhteistyössä Sakupen kanssa. Sakupe omistaa, huoltaa ja pesee kaikki Siun sotessa käytettävät potilas- ja työvaatteet.

Mikäli edellä mainituissa toimissa ilmenee puutteita, esihenkilö tekee reklamaation palveluntarjoajalle.

**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 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|
| Hoitoon liittyvät infektiot | Henkilökunnan koulutus ja infektioiden säännöllinen seuraaminen |                      |

## 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 hoitoketjukurvat.

Uudet työntekijät perehdytetään hyödyntämään intran tiedostopankista löytyviä ohjeita ja hoitoketjuja. Kaikki sydänkeskuksessa käytettävät työohjeet löytyvät intran tiedostopankista. Työohjeet ovat voimassa määräaikaista, eli ne on tarkistettava määräajan päättyessä. Tarkistamisen jälkeen työohjeille määritetään uusi määräaika. Toiminnan tai toimintatavan muuttuessa työohjeita päivitetään vastuuhoidajan tai vastuulääkärin toimesta.

Potilasohjeet on pyritty laatimaan niin, että ne ovat helposti luettavia ja ymmärrettäviä. Potilasohjeita päivitetään tarvittaessa ja päivityksestä vastaavat vastuuhoidajat.

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

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

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

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

### 9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Yhteistyötä tehdään pelastuslaitoksen kanssa järjestämällä yhteisiä pelastusharjoituksia.

**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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Organisaatiotason turvallisuus- ja valmiussuunnitelmista sydänkeskusta koskee suuronnettomuussuunnitelma ja poistumissuunnitelma. Suunnitelmiin tutustuminen kuuluu uuden työntekijän perehdytykseen.</p> <p>Sydäntoimenpideyksikössä on toimintaohje säteilyn käytöstä poikkeavan tapahtuman varalta. Toimintaohje kuuluu perehdytysmateriaaleihin.</p> <p>Toimintaohjeen päivittäminen kuuluu esihenkilöille ja turvallisuusvastaavalle. Toimintaohjeet on päivitetty vuonna 2024.</p> <p>Lue lisää: <a href="#">Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma</a></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 |
|-------------------|---------------|----------------------|
|                   |               |                      |

### 9.7.3 Terveystensuojelu

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

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| Sydänkeskuksessa tehdään riskien arviointi vuosittain. |
|--------------------------------------------------------|

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

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

## 10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

### 10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Sydänvalvontaan ja sydänosastolle tulevilla päivystyspotilailla on tunnistusranneke jo osastolle tulovaiheessa. Sydänpoliklinikalla ja sydäntoimenpideyksikössä potilasta, tai hänen saattajaansa, pyydetään näyttämään esim. ajo- tai kelakorttia henkilöllisyyden varmistamiseksi. Toimenpideyksikössä potilaille laitetaan tunnistusrannekkeet.

Potilaspuhelimien yhteydessä potilaiden henkilöllisyys varmistetaan henkilötunnuksen lisäksi tukikysymyksillä, esim. kysymällä kotiosoite, puhelinnumero organisaation ohjeiden mukaisesti.

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

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

## 10.2 Häätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Sydänvalvonnassa ja sydänosastolla hoidetaan akuutteja sydänpotilaita. Potilaiden vointia pyritään seuraamaan tarkasti eri mittareita käyttämällä (NEWS, MET-kriteerit, VAS-kipuasteikko), jotta pystyisimme reagoimaan ennakoivasti potilaiden vointiin ja mahdolliseen voinnin heikentymiseen.

Henkilöstön osaamista vahvistetaan jatkuvasti erilaisilla koulutuksilla (esim. häätätilapotilaan tunnistamisen ja elvytys, elvytys ja ECMO-simulaatiot) ja kokeneen työkaverin ohjauksella ja tuella. Sydänkeskuksessa järjestetään omalle henkilöstölle kuukausittain elvytyskoulutuksia.

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

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

## 10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Sydänkeskuksessa tehdään tiivistä yhteistyötä fysioterapeuttien, sosiaalityöntekijän ja kotiutusyhdyshenkilön kanssa. Potilastietojärjestelmään tehdään pyyntö tarvittavalle taholle.

Sydänosastolla kotiuttamisen tukena on tarkistuslista, johon on kerätty keskeisimmät asiat potilaan turvalliseen kotiuttamiseen liittyen.

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

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

#### 10.4 Kivunhoito

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

Siun Soten alueella kivunhoidon käytännöistä on luotu ohjeet ja niitä ollaan ottamassa käyttöön yksiköittäin ja alueittain. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi ohjeiden lisäksi järjestetään koulutusta yleisesti ja yksiköittäin. Myöhemmin arvioidaan ohjeistuksesta ja koulutuksesta saatu hyöty.

Sydänkeskuksessa käytetään yleisesti kivun mittaamiseen VAS-mittaria (1–10 asteikko). Potilaan kokema kipu kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilaiden kokemaa kipua hoidetaan aktiivisesti. Myös vaste lääkehoitoon kirjataan potilastietojärjestelmään.

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

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

| Tunnistettu riski                  | Hallintakeino                              | Toimintaohje/määräys |
|------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| Yhtenäiset käytännöt kivunhoidossa | Alueellinen kivunhoidon ohjeistus käyttöön |                      |

#### 10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Siun sotessa kaatumisten ja putoamisten esiintyvyyttä seurataan Mediatriin tehtävän haittatapahtuma - kirjauksen avulla. Jokainen hoidon aikainen kaatuminen/putoaminen kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Esihenkilö seuraa haittatapahtumia laatuportin kautta ja aloittaa tarvittavat toimenpiteet.

Sydänkeskuksessa kaatumisriskin arviointia tehdään FRAT- mittarin avulla, mittaustulos kirjataan potilastietojärjestelmään hoitojakson alussa ja mittaus uusitaan tarvittaessa. Mittari auttaa tunnistamaan

henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään asiakkaan ja potilaan riskitietoihin. Mittarin käyttäminen ja kirjaaminen kuuluu sydänkeskuksen hoitajien perehdytykseen.

Mikäli potilaalla todetaan suurentunut kaatumis- tai putoamisriski, reagoidaan siihen välittömästi. Jokaisen potilaan kohdalla valitaan yksilölliset toimenpiteet kaatumisriskin pienentämiseksi mm. lääkityksen arviointi, apuväline, sekä fysioterapian tarpeen arviointi.

Sydänkeskuksessa on käytössä runsaasti liikkumisen apuvälineitä mm. rollaattori, tasoford sekä pyörätuoli. Fysioterapeutit auttavat valitsemaan potilaille oikean liikkumisen apuvälineen.

**Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei**

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

| Tunnistettu riski                                   | Hallintakeino                               | Toimintaohje/määräys |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|
| Kaatumisen ehkäisyn yhdyshenkilöä ei ole koulutettu | Valitaan yhdyshenkilö vuonna 24             |                      |
| FRAT-mittarin käyttö vajavaista                     | Henkilökunnan koulutus, resurssin arviointi |                      |

## 10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Riskipotilaille voidaan tilata suoraan tehostettu ruokavalio ravintokeskukselta. Potilaille, joilla on huono ruokahalu, voidaan ruokatilauksen yhteydessä tilata potilaan toiveruokia. Lisäravintona potilaille tarjotaan täydennysravintojuomia. Mikäli ravitsemusta ei saada riittävästi tehostettua em. keinoin, konsultoidaan osaston lääkärinä. Lääkärin ohjeen mukaan tarvittaessa otetaan käyttöön joko nenämahaletkun kautta toteutettava letkuravitseminen tai suonensisäinen ravitseminen. Keskussairaalan ravitsemusterapeuttia tulisi konsultoida, jos potilaalla on vakava vajaaravitsemuksen riski. Ravitsemusterapeuttia tulisi konsultoida myös niiden potilaiden kohdalla, joille aloitetaan letkuravitseminen.

Sydänkeskukselle on laadittu yksikkökohtaiset ravitsemushoidon laatukriteerit 2021. Laatijoina yksikön ravitsemusvastaavat.

Sydänkeskuksessa käytetään vajaaravitsemuksen arviointiin NRS 2020 mittaria. Organisaation ohjeen mukaan se tulisi tehdä kaikille potilaille 2 vrk:n sisällä siitä, kun potilas saapuu sairaalaan. NRS tulisi tehdä ainakin potilaille, joilla on sydämen vajaatoimintaa, jokin infektio, painehaavoja, rytmihäiriöitä tai tehty leikkaus. Mittari täytetään myös, jos herää huoli potilaan mahdollisesta vajaaravitsemuksesta.

NRS tulos kirjataan Mediatriin HOI-ESH lehdelle, tulos siirtyy myös fysiologisiin mittauksiin. Muut potilaan ravitsemukseen liittyvät havainnot kirjataan hoitotyön merkintöihin. (Mediatri -> muut asiakirjat -> RAV\_vajaaravitsemusriskin seulonta (NRS 2002) -> HOI-ESH hoid. koord ja NRS 2002.)

Sydänkeskuksessa toimii kaksi ravitsemusvastaavaa, jotka osallistuvat Siun soten järjestämiin koulutuksiin mahdollisuuksien mukaan ja tiedottavat uusista/muuttuvista asioista muuta yksikön henkilökuntaa. Jokaisella hoitajalla yhteistyössä lääkärin kanssa on vastuu potilaiden ravitsemushoidon toteutuksesta osastolla hoitojakson aikana. Mikäli ravitsemuksessa on haasteita, voi konsultoida talon ravitsemusterapeuttia.

**Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä**

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

| Tunnistettu riski     | Hallintakeino                             | Toimintaohje/määräys                                    |
|-----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Henkilöstön osaaminen | Henkilöstön koulutukset, tiedon jakaminen | Sydänkeskuksen oma ohjeistus henkilöstölle luettavaksi. |

## 10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Sydänkeskuksessa, vuodeosastolla ja sydänvalvonnassa, painehaavariski arvioidaan BRADENIN-riskiluokitusmittarilla heti asiakkaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluessa. Uusi arvio tehdään aina asiakkaan tilanteen muuttuessa tai kerran viikossa sekä asiakkaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. Painehaavariski on suurin potilailla, jotka joutuvat olemaan pitkiä aikoja vuodelevossa.

Kohonnut painehaavariski huomioidaan potilaan palveluissa ja hoidossa hyödyntämällä painetta vähentäviä apuvälineitä (esim. vuokrattavia moottoroituja ilmapatjoja), asentohoitoa, huolehtimalla asianmukaisesta ravitsemuksesta, hyvästä henkilökohtaisesta hygieniasta sekä päivittäisestä ihon kunnon tarkkailusta. Braden-mittarin käyttöä seurataan Siun soten alueella yksiköittäin.

Valtakunnallisesti on sovittu painehaavan rakenteisesta kirjaamisesta, jolla edistetään painehaavariskin ja painehaavojen hoitotyön yhdenmukaista kirjaamista sekä parannetaan hoidon tulosten ja vaikuttavuuden seuranta.

Siun sotessa painehaavojen esiintyvyyttä seurataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään tehtävän haittatapahtuma -kirjauksen avulla. Painehaavan rakenteinen kirjaaminen on aloitettu vuoden 2023 alusta. Kirjausten avulla painehaavojen esiintyvyyttä voidaan seurata yksiköittäin. Kirjausten avulla voidaan huomioida painehaavojen esiintyminen asiakkaan/potilaan hoidossa esimerkiksi huomioimalla mahdollisuudet keventää painetta ja näin ehkäistä uusia painehaavoja. Kirjausten avulla on mahdollista selvittää yksikössä alkunsa saaneiden painehaavojen osuus sekä lääkinnällisten laitteiden/tarvikkeiden aiheuttamien painehaavojen osuus. Kirjausten perusteella painehaavojen lukumäärä ja painehaavan aiheuttama haitan aste suhteutettuna hoitopäiviin ilmoitetaan kuukausittain kansalliseen hoitotyön kehittämisverkostoon.

Työryhmä tekee yhteistyötä Karelia-ammattikorkeakoulun kanssa järjestämällä mm. alueellista painehaavojen ehkäisykoulutusta. Koulutuksissa käsitellään mm. teoriaa painehaavan synnystä, hoidosta, ennaltaehkäisystä, apuvälineistä sekä ohjataan käyttämään Braden-riskinarviointimittaria päivittäisessä työssä. Myös kirjaaminen ja ravitsemuksen merkitys ennaltaehkäisyssä kuuluvat koulutukseen.

**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                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistaminen | Koulutus, henkilöstön riittävyys | Painehaavojen haittatapahtuma -kirjaaminen Mediatriissa vakiintuu osaksi toimintaa. |

## 10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Sydänkeskuksessa tehdään mm. sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia ja tahdistimen asennuksia, jotka eivät ole suoraan verrattavissa leikkaustoimenpiteeseen, vaan ovat potilaaseen kajoavia toimenpiteitä.

Sydänkeskuksessa on käytössä BCB-laaturekisteri, josta tiedot siirtyvät myös THLn Sydänrekisteriin. Ylilääkäri seuraa BCB-rekisterin tilastoja ja kehittää tilastojen pohjalta toimintaa.

Toimenpideyksikössä on käytössä tarkistuslistat ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikaiseen sekä toimenpiteen jälkeiseen seurantaan. Tarkistuslistojen käyttäminen käydään perehdytyksessä lävitse. Tarkistuslistojen käyttö kuuluu jokaiseen toimenpiteeseen. Tarkistuslistojen päivittämisestä huolehtivat toimenpidevastuuhoitajat sekä lääkärit. Tarkistuslistojen käyttäminen on jokaisen hoitajan vastuulla. Esihenkilö tarvittaessa ohjaa tarkistuslistojen käyttöä.

Sydäntoimenpiteissä voi sattua potilaan äkillinen tilan heikkeneminen tai menehtyminen, joka sydänsairauden itsensä takia tai toimenpidekomplikaation vuoksi. Kuolemantapaukset ja toimenpidekomplikaatiot käydään läpi yhdessä toimenpidelääkärin ja paikalla olleen tiimin kanssa (debriefing).

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

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

## 10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotuiminnan 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.

Yleisintä akuutti sekavuustila on iäkkäillä, sairaalahoitoon joutuvilla potilailla, joilla on muisti- tai muita rappeuttavia aivosairauksia. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisy tulisi aloittaa heti hoitajakson alussa ja ennaltaehkäiseviä toimia tulisi käyttää koko hoidon ajan.

Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi akuutin sekavuustilan riski tulisi tunnistaa. Jokaisella yksiköllä tulisi olla oma toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen.

Akuutin sekavuustilan ehkäisy on yksi sairaalahoidon laatutekijöistä ja johtaa hoidon pidentymiseen ja lisäkustannuksiin.

Siun soten verkkosivuilla on julkaistu aineisto akuutin sekavuustilan palveluketjusta, jonka tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä hyvinvointialueen toimintayksiköissä. Akuutti sekavuustila -palveluketju kokoaa yhteen ikääntyneen henkilön akuutin sekavuustilan tunnistamisen, ehkäisyn ja hoidon toimintatavat. Hoitopolku sisältää omat osionsa ammattilaisille ja asiakkaille. Hoito- ja palveluketjua voi soveltuvin osin käyttää yli 18-vuotiaiden aikuisten hoidossa, mutta ei alle 18-vuotiaiden eikä alkoholin tai päihteiden käytön aiheuttaman sekavuustilan (delirium tremens) ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa tai hoidossa.

**Yhteenvedo 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                |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| Henkilöstön osaamisen vahvistaminen. | Siun soten järjestämät koulutukset.     | Akuutti sekavuustila -palveluketju. |
| Kirjallisten ohjeiden hankkiminen.   | Tiedottaminen palveluketjun luomisesta. | Akuutti sekavuustila -palveluketju. |

## 10.10 Elintapaohjaus

Terveysthuoltolaki (13 §) velvoittaa hyvinvointialuetta sisällyttämään kaikkiin terveysthuollon 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.

Sydänkeskuksen jokaisessa yksikössä perehdytään potilaan elämäntapoihin ja annetaan tarvittaessa ohjausta. Käydyistä keskusteluista ja annetuista ohjauksista tehdään kirjaus potilastietojärjestelmään. Sepelvaltimotautipotilaille tarkoitettussa digihoitopolussa on elämäntapoihin liittyviä kyselyitä ja ohjeita.

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

## 10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

### 10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Nikotiinituotteiden puheeksiottoon ja nikotiiniriippuvuuden arviointiin sekä tietojen kirjaamiseen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluissa on luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje marraskuussa 2022. Hoito- ja palveluketju on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä ja henkilöstöä koulutetaan sen systemaattiseen käyttöön.

### 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.

Yksikössä on käytössä AUDIT-kysely ja lisäksi yhteispäivystyksen päihdesairaanhoitaja tekee osana työtään alkoholinkäyttöön liittyvää lyhytneuvontaa, arvioi hoidon tarvetta ja ohjaa asiakkaat asianmukaiseen jatkohoitoon.

Varsinaisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin ohjaututaan monikanavaisesti esimerkiksi ammattilaisten tekemän lähetteen, Web-ajanvarauksen, hoitokoordinaattorin tai yhteispäivystyksen

päihdesairaanhoidajan kautta. Vastaanotolla alkoholinkäyttö kartoitetaan AUDIT- tai AUDIT-C-mittarilla ja kokonaistilanteen kartoituksella, jonka jälkeen käynnistyy tarvittaessa tavoitteellinen hoitosuhdetyöskentely.

Sydänkeskuksen henkilöstöllä on mahdollista hankkia lisäosaamista Siun soten järjestämistä koulutuksista alkoholin riskikäytön kartoittamiseen ja mini-interventioiden käyttöön liittyvään rakenteiseen kirjaamiseen ehkäisevän päihdetyön kirjaamisohjeen mukaisesti.

Lue lisää: [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](https://siunsote.sharepoint.com/:b:/s/Tiedostopankki/EUTuH_OuerhDuQyqaTSHT78BG88fRz94bxS39GTrd-GHnA?e=WuFjGe),  
[siunsote.sharepoint.com/:b:/s/Tiedostopankki/EUTuH\\_OuerhDuQyqaTSHT78BG88fRz94bxS39GTrd-GHnA?e=WuFjGe](https://siunsote.sharepoint.com/:b:/s/Tiedostopankki/EUTuH_OuerhDuQyqaTSHT78BG88fRz94bxS39GTrd-GHnA?e=WuFjGe), [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#)

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

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

Osastolla hoidossa olevista potilaista otetaan huumausaineseuloja, jos herää epäily huumausaineiden käytöstä, sekä jos potilaalla on melko korkea tai korkea huumeiden käyttöriski, tai lääkärin erillisestä määräyksestä.

Korvaushoito voidaan tarvittaessa aloittaa lääkärin ohjeen mukaan sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoitoa aloitettaessa ja tavoitetta tulee tarvittaessa tarkistaa. Haittojen vähentämisen tulee olla tavoitteena erityisesti henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon.

### 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.

Sydänkeskuksen henkilöstön perusosaamiseen ei kuulu rahapelaamisen haittojen tunnistaminen. Tarvittaessa potilaan tilanteeseen annetaan suhteutettua neuvontaa riskikulutuksesta tai riskipelaamisesta, sekä

motivoidaan ja kannustetaan potilasta muutokseen. Mikäli potilaan hoitajakson aikana tulee esille rahapelaamisen haasteita, voidaan hänelle tehdä PGSI-rahapelaamisen haittoja kartoittava testi.

Potilas ohjataan jatkohoitoon Siun sote mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitokoordinaattoreiden toimesta tai potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä oman terveysaseman vastaanotolle tai työterveyshuoltoon.

### 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.

Kun potilas asioi joissain yksiköistämme ja potilaalla todetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve, voidaan käyntiteksti laittaa suoraan tiedoksi oman alueen MiePä-yksikköön hoito- ja palveluketjuissa sovitun kriteeristön mukaisesti.

MiePän HTA-hoitaja käsittelee yksikköön tulleet työviestit ja sanomat, on tarvittaessa yhteydessä asiakkaaseen ja toimii hta:n mukaisesti joko hoitaen itse asiakkaan tilanteen, ohjaten muihin palveluihin tai varaten vastaanottoajan MiePä-palveluihin.

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

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

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

### 10.12 Itsemurhien ehkäisy

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

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ollessa hoidossa sydänkeskuksessa.

Itsetuhoisesta potilasta, tai potilasta, jolla on itseään vahingoittavaa käyttäytymistä, konsultoidaan tehoavaa, joka arvioi potilaan.

Itsetuhoisen potilaan jatkohoito siirtyy toiseen yksikköön.

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

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

| Tunnistettu riski                   | Hallintakeino        | Toimintaohje/määräys               |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Itsetuhoisen potilaan tunnistaminen | Henkilöstön koulutus | Alueellinen toimeenpanosuunnitelma |

### 10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

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

Minimittaria voidaan käyttää epäiltäessä potilaan kokemasta lähisuhdeväkivallasta. Mikäli potilaan kohtaama lähisuhdeväkivalta tulee esille yksikön hoitojakson aikana, ohjataan potilas lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden palvelujen piiriin. Tarvittaessa potilas voi puhua ensi kriisityöntekijälle.

Lue lisää: [Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn](#), [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma](#), [Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#), [Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn](#)

**YHTEENVETO KESKEISIMMISTÄ TUNNISTETUISTA (EDELLÄ KUVATUISTA) LÄHISUHDEVÄKIVALLAN EHKÄISYYN LIITTYVISTÄ RISKEISTÄ, NIIDEN HALLINTAKEINOISTA JA TOIMINTAA OHJAAVISTA OHJEISTA JA/TAI MÄÄRÄYKSISTÄ.**

| Tunnistettu riski     | Hallintakeino        | Toimintaohje/määräys                                                                |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Henkilöstön osaaminen | Henkilöstön koulutus | Hyvinvointialueiden ohjeet lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. |

## 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 kehittämisajankaus |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|
| Henkilöstön osaamisen vahvistaminen. | Siun soten järjestämät koulutukset henkilöstölle. | v. 2025–2026                |

## 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).

Seuranta toteutetaan hyödyntämällä esimerkiksi vaara- ja poikkeamatilanneraportointia, haittavaikutusraportointia sekä potilaspalautteita.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain tai toiminnan muuttuessa.

### 13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

|         |  |
|---------|--|
| Paikka  |  |
| Päiväys |  |

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

## Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM\\_2021\\_13\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](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](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](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](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)

Lääkehoidosuunnitelmat (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%2Db9eb1%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))

Terveystenhuoltolaki (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\\_5KVwe9tHcgFucNZ&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_5KVwe9tHcgFucNZ&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))