

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 4K

Laatija(t)	Päivi Sinkkonen, osastonhoitaja Marketta Hämäläinen, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Merja Piironen, ylihoitaja
Hyväksyjä	Helena Jäntti, palvelupäällikkö
Pvm.	5.3. 2024

Sisällysluettelo

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

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	20
6.5.2	Asiakasviestintä	20
7	Henkilöstö	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	24
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	26
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	26
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	27
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	27
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	28
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	29
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	29
9.2	Etä- ja digipalvelut	31
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	34
9.5	Infektioiden torjunta	36
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	36
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	37
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	38
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	38
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	38
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	39
9.7.3	Terveydensuojelu	40
10	Palvelun sisällön omavalvonta	40
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	40
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	41

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	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	48
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	48
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	48
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	48
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	49
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	49
10.11	Itsemurhien ehkäisy	49
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	50
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	50
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	51
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	51
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	51
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	52
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	53

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Operatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 4K, Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto	Vuodeosastohoito.
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Palvelua tuotetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestölle, joilla hoidetaan Thx- ja verisuonikirurgisia, urologisia, korva-, nenä-, suuhammas- sekä leukakirurgisia, plastiikkakirurgisia sairauksia sekä ortopedisia infektio potilaita. Lisäksi osastolla hoidetaan silmäsairauksien potilaita.
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	24

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Oh Päivi Sinkkonen 013-3303872 paivi.sinkkonen@siunsote.fi Aoh Marketta Hämäläinen 013-3303477 marketta.hamalainen@siunsote.fi
Palvelupäällikkö	Helena Jantti 013-3303718, helena.jantti@siunsote.fi
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, 013-3304183, jukka.heikkinen@siunsote.fi ,

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Operatiivinen klinikkaryhmä on Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialueen alaista sairaalapalvelua, jota johtaa palvelujohtaja. Operatiivista klinikkaryhmää johtaa palvelupäällikkö yhdessä ylihoitajan kanssa. Operatiivisten klinikoiden ylilääkärit johtavat oman erikoisalansa toimintaa yhdessä osastonhoitajien kanssa.</p> <p>Osasto 4K kuuluu operatiiviseen palvelualueeseen, osana terveys- ja sairaalapalvelua.</p> <p>Osaston 4K lähiesihenkilönä työskentelevät ylilääkäri (lääketieteellinen johto) sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäinen yksikön johtaminen painottuu hoitotyön esihenkilölle.</p>

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta. Listaustilaukset palveluyksikön ostopalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Lääkäripalveluostot	Useita eri palveluntuottajia
Henkilöstönvuokraus (hoitohenkilöstö)	1 palveluntuottaja
Palvelujen ostot	1 palveluntuottaja

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

Ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkärin ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiatuntijoiden kanssa. Osasto 4K ei osallistu ostopalvelun hankintaan.

Ostopalvelun laatua ja asiakasturvallisuutta seurataan ja valvotaan jo hankintavaiheessa asettamalla tuotteille ja/tai palvelulle vähimmäisvaatimuksia. Osastolla 4K ei ole ostopalvelun hankintavastuuta. Osastolla kiertää osastopalvelulääkäreitä ja työntekijöillä on velvollisuus raportoida ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista omille esihenkilöille ja palvelupäällikölle.

Ostopalvelujen laatua seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta sekä asiakas- ja henkilöstöpalautteiden kautta.

Osastolla 4K hyödynnetään organisaation tarjoamia hankinta- ja ostopalvelukoulutuksia ja tehdään tiivistä yhteistyötä hankintayksikön kanssa.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

Operatiivisen klinikkaryhmän tehtävänä on tarjota Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle terveydenhuoltolain mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut, erityisesti leikkaushoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Toiminnan tavoitteena on tuottaa strategian mukaisesti oikea palvelu, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa.

Osaston 4K tehtäviin kuuluu erikoissairaanhoidon järjestäminen Thx- ja verisuonikirurgisille, urologisille, plastiikkakirurgisille, korva-, nenä- ja kurkkusairauksien potilaille. Erikoissairaanhoidon järjestetään myös suu-, leuka- ja hammassairauksien potilaille, ortopedisille infektiopotilaille sekä silmäsairauksien potilaille. Potilaat saavat sairautensa vaatimaa hoitoa, esimerkiksi leikkaushoitoa joko suunnitellusti tai päivystyksellisesti,

leikkauksen jälkeistä voinnin tarkkailua, antibioottihoitoa erilaisten tulehdusten hoitoon sekä sairauden vaatimaa voinnin seurantaa. Kivunhoidon huomioiminen on tärkeä osa potilaan hoitoa.

Potilaat tulevat osastolle 4K joko suunnitellusti tai päivystyksellisesti. Toiminnan tavoitteena on tuottaa laadukasta ja yhdenvertaista erikoissairaanhoidon palvelua ympäri vuorokauden. Osasto 4K palvelee koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestöä.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

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

Arvot ohjaavat jokapäiväistä toimintaa osastolla 4K.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa osastolla 4K sitä, että hoidon tarpeen arvio ja jatkohoitosuunnitelmat tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän osallistumisensa pyritään mahdollistamaan sekä hoidon suunnitteluun että toteutukseen. Tavoitteena on hoitaa potilaita yhteisymmärryksessä heidän kanssaan. Omaiset ovat merkittävässä roolissa, varsinkin iäkkäiden potilaiden hoidossa ja hoidon suunnittelussa.

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

Tavoitteenamme on tuottaa tasalaatua palvelua kaikille potilaillemme. Pyrimme huomioimaan potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kaikissa toiminnoissamme. Huolehdimme myös, että toimintaympäristö on turvallinen sekä asiakkaille että siellä työskenteleville.

Toimimme yhdenvertaisesti kohdellen potilaita tasapuolisesti sukupuolesta, kansalaisuudesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, toimintakyvystä ja tai asuinpaikasta riippumatta. Kaikki osastolla 4K työskentelevät ovat tasa-arvoisia ja takaamme kaikille samat mahdollisuudet kehittyä. Jokainen työntekijämme on yhtä arvokas ja heillä on oikeus tulla kuulluksi.

Vastuullisuus ilmenee osastolla 4K siten, että osastolla toimitaan sekä lainsäädännön että Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistuksia noudattaen. Jokainen työntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisessä ja kehittämisessä osallistumalla koulutuksiin ja oman työnsä kehittämiseen strategisten painopisteiden mukaisesti. Seuraamme myös toimintamme laatua tilastollisin menetelmin. Kehitämme toimintaamme moniammatillisesti saamamme palautteen mukaisesti.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osastolla 4K omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaa osaston lähiesihenkilöt yhdessä kirurgian ylilääkärin kanssa.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Osaston 4K omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat lähiesihenkilöt. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat alustavan omavalvontasuunnitelman. Alustava suunnitelma käydään läpi työyksikössä, jolloin työntekijöillä on

mahdollisuus kommentoida sitä ja ehdottaa muutoksia. Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja/ tai muutetaan henkilökunnalta saadun palautteen mukaisesti. Omavalvontasuunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös potilailta ja heidän omaisiltaan saatu palaute ja kehittämis ehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on potilaiden nähtävillä, joka mahdollistaa siihen perehtymisen ja kehittämis ehdotusten havaitsemisen.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

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

Osaston 4K ajantasainen omavalvontasuunnitelma on nähtävissä yksikön ilmoitustaululla, jossa se on helposti asiakkaiden saatavilla. Ajantasainen suunnitelma löytyy myös aina Siun soten Intran tiedostopankista.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

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

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

Riskienhallinnasta vastaavat lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Yksiköön tehdään riskienarviointi, jota päivitetään vuosittain ja aina toiminnan muuttuessa. Työpaikkaselvitys tehdään yhdessä työterveyshuollon kanssa kolmen vuoden välein tai toiminnan muuttuessa. Jokainen osaston työntekijä on velvollinen tuomaan esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat sekä osallistumaan parantavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen.

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

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

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.

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

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

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

Osastolla 4K tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskiertoja, jotka toimivat ennakoivana riskienarviointimenetelmänä. Myös turvallisuuskiertoilla pyritään havaitsemaan mahdolliset turvallisuuspoikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä saadaan poistettua/hallintaan. Turvallisuuskiertojen järjestämisestä vastaa yksikön lähiesihenkilö.

Turvallisuuskierrolle osallistuvat kaikkien osastolla työskentelevien ammattiryhmien edustajat, osaston 4K turvallisuusvastaava sekä tarvittaessa myös työsuojelun edustaja. Tehdyt riskienarviointit ja turvallisuuskierrojen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa osastokokouksessa ja ne löytyvät myös yksikön turvallisuuskansiosta.

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).

Osastolla 4K on käytössä Laatuportti niminen laatujärjestelmä, johon turvallisuuspoikkeamat ilmoitetaan. Jos osaston henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Tällöin ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä. Laatuporttiin tehtyjä ilmoituksia käydään osastolla läpi säännöllisesti, yleensä viiveettä.

Potilaiden ja heidän omaistensa on mahdollista tehdä Laatuportti-ilmoitus Siun soten verkkosivuilta. Heidän on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista yksikön lähiesihenkilölle suullisesti (puhelimitse) ja/tai kirjallisesti (sähköposti). Henkilöstöä ohjaan tekemään ilmoitus Laatuporttijärjestelmään kaikista havaitsemistaan vaaratilanteista. Muuta kautta tulleet ilmoitukset pyritään myös dokumentoimaan laatuporttijärjestelmään. Uudet työntekijät perehdytetään järjestelmän käyttöön. Laatuporttijärjestelmän käyttöä käydään läpi osastolla osastopalaverissa, millä varmistetaan järjestelmän käytön osaaminen. Asiakas- ja potilasturvallisuusvastaava osallistuu osastokokouksiin x2 vuodessa.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset tulevat ensimmäisenä esihenkilöille käsiteltäväksi. Esihenkilöt (hoitotyön ja lääketieteellinen lähijohto) käsittelevät ilmoitukset vastualueidensa mukaisesti. Esihenkilön tehtävänä on selvittää poikkeaman juurisyy ja pohtia tarvittaessa moniammatillisesti, miksi näin on tapahtunut. Käsittelyn

vaiheet kirjataan Laatuportti-järjestelmään. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan 14 vrk kuluessa ilmoituksen saapumisesta.

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

Esihenkilö kirjaa käsittelyn ja ehdotetut muutokset Laatuporttijärjestelmään. Lisäksi osastopalaverista tehdään lähiesihenkilön toimesta muistio, johon käsittelyyn liittyvät asiat myös kirjataan. Esihenkilö täydentää tapahtuman käsittelyssä havaitut asiat vaara/poikkeamailmoitukseen. Esihenkilö kirjaa ilmoituksen yhteenveto-osioon ne tiedot, jotka hän haluaa näkyvän ilmoituksen tekijälle. Lopuksi hän kuittaa ilmoituksen valmiiksi.

Kaikki vaara/poikkeamatilanneilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta, jonka jälkeen ne arkistoituvat järjestelmään. Jos vaaratilanne/haittatapahtumaa liittyy putoamiseen tai kaatumiseen tai painehaavaan, tilanteen havainnut työntekijä tekee haittatapahtumakirjauksen tapahtumasta Laatuportti-järjestelmään. Haittatapahtumakirjaus tehdään myös sähköiseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

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 riittävyttä.

Osastolla 4K todettuihin riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan viiveettä. Esihenkilö kirjaa ilmoituksia käsitellessään niihin yhdessä sovitut kehittämistoimenpiteet, kehittämistoimenpiteiden aikataulun ja niistä vastaavat henkilöt. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja suorittamista koordinoinnista vastaavat lähiesihenkilöt (osastonhoitaja ja ylilääkäri). Kehittämistoimenpiteiden määräaika suunnitellaan tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistoimenpiteet pyritään suorittamaan kuitenkin kohtuullisessa ajassa sen laajuudesta riippuen. Esihenkilöt seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja pitävät myös henkilöstön ajan tasalla. Myös toiminnan kehittymistä/parantumista seurataan, jotta suunniteltujen toimenpiteiden vaikutukset ja käyttöönotto pystytään varmistamaan. Esihenkilö kirjaa seurantatiedot Laatuportti-järjestelmään. Toimintaa pyritään kehittämään saadun palautteen perusteella paremmaksi. Potilaiden ja heidän läheistensä tekemät vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään samalla tavoin kuin henkilökunnan tekemät. Ilmoituksissa saatua palautetta hyödynnetään osaston toiminnassa ja Palautteen antajaan ollaan yhteydessä, jos hän on antanut yhteistietonsa. Yhteydenotosta vastaa yksikön esihenkilöt omien osaamisalueidensa mukaisesti.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Osaston henkilöstölle tiedotetaan muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä lähiesihenkilön toimesta. Tiedottaminen tehdään sekä osastopalaverissa (suullisesti) että muistiolla (kirjallisesti). Tarvittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intraan sisäistä käyttöä varten. Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksesta on tarpeen tiedottaa osaston yhteistyötahoja laajemmin, hyödynnetään tiedottamisessa Siun soten sisäistä intraa ja sähköpostitiedotusta. Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksista on tarpeen tiedottaa potilaita/asiakkaita laajasti, osaston lähiesihenkilö keskustelee laajemmasta tiedotustarpeesta ylilääkärin ja/tai ylihoitajan kanssa. Tarvittaessa konsultoidaan Siun soten viestintäasiantuntijoita. Viestintäkanava valitaan yhdessä tapauskohtaisesti sen mukaisesti, kenelle viesti halutaan pääasiallisesti kohdentaa.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laatuportti järjestelmän käyttöosaaminen on vielä vähäistä	Perehdytys ja ohjaus ja kannustetaan tekemään ilmoituksia	

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).

Osastolle 4K potilaat tulevat pääosin päivystyksellisesti. Päivystysleikkauksen kiireellisyyden arvioi potilaan hoidosta vastaava lääkäri. Päivystyspotilaan leikkauksen kiireellisyys määritellään, esim. 0–2 tuntia, 0–6 tuntia, alle 24 tuntia, alle 48 tuntia ja alle 7 vrk. Päivystysleikkauksen siirtoa perustellaan sekä potilaalle että omaisille. Suuri päivystysleikkausten määrä voi siirtää kiireettömien leikkauksien ajankohtaa.

Suunniteltuun leikkaukseen tulevien potilaiden kohdalta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioi kunkin erikoisalan erikoislääkäri. Hoidon tarpeen arviointi on tehty lääketieteellisten syiden perusteella kirurgian poliklinikalla. Leikkausajankohta voi vaihdella yhdestä viikosta kolmeen kuukauteen. Leikkausten peruuntumisia (potilaasta johtuvat syyt/ organisaatiosta johtuvat syyt) seurataan tilastojen kautta.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Päivystyspotilaat otetaan osastolle hoitoon osaston paikkatilanteen mukaan. Mikäli osasto 4K on ylipaikkatilanteessa, potilas sijoitetaan toiselle osastolle. Päivittäin saadaan tilasto, josta ilmenee, missä osastoilla osaston 4K potilaita on hoidossa. Joskus päivystyspotilas voi joutua odottamaan vapautuvaa paikkaa päivystyksessä. Väestölle tiedotetaan ruuhkatilanteista (Päivystys ja vuodeosastot ovat täynnä) sanomalehti Karjalaisessa sekä alueuutisissa.

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

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Lääketieteellisen hoitosuunnitelman tekee lääkäri yhdessä potilaan ja joskus myös omaisten kanssa. Päivittäisestä hoitosuunnitelman teosta vastaa sairaan-/ lähihoitaja yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma päivitetään jokaisessa työvuorossa. Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan jokaisessa työvuorossa.

Ennen työvuoron alkua, hoitaja perehtyy itsenäisesti potilaan asiakirjoihin. Osastolla toteutetaan hiljaista raporttia, mutta suullista raportointia käytetään hiljaisen raportoinnin tukena. Suullista raportointia käytetään erityisesti uuden työntekijän perehdytyksessä. Moniammatillisia palavereita pidetään monisairaiden ja pitkään vuodeosastohoidossa olevien potilaiden kanssa.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Osastolla 4K kunnioitetaan potilaan *itsemääräämisoikeutta*. Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja halutessaan myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat siis toiminnan lähtökohtana. Mikäli potilas kieltäytyy täysin hoidosta kesken hoitajakson, vaikka hoito on lääketieteellisesti perusteltua, potilas allekirjoittaa lomakkeen: *poistuminen omalla vastuulla*.

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

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

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

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.

Terveysthuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastolla 4K potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä ja tarvittaessa kuullaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista hoidon tarvetta arvioidessa tai hoitoa suunnitellessa. Joissain tilanteissa potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi.

Rajoittaminen mitoitetaan oikein ja valitaan aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino.

Osastolla 4K mahdolliseen uhkaavaan käyttäytymiseen pyritään varautumaan ennalta. Tarvittaessa paikalle pyydetään vahtimestarit, joiden läsnäolo rauhoittaa suurimmassa osassa tilanteita. Vahtimestarit turvaavat henkilöstön turvallisuutta uhkaavassa tilanteessa.

Osastolla 4K on käytössä tarvittaessa käytettäviä rajoittamisvälineitä, esim. lepositeet. Lepositeiden käyttöön on aina oltava hoitavan/ päivystävän lääkärin lupa. Asiakas- ja potilastietoihin kirjataan: peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi. Joskus sekavuudesta kärsivän potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan rauhoittavilla lääkkeillä. Hoitava lääkäri tekee aina päätöksen näistä toimenpiteistä

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

Uhkaavista- sekä väkivaltatilanteista tehdään vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrä että käytettyjä rajoitustoimia.

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

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 äidinkielen sekä sosiaali- ja terveystalvueluita toteutettaessa.

Osastolla 4K hoidossa olevalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon sekä hyvään kohteluun ilman syrjintää. Potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen eikä potilaaseen kohdistuvaa epäasiallista kohtelua hyväksytä. Mikäli epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten kanssa. Tarvittaessa tilanteen selvittelyyn voidaan pyytää mukaan operatiivisen alueen ylempää johtoa ja/tai potilasasiavastaava.

Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymätön potilas tai hänen läheisensä ohjataan ottamaan yhteys osaston 4K lähiesihenkilöön (joko lääketieteellinen tai hoitotyön lähiesihenkilö) tai tekemään asiasta muistutus. Muistutuksen voi tehdä Siun soten www-sivuilla sähköisen asiointipalvelun kautta tai muistutuslomakkeella. Yhteydenoton perusteella tapahtuneesta keskustellaan asianosaisten kanssa ja pyritään kehittämään toimintaa paremmaksi.

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Osastolle 4K tulevat reklamaatiot, joilla tarkoitetaan potilaan tekemiä muistutuksia, kanteluita tai potilasvahinkoilmoituksia. Ilmoitukset palaverissa yhdessä henkilökunnan kanssa. Reklamaatiot käsitellään viiveettä. Siun sotessa on ohje, miten muistutusten, kanteluiden tai potilasvahinkoasioiden käsittely toteutetaan.

Palvelupäällikkö lähettää selvityspyynnön yksikön lähiesihenkilölle, koskien potilaan tekemää muistutusta, kantelua tai potilasvahinkoa. Esihenkilö tekee selvityksen tapahtumasta tutkimalla potilaan asiakirjoihin tehtyjä merkintöjä sekä tarvittaessa haastatteleamalla tapahtumaan liittyviä työntekijöitä.

Potilasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Osaston 4K henkilöstö neuvoo potilasta/omaista

tarvittaessa. Potilas/omaista voidaan ohjata myös ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan, jos hänen apunsa koetaan tarpeelliseksi.

Saadut palautteet huomioidaan toiminnan kehittämisessä. Osaston 4K esihenkilöt vastaavat toiminnan kehittämisestä. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämisessä.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Kati Saurula (kati.saurula@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

Hanna Mäkijärvi (hanna.makijarvi@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

Puhelinnumero: 013 330 8268 ja 013 330 8265 ma–pe klo 9–11.30

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 ilmoitustaululla ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle tai hänen omaiselleen annetaan tarvittaessa yhteystiedot hänen niin halutessaan.

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.

Osastolla 4K on käytössä sähköinen asiakaspalautekanava, jossa potilas tai hänen läheisensä voi antaa palautteen. Potilailla sekä heidän läheisillään on myös mahdollisuus kertoa kokemuksistaan suoraan osaston 4K henkilöstölle hoitajaksonsa aikana. Kokemuksista kertominen sekä palautteen antaminen on mahdollista myös sähköiseen palautekanavan kautta (Siun soten verkkosivut). Potilas tai hänen läheisensä pystyy kohdistamaan sähköisen palautekanavan kautta antamansa palautteen hoitoa tai palvelua antaneeseen yksikköön tai muuhun kuin hoitoon tai palveluun liittyviin asioihin kuten esimerkiksi viestintä, verkkosivut tai asiakasmaksut. Potilaan antama asiakaspalaute ohjautuu yksiköiden nimetyille vastuhenkilöille käsiteltäväksi palautejärjestelmään. Potilaaseen otetaan yhteyttä henkilökohtaisesti, mikäli asiakas näin toivoo ja hän on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen.

Asiakaspalautetta kerätään potilailta suunnitelmallisesti neljä kertaa vuodessa alkaen vuodesta 2024. Potilaalla tai hänen läheisellään on aina mahdollisuus palautteen antoon ja siihen kannustetaan henkilökunnan toimesta. Osastolla 4K lähiesihenkilöt käyvät asiakaspalautteet henkilöstön kanssa läpi heti palautteiden saavuttua ja niiden pohjalta suunnitellaan yhdessä tarvittavia kehittämistoimenpiteitä.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Osaston 4K potilasviestinnässä hyödynnetään Siun soten olemassa olevia viestintäkanavia ja -välineitä. Asiakas-/potilasviestinnässä tehdään tiivistä yhteistyötä Siun soten viestintäpalvelujen kanssa. Asiakasviestintää

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

Osastolla 4K ei ole kokemusasiantuntijatoimintaa käytössä.

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
Ajoittaisesta ylipaikkatilanteesta johtuva osastolle siirtoajan pitkittyminen	Palvelutuotannon kehittäminen (kotihoito, jatkohoito)	
Monikulttuurisuuden luoma haaste potilaan aseman ja osallisuuden huomioimiseen liittyen.	Tulkkauspalvelun tehokas hyödyntäminen Vieraskielisten materiaalien lisääminen.	

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Osastolla 4K työskentelee 21 sairaanhoitajaa ja yksi lähihoitaja sekä hoiva-avustaja. Lisäksi osastolla työskentelee seitsemän kirurgian erikoisalalan lääkäreitä. Osastolla työskentelee laillistettuja terveydenhuollon ammattilaisia, mutta vuosilomien aikaan osastolla voi työskennellä myös ei laillistettuja terveydenhuollon työntekijöitä. Sairaanhoidon opiskelija on aina laillistetun sairaanhoitajan vastuulla. Tehtävänkuvat ovat määritelty esimerkiksi lääkehoidon osalta.

Osastolla työskentelee myös äkillisissä poissaoloissa lyhytaikaisia sijaisia. Lyhytaikaiset sijaiset voivat olla joko Siun soten sisäisiä sijaisia tai ulkopuolisen sopimustuottajan välittämiä sijaisia.

Operatiivisen alueen yksiköiden kanssa tehdään yhteistyötä päivittäin ja yksikön tilanteen salliessa yksittäinen työntekijä voi auttaa toisessa yksikössä (esim. poissaolot, ylipaikkatilanne). Osaston 4K hoitajat tekevät aamu-, ilt- ja yövuoroja. Osastolla 4K on käytössä autonominen työvuorosuunnittelu. Aamuvuoron hoitajavahvuus on kuusi, iltavuorossa on viisi ja yövuorossa kolme hoitajaa.

Työvuoro- ja lomasuunnittelusta vastaavat lähiesihenkilöt. Työvuoro- ja lomasuunnittelussa henkilökunnan toiveet pyritään huomioimaan turvaten yksikön päivittäinen toiminta ja riittävä osaaminen osastolla. Osastolla 4K on tehty suunnitelma poikkeusolojen varalle. Suunnitelmassa on määritelty toiminta, miten se turvataan poikkeusoloissa. Äkillisten poissaolojen tilanteessa (esim. lääkärit, leikkausalihenkilökunta) perutaan suunniteltua leikkaustoimintaa. Osasto 4K toimii 24/7 periaatteella ja valtaosa potilaista tulee osastolle päivystyksellisesti.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointi tapahtuu pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikön kautta. Lisäksi hyödynnetään sisäistä rekrytointia pääasiassa vastualueen sisällä. Yhteistyötä tehdään vastuualueella erityisesti työntekijän työn uudelleenjärjestelyä vaativissa tilanteissa.

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

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

Lääkirikrytoinnista vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri yhdessä erikoisalojen ylilääkäreiden ja rekrytointiyksikön kanssa.

7.3 Perehdytys

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

Osastolla 4K pyritään käyttämään Siun soten organisaatiotasosta perehdytysohjelmaa, jonka tavoitteena on varmistaa suunnitelmallinen ja tasavertainen perehdytys kaikille uusille tai tehtäviä vaihtaville työntekijöille. Perehdytyksessä käytetään pääosin osaston kirjallista perehdytysuunnitelmaa, joka käsittää kattavasti osaston keskeiset toiminnot. Myös yksikköön harjoitteluun tulevien opiskelijoiden perehdytys toteutetaan perehdytysuunnitelmaa mukaillen.

Lääkäreiden perehtymisen suunnittelusta vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri.

Yleisperehdytyksen lisäksi työntekijän kokonaisperehdytykseen sisältyy osastolla tapahtuva työyksikkökohtainen perehdytys, työhön opastus ja jatkuva ammatillisen osaamisen syventäminen ja laajentaminen. Yksikön lähiesihenkilö (t) huolehtivat perehdyttämisestä yksikön yleisiin asioihin. Jokaiselle perehtyjälle nimetään vastuuperehdyttäjä(t) koko perehdytysajalle, jotka huolehtivat perehdytyksen etenemisestä perehtyjän yksilölliset tarpeet huomioiden. Myös omavalvontaan ja omavalvontasuunnitelmaan perehtyminen sisältyy perehdytykseen.

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

Perehdyttäjille tarjotaan lisäksi perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen liittyvää koulutusta ja lisäksi suositellaan opiskelijaohjauskoulutusten läpikäymistä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Henkilökunnalta edellytetään laaja-alaista kirurgisen potilaan hoitotyön osaamista. Jokaisella hoitajalla on useamman kirurgisen erikoisalan osaaminen. Työntekijöille on tehty lähiesihenkilön toimesta osaamiskartoitus.

Osastolla 4K on laadittu yksikkökohtainen koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelma pohjautuu palvelualuekohtaiseen osaamisen kehittämisen suunnitelmaan.

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

Hoitotyöntekijät antavat palautetta ulkopuolisista koulutuksista osastopalavereiden yhteydessä. Osastolla 4K pidetään aamutaulua arkisin, mutta käsiteltävät asiat voivat liittyä potilaan hoitoon tai tiedotettaviin asioihin.

Henkilöstö on suorittanut asiakas- ja potilasturvallisuus koulutukset suositusten mukaisesti. Laittepätevyysiin liittyvät koulutukset ja rekisteröinnit ovat käynnissä. Osastolla hyödynnetään myös organisaation tarjoamia koulutuksia mm. infektioihin että lääkehoitoon, kirjaamiseen, ergonomiaan ym. liittyen. Osaston työntekijöillä on vastualueet, joista he huolehtivat.

Osastolla 4K yksilökehityskeskustelut toteutetaan vuosittain. Lisäksi pidetään ryhmäkehityskeskusteluja. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Myös ryhmäkehityskeskusteluja hyödynnetään osaamisen ja toiminnan kehittämisen välineenä.

Täydenkoulutusten toteutumista seurataan esihenkilön toimesta organisaation järjestelmän- sekä oman kirjanpidon avulla.

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 tapoihin ja niiden kehittämiseen.

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

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

Osaston 4K esihenkilöt osallistuvat säännöllisesti koulutuksiin. Siun sote ylläpitää johtamisosaamista järjestämällä esihenkilövalmennusta johtamistyötä tekeville. Esihenkilöinä toimiville tarjotaan säännöllistä johtamiskoulutusta myös turvallisuudesta ja työhyvinvoinnista, mukaan lukien turvallisuuskulttuurin edistämisen. Esihenkilön työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Osastolla 4K toimii apulaisosastonhoitaja osastohoitajan työparina. Hän tekee 50 % hallinnollista työtä. Osastolla on nimetty

osaston ylilääkäri, joka toimii lähiesihenkilöiden työparina. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palaverissa.

Lähiesihenkilöiden johtamisosaamista arvioidaan jatkuvasti arkikeskusteluissa sekä vuosittain toteutuviissa kehityskeskusteluissa. Myös työntekijät antavat säännöllisesti palautetta johtamistyöstä ja lisäksi palautetta voi antaa vuosittain MSK-kyselyn kautta.

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.

Osastolla 4K tehdään kolmivuorotyötä. Henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tuetaan organisaation työkykyjohtamisen toimintamalleilla. Näiden avulla voidaan työntekijän työssä suoriutumista ja tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa työkykyä vaarantavat tekijät ja ennaltaehkäistä niitä. Osastolla on käytössä myös ns. SISU-malli, jolla työntekijän töihin paluuta tuetaan lyhyen sairauspoissaolon jälkeen tai tarjotaan mahdollisuutta kevyempään työtehtävään sairausloman asemesta. Työnantaja tukee osaston henkilöstöä TYHY-toiminnalla, jonka suunnitteluun henkilökunta otetaan vahvasti mukaan. Osastolla on koettu, että myös autonominen työvuorosuunnittelu auttaa jaksamaan työssä. Autonomisessa työvuorosuunnittelussa työntekijä suunnittelee pääosin itse työvuoronsa ja esihenkilöt kokoavat työvuorosuunnittelun ja näin varmistavat työvuorokohtaisesti esimerkiksi osaamisen toteutumisen.

Työssäjaksamista tukevista toimintatavoista huolehtimisen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Jokainen työntekijä vastaa omalta osaltaan työhyvinvoinnista. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä esimerkiksi osastopalaverissa ja yksikön kehittämispäivissä. Myös esihenkilö on työntekijöiden käytettävissä ja tukena työhyvinvointiin liittyvistä asioista keskusteluun ja yhteisten ratkaisujen löytämiseen työntekijän työssäjaksamiseen. Osa-aikatyötä pyritään mahdollistamaan työssä jaksamisen tueksi. Työnohjausta pystytään myös hyödyntämään tarvittaessa osana työssä jaksamista.

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

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

Työterveyshuollolla on merkittävä rooli esihenkilön lisäksi, kun kyse on työntekijöiden jaksamisesta. Mikäli työntekijällä ilmenee oireita työssä jaksamisessa, käytetään varhaisen puuttumisen mallia (eHavahu) ja työntekijä ohjataan työterveyshuoltoon.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan tiiviisti lähiesimiesten toimesta sekä vuosittain organisaation valitsemassa Mitä siulle kuuluu? -kyselyssä sekä kehityskeskusteluissa.

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

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Osastolla 4K hoidetaan muistisairaita, päihdekäyttäjiä sekä potilaita, joilla saattaa esiintyä alkoholin vieroitusoireista johtuvaa sekavuutta. Mikäli tiedetään potilaan päihdetausta, asiasta ilmoitetaan vahtimestareille, joiden tehtävä on turvata hoitohenkilöstön turvallisuus. Täytetään päihdepotilaan hoitositoumuslomake, jolla pystytään rajaamaan vierailijoita kahteen vierailijaan. Koko henkilöstöä, mukaan lukien lääkärit, laitoshuoltajat sekä fysioterapeuttia tiedotetaan päihdekäyttäjistä. Haastavaan tilanteeseen varaudutaan käyttämällä henkilökohtaisia hälyttimiä.

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

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.

Positiivinen potilaspalaute tai muu positiivinen palaute annetaan reaaliajassa henkilöstölle ja käsitellään myös säännöllisesti osastopalaverissa. Positiivista palautetta voidaan saada esimerkiksi suoraan potilailta tai sitten Laatuporttijärjestelmän kautta.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten keinojen suunnittelu	

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.

Osastolla 4K on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon hoitotekstit kirjataan. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset.

Hoitotyönkirjaukset pyritään tekemään reaaliaikaisesti. Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan.

Kotiutuneen potilaan tai hänen omaisensa soittaessa joudutaan käymään potilaan asiakirjoissa uudestaan. Silloin tehdään merkintä potilaan asiakirjaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Toisesta sairaalasta jatkohoitoon siirtyvän potilaan asiakirjat tulevat paperisina. Asiakirjoja säilytetään asianmukaisesti. Potilaan kotiututtua asiakirjat arkistoidaan.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi työntekijää perehdytettäessä sekä esihenkilön että perehdyttäjän toimesta. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen

liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Yksikön Mediatri- pääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita.

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

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

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

Osastolla 4K tehtiin hoitotyön kirjaamisen auditointi elokuussa 2023 ja siitä saatuja tuloksia hyödynnetään. Kirjaamisen taso oli hyvä. Osastolla on koulutettu potilastietojärjestelmän pääkäyttäjää, joka tuo tietoa tietojärjestelmän käyttöön liittyvistä asioista.

8.2 Tietosuojaja tietoturva

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

Osastolla 4K noudatetaan organisaation laatimia tietosuojaja- ja tietoturva ohjeistusta. Yksikön esihenkilö ja nimetty perehdyttäjä käyvät läpi tietoturvaan ja tietosujoaan liittyvät ohjeistukset ja käytänteet jo perehdytysvaiheessa. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen.

Opiskelijoiden tietosujoaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja sekä tietosujoaohjeistusta. Tietosujoaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi säännöllisesti osastopalaverissa.

Osaston henkilökunta osallistuu säännöllisesti (5 vuoden välein) tietoturva- ja tietosuojaja koulutuksiin. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Koulutus suoritetaan Oppiportissa. Ensimmäisen

suorituskerran yhteydessä allekirjoitetaan salassapito- ja tietoturvalomake. Lomakkeesta jää yksi kappale työntekijälle ja kopio toimitetaan Kirjaamoon.

Havaituista tietoturva- tai tietosuojapuutteista tai väärinkäytöksistä henkilöstö ilmoittaa esihenkilölle, joka ottaa yhteyttä tietosuojavastaavaan ja tekee tietoturva- loukkausilmoituksen organisaation ohjeen mukaisesti. Jos tietoturvaloukkaus koskee potilasta, häntä tiedotetaan asiasta.

Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://www.siunsote.fi/henkilotietojen-kasittely)

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot: tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hoitotyön kirjaamisessa on havaittu rakenteellisia haasteita	Kirjaamisen auditoinnin perusteella kohdenneet koulutukset	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, (asiakastietolaki))(linkki) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Osasto 4K sijaitsee keskussairaalan K-siiven neljännessä kerroksessa. Osastolle pääsee joko portaita tai hissiä käyttäen.

Tilat on suunniteltu 24/7 toimivaa osastotoimintaan. Osastolla on yhdeksän kahden hengen huonetta, viisi yhden hengen huonetta sekä yksi kolmen hengen huone. Yhtä potilashuonetta lukuun ottamatta kaikissa

huoneissa on oma WC- ja suihkutila. Yhden hengen potilashuoneet on tarkoitettu eristys- tai saattohoitopotilaalle. Yhden hengen potilashuoneeseen voidaan sijoittaa myös levottomasti käyttäytyvä potilas. Esteettömyys on huomioitu osaston tilojen suunnittelussa. Tilojen valaistus on riittävä.

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

Henkilöstö tutustuu yksikkönsä turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), ja toimii sen mukaisesti ja osallistuu myös osaston 4K turvallisuuskävelyihin.

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

Kameravalvonta on ainoastaan lääkehuoneessa ja se on ilmoitettu kuvakkeella: "alueella on tallentava kameravalvonta. Kameravalvonnasta vastaa turvallisuustoimijat ja osastolla 4K noudatetaan heidän ohjeistuksiansa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä [Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta \(siunsote.fi\)](#) (linkki).

Osaston tiloissa on automaattiset paloilmalaimimet sekä sammutusjärjestelmä. Hätätilanteita varten yksikössä on hätäilmoitusjärjestelmä. Valvonnallisia ratkaisuja toteutetaan yhteistyönä eri turvallisuustoimijoiden kanssa. Hälytyskutsulaitteet testataan yksikössä kahden viikon välein, parillisten viikkojen maanantaina.

Potilaat saavat yhteyden henkilökuntaan käytössä olevan potilaskutsujärjestelmän avulla. Potilaspaikkakohtainen kutsulaite testataan aina uuden potilaan saapuessa.

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

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
-------------------	---------------	----------------------

Potilashuone 1, paikka 5 ei ole WC- ja suihkutilaa	Huone on soveltuva erityisesti vuodepotilaalle, mikä huomioidaan potilassijoittelussa	

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Osastolla 4K etä- ja digipalvelujen käyttö on vähäistä. Sihteeri laittaa potilaalle tutkimus-, vastaanotto- tai leikkausajan (jos leikkauspäätös on tehty osastolla) tekstiviestillä. Ajan saaminen varmistetaan potilaalta vielä puhelimitse.

Etä- ja digipalvelut kehittyvät vuonna 2024. Etä- ja digipalveluosaamista edistetään kannustamalla osallistumaan ajankohtaisiin koulutuksiin.

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 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Osastolla 4K on käytössä potilaiden hoitotoimenpiteisiin tarvittavia hoitovälineitä ja laitteita. Häätötilanteisiin tarvittavat välineet ja lääkkeet on koottu siirrettävään vaunuun, joka on helppo siirtää sinne, missä tarve on. Vaunun sijainti on koko henkilökunnan tiedossa.

Osastolla on paljon erilaisia lääkinällisiä laitteita, esimerkiksi verenkierron seurantalaitteita (monitori, verenpainemittari, happisaturaatiomittari). Hengityksen seurantaan ja tukemiseen on käytössä esimerkiksi happisaturaatiomittarit ja lääkinällistä happea voidaan antaa potilaalle tarvittaessa kaikissa potilashuoneissa sekä myös kuljetusten yhteydessä. RESIDUAALI-mittarilla voidaan tutkia rakkoon jäänyttä jäännösvirtsaa. Haavahoidossa käytetään alipainelaitetta. Joskus potilas kotiutuu haavahoidossa tarvittavan alipainelaitteen kanssa. Laitteen käyttö käydään suullisesti läpi potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Potilas saa myös kirjalliset ohjeet sekä yhteystiedot, mihin ottaa yhteyttä haasteiden ilmetessä. Kotiin annettavat laitteet kirjataan potilastietojärjestelmään.

Kuuhkopotilailla on käytössä Thopaz- imu. Verenlämmittimen kautta voidaan antaa hätätilanteessa potilaalle sopivan lämpöinen veri. Silmänpainemittarilla mitataan silmänpainetta.

Kaikki osaston laitteet on luetteloitu Laatuportin laitehallinta pätevyiden ohjelmaan. Ohjelmaan on luetteloitu kaikki osastolla käytössä olevat laitteet. Ns. kriittiset laitteet, joiden koulutus ja pätevyys on kaikkien suoritettava, on tunnistettu ja sovittu yhdessä. Uusi työntekijä suorittaa pätevyiden kaikkien laitteiden osalta. Esihenkilöt laittavat pyynnön työntekijälle sähköpostiin laitteen pätevyiden suorittamisesta. Pätevyiden suorittamiseen on annettu kolme kuukautta aikaa. Digitaalisen laitepassin suorittaminen käynnistyy vuoden 2024 alussa. Osastolla 4K laiterekisterin ylläpitoa ja laitepassin suorittamisista on aloitettu jo syksyn 2023 aikana.

Laiterekisterin ylläpidosta vastaa lähiesihenkilö. Lääkintälaittehuolto tekee laitteille käyttöönotto tarkastukset ja myös kirjaa ne lääkintälaiteluetteloon. Lääkintälaittehuolto huolehtii laitteiden määräaikaista tarkastuksista. Tehtävään koulutettu hoiva-avustaja huolehtii säännöllisistä toimintakunnon tarkastuksista kuten verensokerimittareiden kalibroinneista.

Osastolle hankitaan vain terveydenhuoltoon tarkoitettuja CE-merkittyjä lääkintälaitteita. Hankinnat toteutetaan yhdessä lääkintälaittehuollon kanssa. Jokainen työntekijä on vastuussa tekemään korjauspyynnön ja toimittamaan viollisen laitteen huoltoon. Jokainen työntekijä osaa huolehtia laitteen asianmukaisesta puhdistuksesta käytön jälkeen.

Jokaisen työntekijän osaaminen varmistetaan suoritettavien laitepassien avulla sekä käytännön harjoituksilla. Osaston kaikki työntekijät, erityisesti uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään lääkintälaitteiden ja muiden osastolla olevien laitteiden käyttöön erilaisten käytännön harjoitusten avulla. Osaamista varmistetaan myös organisaatiossa järjestettävien taitopajojen avulla. Lääkkeellisen hapen ja ilman sekä virtausmittareiden käytöstä suunnitellaan verkkokurssia sekä käytännönkoulutusta vuonna 2024. Osastolla on nimetyt vastuuhoidajat ko. tehtäviin.

Kun osastolle hankitaan uusi laite, koulutus järjestetään toimittajan kautta. Koska kaikki työntekijät eivät pysty osallistumaan toimittajan laitekoulutukseen, laiteopastus tapahtuu hoitajalta hoitajalle. Laitteiden käyttöohjeet löytyvät Laatuportin laitehallinnan pätevyiden ohjelmasta.

Osastolla 4K on useita potilaan siirtämiseen ja liikkumiseen tarkoitettuja apuvälineitä, kuten potilasnostimet (myös kattonostin), liukulevyt, siirtolakanat. Liikkumisen apuvälineitä ovat mm. rollaattorit, kävelypöydät ja pyörötuolit. Osastolla on apuvälinevastaavat. Apuvälinevastaavat käyvät yhdessä fysioterapeutin kanssa läpi osaston apuvälineitä. Apuvälineet toimitetaan huoltoon aina vian ilmetessä. Jokainen työntekijä on vastuussa tekemään korjauspyynnön.

Osastolla 4K työntekijä tekee laitteisiin liittyvät vaara- ja poikkeamailmoitukset Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pikaisesti ja ilmoittaa esihenkilölle.

Lääkintälaittehuolto vastaa laitteiden toimivuudesta ja huollosta. Jokaisen työntekijän vastuulla on tehdä ilmoitus viallisesta laitteesta. Mikäli laite on turvallisuusriski käytölle, laitteen käyttö lopetetaan välittömästi ja siitä tiedotetaan esihenkilöitä. Esihenkilö käsittelee ilmoitukset ja huolehtii vaaratilanneilmoitukset tarvittaessa myös laitteen valmistajalle ja Fimealle.

Myös potilaita ohjattu lopettamaan laitteen käyttö välittömästi kotioissa ja olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön. Potilas on saanut yhteistiedot ja laitteen käyttöohjeet mukaansa.

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

Tilanteista keskustellaan moniammatillisesti ja kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan myös yhteistyössä.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Lääkehoitosuunnitelman laatii lääkehoitovastaava yhteistyössä lähiesihenkilöiden kanssa.

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Esihenkilön on varmistettava, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Esihenkilön on mahdollistettava työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Osastolla 4K toteutetaan vaativaa lääkehoitoa. Potilaat ovat monisairaita. Lääkitystä voidaan antaa esimerkiksi suun kautta, suonensisäisesti, lihakseen tai ihonalaiskudokseen. Kipulääkkeitä annetaan erilaisten laitteiden/ annostelijoiden avulla.

Sairaala-apteekin edustaja tekee tarkistuskäynnin joka toinen vuosi tutustuakseen osaston lääkehoidon turvalliseen toteutukseen. Tarkistukseen osallistuvat apteekin edustajan lisäksi osaston esihenkilö, osastofarmaseutti tai lääkevastaava. Käynnin tavoite on tarvittaessa puuttua havaittuihin epäkohtiin ja aloittaa tarvittavat toimenpiteet. Korjaavia toimenpiteitä ovat olleet esimerkiksi lääkkeiden säilytykseen liittyvät toimintatapojen muutokset. Joka toinen vuosi osastofarmaseutti tekee lääkehuoneen tarkistuksen yhdessä lääkevastaavan ja esihenkilöiden kanssa.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona yksikköön Lääkehoitosuunnitelma- kansioon, joka löytyy lääkehuoneesta. Lääkehoitosuunnitelma tallennetaan osaston 4K Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin.

Lääkehoitoa toteuttaa yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut laillistettu hoitaja. Hoitaja voi olla joko lähi- tai sairaanhoitaja. Potilaan kotilääkityksen tarkistaa vastaanottava hoitaja. Leikkauspotilaan kotilääkitys on tarkistettu LEIKO-Yksikössä. Osastofarmaseutti tarkistaa myös potilaiden kotilääkityksiä, esimerkiksi päivystyspotilaan lääkityksen, joka on tullut osastolle ilta- tai yöaikaan. Ellei vuorossa ollut sairaanhoitaja ole sitä tehnyt. Lääketilauksen teosta vastaa sairaanhoitaja, lääkkeiden jako kuuluu myös kaikille laillistetuille hoitajille. Lääkkeet jaetaan vuorokausidosettiin kerran päivässä sairaanhoitajan tai lähihoitajan toimesta. Osastofarmaseutti toteuttaa lääkehoidon ohjausta sekä potilaille että tarvittaessa myös hoitajille.

Lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen kuuluu osana perehdytykseen. Esihenkilö käy läpi perehtyvän kanssa lääkehoitosuunnitelman sisällön yleisesti ja huolehtii, että perehtyvän on mahdollisuus rauhassa tutustua

siihen. Nimetty vastuuperehdyttäjä käy läpi lääkehoitosuunnitelman sisällön käytännössä ja ohjaa turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijat perehtyvät lääkehoitoon yksikköön laaditun lääkehoitosuunnitelman avulla ja toteuttavat lääkehoitoa nimetyn ohjaajan valvonnassa.

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

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

Vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja pyrkii selvittämään, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä pyritään selvittämään moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Henkilöstöä tiedotetaan vaaratapahtumasta sekä mahdollisista toiminnan muutoksista osastokokouksessa. Lääkehoitoon liittyvien kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla eli tuleeko muutoksen jälkeen samasta aiheesta uusia ilmoituksia.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä (50%) yhteinen osaston 2G kanssa

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Jukka Kuokkanen, yl

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Päivi Sinkkonen, oh

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaiden lääkkeenjakoilmat eivät ole ajan tasalla tai potilas ei tiedä	Kotilääkityksen tarkistaminen (potilas, omainen, hoitopaikka)	

tai kerro kaikista käyttämistä lääkkeistään.		
Hoitava lääkäri tekee lääkemuutoksia ilmoittamatta hoitajalle	Sovittujen toimintatapojen noudattaminen Ilmoitus Laatuporttiin	
Leikkauksen jälkeen aloitettavissa verenkiertolääkkeiden jatkumisessa on epäselvyyttä	Leikkaavan lääkärin on ohjeistettava selkeästi lääkityksen jatko leikkauksen jälkeen. Lääkkeen lisääminen lääkityslistalle	

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 tartuntatauti- ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobin esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

<p>Osaston toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus. Huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen on keskeistä hoitoon liittyvien infektioiden hallinnassa. Osastolla 4K hoidetaan paljon tulehdus- ja eristyspotilaita, jolloin käsihuuhteen käyttö korostuu. Käsihuuhteet on sijoitettu osastolla 4K jokaisen potilashuoneen, toimistojen ovien läheisyyteen käytävän puolelle. Jokaisessa potilashuoneessa ja WC-tiloissa on käsihuuhteita. Osastolla on kaksi käsihuuhdeautomaattia. Myös potilasvuoteissa on teline käsihuuhteille. Lääkärin kiertokärrylle sijoitettu käsihuuhdepullo mahdollistaa huuhteen käytön potilaiden välillä.</p> <p>Infektioidentorjunta yksikkö on antanut suosituksen käsihuuhdemäärän käytöstä per hoitopäivä. Tilastoja seurataan ja käydään läpi osastotunneilla kuukausittain. Osastolla on kolme hygieniavastaavaa.</p> <p>Hygieniavastaavalle pyritään mahdollistamaan U-aikaa, jolloin hän seuraa käsihuuhteen käyttöä ja paljonko aikaa kuluu käsien desinfiointiin (KyhKä). Seurantatavoite on x1 kk:ssa.</p> <p>Osaston henkilökunnan peruserokotesuoja tulee olla kunnossa, joka varmistetaan suullisesti työhönottotilanteissa. Epäselvissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuus yksikön henkilöstön keskuudessa on kiitettävällä tasolla.</p> <p>Tartuntavaarallisten potilaiden kohdalla hoitotilanteissa noudatetaan eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Tarvittavat suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla. Tartuntavaaralliset potilaat hoidetaan aina yhden hengen potilashuoneessa. Aseptista työjärjestystä noudatetaan hoitotoimenpiteissä.</p>

Osastolla hoidetaan paljon haavainfektiopotilaita. Leikkauspotilaat saavat sekä suullisen että kirjallisen ohjeen leikkaushaavan hoidosta ja yhteydenottoaikasta ongelmatilanteiden varalle. Ensisijainen yhteydenottoaika on osasto 4K. Potilas saa myös infektioiden seurantalomakkeen.

Hoitoon liittyvät infektiot kirjataan asiakas – ja potilastietojärjestelmään ja antibiootin aloituksen yhteydessä tehdään kirjaus sairaalan antibiootti ja infektioiden seuranta -rekisteriin.

Infektioiden seurantaan ja niiden torjuntaan liittyviä asioita ja ohjeistuksia käydään läpi säännöllisesti osastokokouksissa. Hygieniavastaavat osallistuvat säännöllisesti hygieniavastuuhoitajien palavereihin kuukausittain. Henkilöstöä kannustetaan myös hakeutumaan asiaan liittyviin lisäkoulutuksiin. Esihenkilö seuraa koulutusten toteutumista.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy. Osaston ja Polkan välinen palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa.

Jokaisessa potilashuoneessa on jäteastiat pistävää ja viiltävää jätettä varten. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti.

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

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Sai-järjestelmän käyttö puutteellista	Perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen	Infektioidentorjuntalaki

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.

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

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Sisällöntuottajien määrä liian vähäinen	Koulutus ja sen saatavuus	

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Keskeisiä yhteistyökumppaneita osastolla asiakas -ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat, kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Osastolla on

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Osastolle 4K on laadittu normaaliolojen häiriötilanteisiin suunnitelmat (esimerkiksi toiminta sähkökatkon varalle). Häiriötilanteita varten harjoitellaan säännöllisesti ja toimintamalleja päivitetään harjoituksissa saatujen kokemuksiin perustuen.

Osastolla on poikkeusolojen häiriötilanteisiin toimintasuunnitelma, jolla kriittiset toiminnot varmistetaan.

Osastolla on oma rooli suuronnettomuustilanteessa. Yksikköön on laadittu suuronnettomuus suunnitelma. Osasto osallistuu suuronnettomuus tms. häiriötilanneharjoituksiin, aina kun organisaatiossa niitä järjestetään.

Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään valmissuunnitelmiin.

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 Terveysthuojelu

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilaat tulevat osastolle 4K pääosin päivystyksestä, eri erikoisalojen poliklinikoilta, toisista yksiköistä tai LEIKO-yksikön kautta. Osastolle tuleessa, tarkistetaan, onko potilaalla tunnistusranneke. Ellei tunnistusrannekettä ole, potilaalle laitetaan se. Ilisia papereita, kelakorttia, mistä henkilöllisyyden voi varmistaa. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan aina, esimerkiksi lääkkeen- tai verensiirtotilanteissa. Potilaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistamattomat, sekavat potilaat irrottavat tunnistusrannekkeen		

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Potilaan vointia ja peruselintoimintoja seurataan osastolla 4K säännöllisesti koko vuorokauden ajan. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat kaikkien hoitajien tiedossa. Hoitajilla on taskukortit: MET-hälytyksen kriteerit ja toiminta elvytystilanteessa. Jokaiseen puhelimeen on tallennettu MET- ja ELVYTYS-ryhmän puhelinnumero. MET-hälytys tehdään, mikäli jokin osa-alue potilaan elintoiminnoista ei ole normaali. MET-hälytyksellä pyritään välttämään elvytystilanteeseen päätymistä. MET- ja ELVYTYS-ryhmän toiminta on teho-osaston toimintaa.

Osaston henkilökunta suorittaa vuosittain Hätätilan tunnistaminen ja Elvytys -koulutuskokonaisuuden (taso3), joka sisältää verkkokurssin ja simulaatioharjoittelun.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Osasto 4K tekee yhteistyötä organisaation sisällä eri yksiköiden kanssa kuten eri erikoisalojen vuodeosastot, anestesia- ja leikkausyksikkö, yhteispäivystys, TEHO- sekä tehostetun valvonnan yksikkö sekä perusterveydenhuollon eri yksiköt. Osaston henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä myös ikäihmisten palvelujen kanssa esimerkiksi kotihoito. Osastolta voidaan siirtää potilaita jatkohoitoon muille erikoissairaanhoidon vuodeosastoille, TEHOLLE tai tehostetun valvonnan yksikköön sekä terveyskeskussairaaloihin. Potilaita voidaan siirtää myös yliopistolliseen sairaalaan jatkohoitoon.

Suullinen tiedonsiirto toteutetaan ISBAR-menetelmällä. ISBAR- menetelmää käytetään kaikissa potilassiirroissa. Erikoissairaanhoidon sisällä asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot välittyvät reaaliaikaisesti yksiköstä toiseen. Perusterveydenhuollon puolelle tieto siirtyy viiveellä, joka aiheuttaa haasteita. Tiedon siirtymisen varmistamiseksi osastolta annetaan potilaan mukaan tuloste asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjatuista tiedoista. Jatkohoitopaikkaan ollaan aina yhteydessä myös puhelimitse. Samaa toimintamallia käytetään myös ikäihmisten palvelualueen toimijoiden kanssa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Yhteydenotto haasteellista	Ajan tasalla olevat yhteystiedot Virkalinja	

10.4 Kivunhoito

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

Osastolla 4K korostuu kivunhoito. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti leikkauspotilaita tai potilaita, joilla on haasteita kivun hallinnassa. Kipulääkettä voidaan antaa suun kautta, lihakseen, suonensisäisesti sekä erilaisten laitteiden avulla. Useimmilla potilailla on säännöllinen kipulääkitys ja lisäksi hoitava lääkäri on määrännyt tarvittaessa annettavan kipulääkkeen. Lisäksi potilaalla voi olla eri antoreittiä meneviä kipulääkkeitä, esimerkiksi epiduraalitalaan tai paikallisesti annettava johtopuudutus. Kipulääkettä voidaan antaa myös suoraan haava-alueelle (Painbuster). Osastolla tehdään toimenpiteitä (lääkärin tekemä haavan puhdistus)) ja isoja haavahoitoja ja potilaan kipulääkitys huomioidaan ennakoivasti ennen hoitoa. Paikallisuudutteita käytetään laajoilla haava-alueilla.

Kivun voimakkuutta arvioidaan sanallisilla kysymyksillä joka työvuorossa ja aina potilaan pyytäessä kipulääkettä. Kivunhoidon arviointi, toteuttaminen ja jatkohoitosuunnitelma kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Kipumittarina käytetään asteikkoa 1–10 tai hymynaama-mittareita

Kivunhoitoon liittyvä osaaminen varmistetaan säännöllisillä verkkokoulutuksilla. Esihenkilö seuraa niiden toteuttamista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kipumittarin käyttö riittämätöntä	Koulutus	
Kivunhoidon menetelmien hallinta (uudet työntekijät)	Laitekoulutus, tentit ja näytöt	

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Osastolla ehkäistään potilaan kaatumista monin eri keinoin. Muistamattomalle tai huonosti liikkuvalla potilaalle laitetaan laidat potilassänkyyn. Potilasta avustetaan asennonvaihoissa ja liikkumisessa. Kaatumista ehkäisee

myös sekä siirtymisessä käytettävät nostovälineet että liikkumisessa käytettävät apuvälineet, kuten rollaattori, kävelyteline, kyynärsauvat ja hoitajan tuki.

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

FRAT-kaatumisen riskinarviointimittarin käyttö on vähäistä.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistamattomat potilaat ja liikkeelle lähtö/ laidan yli kiipeämiset	Riittävä kivunhoito ja sekavuustilan tunnistaminen sekä tarvittaessa hoitavan lääkärin luvalla lepoliivihoito	
FRAT-mittarin käyttö vähäistä	Koulutus	

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Potilaan ravitsemusta seurataan säännöllisesti, esimerkiksi kirjaamalla ylös potilaan syömiset ja juomiset. Haava- ja vajaaravitsemuspotilaille tarjotaan täydennysravinnejuomia perusravitsemuksen lisäksi. Etenkin haavapotilailla vajaaravitsemusta seurataan myös verikokein säännöllisesti. Osastolla 4K ei ole laadittu ravitsemushoidon laatuksiteereitä. Ravitsemuksen seurantamittarin NRS2002 käyttö on vähäistä. Potilaan ravitsemusta seurataan joka vuorossa ja kirjataan potilaan sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Ravitsemusvastaavat osallistuvat ravitsemuskoulutuksiin ja tuovat tiedon koulutuksen annista muille työntekijöille.

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

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
NRS2002- mittarin käyttö vähäistä	Koulutus	

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Osastolla 4K on tunnistettu ja kirjattukä potilasryhmät ovat painehaavariskissä. Esimerkiksi vuodepotilaat, kuumeilevat, halvaantuneet, verenkierto-ongelmista kärsivät potilaat tai potilaat, joiden vointi huononee osastohoidon aikana. Tavoitteena on arvioida potilaan painehaavariskiä 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta osastolle. Tavoitetta ei aina saavuteta. Osastolla käytetään Braden- riskinarviointimittaria. Kirjaukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti sähköiseen asiakas- ja potilasjärjestelmään riskin arviointilomakkeelle sekä hoitotyönmerkinnät - että HOI-ESH- lomakkeelle.

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

Osastolla 4K panostetaan painehaavan ennaltaehkäisyyn. Jokaisessa potilasvuoteessa makuualustana on vähintään keskirisikuluokan patja. Korkean riskin potilaalle laitetaan aina moottoroitu makuualusta. Ennaltaehkäiseviä tuotteita käytetään säännöllisesti, esimerkiksi vaahtosidokset ristiluun alueella sekä kantapäiden suojana. Osastolla on valmiina korkean riskin potilaalle tarkoitettu moottoroitu patja, joka

mahdollistaa käytön tarpeen ilmetessä. Lisäksi potilaan siirtotilanteissa käytetään siirtämiseen tarkoitettuja apuvälineitä, jotka vähentävät kitkan syntymistä siirtotilanteessa.

Henkilöstön osaamista varmistetaan säännöllisillä haavakoulutuksilla. Organisaatiossa järjestetään vuosittain painehaavan ennaltaehkäisyn koulutusta. Kaksi osaston työntekijää toimii painehaavan ehkäisyn työryhmässä. Osaston työntekijöitä kuuluu myös alueelliseen haavaverkoston, josta saadaan ajantasaista tietoa.

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
Kaikki hoitajat eivät tee riskinarviointia	Koulutus ja motivointi Uuden työntekijän perehdytys	

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Osastolla toimitaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Leikkaukseen menevältä potilaalta otetaan iänmukaiset verikokeet, keuhkokuva ja sydänfilmi. Osastolla tarkistetaan potilaan ravinnotta olo, ihon kunto ja muu leikkauskelpoisuus. Potilaalla on tunnistusranneke. Leikkauslomakkeelta tarkistetaan vielä, että leikattava alue on oikein laitettu. Osastolla ei ole tarkistuslistaa, mutta leikkausosastolla potilaan tiedot käydään läpi erillisen tarkistuslistan mukaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Ohjeita ei noudateta (potilas, esim. juomiset)	Leikkaukelpoisuuden varmistaminen ennen leikkausta	

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

<p>Siun soteen on laadittu vuonna 2024 yhtenäinen toimintamalli äkillisen sekavuustilan ehkäisemiseksi, tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Toimintamallista on julkaistu hoito- ja palveluketju, joka on julkinen ja käytettävissä koko hyvinvointialueella. Lisäksi Mediatriin on rakennettu rakenteinen kirjausalusta äkillisen sekavuustilan seulontatestien (CAM, 4AT) kirjaamiseksi rakenteisessa muodossa. Seulontatestien käyttöaktiivisuutta seuraamalla pyritään tunnistamaan akuutin sekavuustila -palveluketjun käyttö hyvinvointialueella. Koulutusta järjestetään maaliskuusta alkaen ja henkilöstö osallistuu koulutuksiin.</p> <p>Osastolla hoidetaan riskiryhmään kuuluvia potilaita, esim. muistisairaat, alkoholin vieroitusoireista kärsivät potilaat sekä päihdekäyttäjät. Hoitava lääkäri hoitaa potilaan sekavuustilaa. Tarvittaessa potilaan sekavuustilasta konsultoidaan esimerkiksi neurologian tai psykiatrian erikoislääkäreitä. Potilaan vointi kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään hoitotyönmerkinnät lomakkeelle. Osastolla on myös työntekijä, joka on käynyt päihdekoulutusta. Sekavan potilaan hoito- koulutuksiin osallistutaan mahdollisuuksien mukaan.</p> <p>Päihdekäyttäjiltä pyydetään erillinen hoitoon sitoumuslomake, jossa rajoitetaan vierailijoiden määrää.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Seulontamittaria ei ole käytössä	Koulutus	

10.10 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.

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

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

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

10.10.2 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.

Hoitajat ja lääkärit kysyvät potilaalta alkoholin käytöstä, etenkin potilaan kärsiessä akuutista sekavuustilasta. Vuoden 2024 alkupuolella julkaistaan Siun soten hoitopolku akuutin sekavuustilan ehkäisyyn.

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

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

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

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

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

10.10.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

Mikäli potilaalla ilmenee mielenterveydellisiä haasteita, ohjataan hänet ensisijaisesti psykiatrisen sairaanhoitajan palveluihin, hänen niin halutessaan.

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

10.11 Itsemurhien ehkäisy

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Suomen perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta.

Hyvinvointialueet vastaavat omalla toimialallaan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemisestä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Lääkehoidon haasteet	Yhteinen lääkehoitokäytäntö organisaatiossa	
Riskimittareiden käytön lisääminen, myös kipumittari	Koulutus ja motivointi	
SAI-järjestelmän käytön lisääminen	Koulutus ja motivointi	

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään tarvittaessa ja päivitetään vuosittain maaliskuussa.

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan esihenkilöiden toimesta, hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanne- ja haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat, lääkkeet ja rokotteet, verensiirtohaitat). Lisäksi seurataan muistutuksia, kanteluita ja potilasvahingot – raportointitietoa sekä asiakas/potilaspalautetietoa.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-OfwykI2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAlHQIAPgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db91%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&usq=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&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449_(linkki))

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_(linkki))

Terveydensuojelulaki (763/1994):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=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&usq=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))