

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Hengitysvajausyksikkö

Laatija(t)	Jaana Korhonen, Osastonhoitaja Noora Laakkonen, vs. apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Hirvonen Mari, vastuualueen ylihoitaja
Hyväksyjä	Karttunen Mervi, vastuualueen palvelupäällikkö
Pvm.	26.3.2024

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.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	18
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	18
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	19
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	20
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	20
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	22

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	22
6.5.2	Asiakasviestintä	22
7	Henkilöstö	23
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	23
7.2	Rekrytointi	24
7.3	Perehdytys	26
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	27
7.5	Johtamisosaaminen	30
7.6	Työhyvinvointi	30
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	31
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	32
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	34
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	34
8.2	Tietosuojat ja tietoturva	34
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	36
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	36
9.2	Etä- ja digipalvelut	39
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	39
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	41
9.5	Infektioiden torjunta	44
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	44
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	45
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	46
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	47
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	47
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	48
9.7.3	Terveydensuojelu	49
10	Palvelun sisällön omavalvonta	50
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	50
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	51

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	52
10.4	Kivunhoito	53
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	53
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	55
10.7	Painehaavojen ehkäisy	56
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	57
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	57
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	58
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	58
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	59
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	59
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	59
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	60
10.11	Itsemurhien ehkäisy	61
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	62
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	63
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	63
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	63
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	64
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	64
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	65

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	Kuntoutumisen palvelut
Vastuualue	Kuntoutumiskeskus
Palveluyksikkö	Yleislääketieteen ja neurologian keskus Noljakantie 17 aC, 80130 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Pitkäkestoinen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen piirissä olevat hengitysvajauspotilaat. Osastolla on paikat maksimissaan 6 potilaalle
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Jaana Korhonen, osastonhoitaja

	jaana.korhonen@siunsote.fi puh.013 330 9927
Palvelupäällikkö	Mervi Karttunen, mervi.karttunen@siunsote.fi , 0133307173
Palvelujohtaja	Jussi Malinen, jussi.malinen@siunsote.fi , 0133304272

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Vastuualuetta johtaa palvelupäällikkö / ylilääkäri kumppaninaan hoitotyön johtaja / ylihoitaja. Yksiköissä lääketieteellinen johtamisvastuu on ylilääkärillä ja hoitotyön johtamisvastuu on osastonhoitajalla. Yksiköitä johdetaan organisaatiossa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi; turvallisuus, moniammatilliset näkökulmat ja palvelun laatu huomioiden.</p> <p>Yleislääketieteen ja neurologian keskuksen hoitotyön johtamisvastuu on ylihoitajalla ja lääketieteellinen johtamisvastuu on palvelupäälliköllä. Yksikön lääketieteellinen johtamisvastuu on ylilääkärillä ja hoitotyön johtamisvastuu on osastonhoitajalla. Yksiköitä johdetaan organisaatiossa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, turvallisuus, moniammatilliset näkökulmat ja palvelun laatu huomioiden.</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 sopimushallintajärjestelmässä.

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Hoitotyön sijaispalvelut	1 palveluntuottaja
Lääkärien sijaispalvelut	useita palveluntuottajia
Hoitoringin järjestämispalvelu	1 palveluntuottaja

Hengitysvajausyksikön ostopalveluista vastaavat palvelusta riippuen, joko Yleislääketieteen ja neurologian keskuksen esihenkilöt tai ylilääkäri/palvelupäällikkö. He määrittelevät henkilöstön osaamisvaatimukset ja
--

varmistavat ostopalvelujen laadun sekä seuraavat palvelujen toteutumista organisaation sopimusten mukaisesti.

Hoitotyön esihenkilö vastaa sairaanhoitajien perehdytyksestä, osaamisen varmistamisesta ja vaadittavien pätevyysien seurannasta Hengitysvajausyksikössä. Hän myös seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista osastolla.

Henkilöstön vuokrauksessa ja työnohjauspalveluissa noudatetaan sopimusten mukaisia valvonta-, palaute- ja reklamaatiokäytäntöjä sekä organisaation ohjeistuksia ja toimintamalleja. Hengitysvajausyksikön henkilöstöllä on ilmoitusvelvollisuus ostopalvelujen laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä poikkeamista, ja ilmoitukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti.

Potilaat voivat antaa palautetta henkilöstölle suullisesti tai kirjallisesti jatkuvan asiakaskokemuksen mittaamisen tai verkkosivujen palautekanavan kautta. Lisäksi potilaat voivat tehdä tarvittaessa vaaratilanneilmoituksia.

Hengitysvajausyksikön esihenkilöt saavat tukea työhönsä ja osaamiseensa organisaation tarjoamasta osto- ja hankintakoulutuksesta sekä hankinta- ja sopimuspalvelujen asiantuntijoilta. Ostopalveluosaamista vahvistetaan Siun soten sisäisellä koulutuksella ja perehdytyksellä.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Kyllä, hoitoringin järjestämispalvelun osalta.
Muilta, 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).

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen, Siun soten, tehtävänä on tarjota alueensa väestölle yhdenvertaisesti lainsäädännön mukaiset terveydenhuollon palvelut jäsenkuntiansa puolesta. Tavoitteenamme on kannustaa ihmisiä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja terveydestään yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa sekä moniammatillisessa yhteistyössä.

Kuntoutumiskeskuksessa toimiva Hengitysvajausyksikkö tarjoaa erikoissairaanhoidon taseisia hoito- ja kuntoutuspalveluita hengityshalvauspotilaille. Tavoitteenamme on turvata potilaidemme hyvinvointi ja

elämänlaatu tarjoamalla yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa sekä tukemalla heitä ja heidän läheisiään haastavan tilanteen keskellä. Pyrimme jatkuvasti kehittämään toimintaamme vastaamaan hengitysvajauspotilaiden tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla.

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 asiakslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, yhdenvertaisuus ja vastuullisuus.

Hengitysvajausyksikön toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot, jotka ilmenevät seuraavasti toimintaperiaatteissa:

Asiakslähtöisyys: Tuotamme moniammatillisia palveluita hengitysvajauspotilaiden sen hetkisen tarpeen mukaisesti. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka vastaa heidän terveydentilaansa ja kuntoutumistarpeitaan.

Avarakatseisuus: Tunnistamme potilaiden voimavarat ja räätälöimme hoidon ja kuntoutuksen vastaamaan heidän omia voimavarojaan. Yksikössämme arvostetaan erilaisuutta ja pyritään jatkuvaan toiminnan kehittämiseen.

Turvallisuus: Korostamme asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta toimintakäytänteissämme. Henkilökuntamme on koulutettua ja perehdytettyä, ja varmistamme turvallisen lääkehoidon toteutumisen.

Yhdenvertaisuus: Jokainen hengityshalvaukspotilas saa tarvitsemansa hoidon ja palvelut tasa-arvoisesti ja asiakastarpeiden perusteella.

Vastuullisuus: Jokainen työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan ja pyrkii varmistamaan asiakas- ja työturvallisuuden noudattamalla lakeja, asetuksia ja työnantajan ohjeita. Poikkeamia havaitessaan työntekijä ryhtyy välittömästi toimenpiteisiin niiden korjaamiseksi ja kehittää toimintaa yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa.

Nämä arvot ja toimintaperiaatteet ohjaavat Hengityshalvauksikkömme toimintaa ja ovat osa vastuullista ja laadukasta toimintaamme. Omavalvontasuunnitelma ja toiminnan omavalvonta ovat olennainen osa meidän toimintaamme, ja niiden avulla varmistamme toimintamme laadun ja turvallisuuden.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Hengitysvajausyksikön omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa Yleislääketieteen ja neurologisen keskuksen ylilääkäri, Hengitysvajausyksikön osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Hengitysvajausyksikön omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuu osaston henkilöstö aktiivisesti. Suunnitelman laatimisessa on hyödynnetty eri vastuualueiden osaamista, kuten turvallisuus-, lääke- ja hygieniavastaavien asiantuntemusta. Osastonhoitaja ja ylilääkäri ovat vastanneet omavalvontasuunnitelman valmistelusta, joka on käyty läpi moniammatillisissa palavereissa keskustellen ja tarvittaessa suunnitelmaa täydentäen.

Potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta, ja nämä palautteet sekä mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai kantelut otetaan huomioon omavalvontasuunnittelussa. Omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta ja kannustaa heitä antamaan palautetta. Mikäli keskusteluissa esimerkiksi potilasjärjestön kautta nousee esiin omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita, nämä otetaan huomioon suunnitelman päivityksissä.

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 - siunsote.fi](https://www.omavalvonta-siunsote.fi) (linkki).

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena Hengitysvajausyksikössä ilmoitustaululla sekä yksikön Teams kanavalla henkilökunnan nähtävillä.

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.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu Hengitysvajausyksikössä esihenkilöille. Vastuuhenkilöiden eli toiminnasta vastaavien esihenkilöiden 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.

Henkilöstön vastuuseen kuuluu tuntea, havainnoida ja 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 toimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Hengitysvajausyksikön jokaisella työntekijällä on myös vastuu vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaaratilanteiden syntymistä vähentävästi.

Hengitysvajausyksikössä on käytössä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Osastonhoitaja tiedottaa työntekijöitä Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käytännöistä ja ilmoitusvelvollisuudesta sekä riskienhallinnan prosessista. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten teko ja riskien hallinta huomioidaan

perehdytyksessä ja niitä kerrataan yksikköpalavereissa. Hengitysvajausyksikössä veloitetaan työntekijöitä tutustumaan ja noudattamaan turvallisuusohjeita, tutustumaan Työn riskien arviointiin ja riskien hallintakeinoihin. Turvallisuusohjeet ja Työn riskien arviointi ovat luettavissa yksikön turvallisuuskansiossa ja Laatuportissa.

Henkilöstön vastuulla on huolehtia omasta osaamisestaan ja riskien hallinta- ja suojauskeinojen toteuttamisesta omassa työssään. Hengitysvajausyksikön turvallisuusvastaavat huolehtivat turvallisuusohjeiden ajantasaisuudesta ja osaltaan henkilöstön perehdytyksestä ja tiedottamisesta esihenkilöiden ja henkilökunnan keskuudessa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan viipymättä ja ne käsitellään henkilöstön kesken viikkopalavereissa ja sovitaan toimenpiteistä tai mahdollisista kehittämistoimenpiteistä epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan korjaamiseksi. Esihenkilöt vastaavat Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelystä ja toimenpiteiden toteutumisesta.

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.

Hengitysvajausyksikössä, kuten koko vastuualueella, keskeisenä työkaluna potilas- ja työturvallisuuden varmistamisessa toimii Laatuportin ohjelmisto. Tämän järjestelmän avulla ilmoitamme ja käsittelemme vaaratilanteita ja poikkeamia sekä potilasturvallisuuden että työturvallisuuden näkökulmasta.

Ennakoivia riskienarviointimenetelmiä osastollamme ovat muun muassa säännölliset henkilöstön turvallisuuskävelyt ja vastuualueen turvallisuuskierrokset, joihin jokainen henkilöstön jäsen osallistuu vähintään kerran vuodessa. Lisäksi toteutamme vuosittain hätäpotilaan tunnistamisen ja ensiavun koulutuksia.

Riskienarviointi tehdään vuosittain yhteistyössä Työsuojelun ja Työterveyshuollon kanssa ja kattaa työolosuhteet, -ympäristön, henkilöstön ja työvälineet. Muutostilanteissa suoritamme tarvittaessa riskikartoituksia yhteisen moniammatillisen arvioinnin perusteella.

Henkilöstön terveystarkastusmenettely perustuu työterveyshuollon ohjeistukseen, joka määrittelee terveystarkastusten taajuuden kolmivuorotyötä tekeville ja ikäkausittain.

Palo- ja pelastusturvallisuus perustuu lakisääteisiin poistumisturvallisuusselvityksiin ja pelastussuunnitelmiin. Henkilöstö osallistuu vuosittain palo- ja pelastuskoulutuksiin sekä sammutuskoulutuksiin.

Hengitysvajausyksiköllä ja Neurologisella kuntoutusosastolla on yhteinen lääkehoitosuunnitelma, joka päivitetään tarvittaessa vähintään kerran vuodessa, ja sen lukeminen ja ymmärtäminen on veloitettu kaikelle lääkehoitoa toteuttavalle henkilökunnalle.

Toiminnan ydinprosessiin, joka sisältää hengityshalvauspotilaan hoitoprosessin, liittyy riskipaikkojen ja kriittisten työvaiheiden tunnistaminen ja sujuvoittaminen vakioimalla toimintamalleja. Tämän avulla voimme vähentää palvelussa vaihtelua ja turvata laatua asiakkaalle samalla varmistuen henkilöstön osaamisen perehdytyksen ja työhön oppimisen avulla.

Vastuualueella on otettu käyttöön laatuohjelma (SHQS). Kuntoutumiskeskuksen esihenkilöt ja johto ovat osallistuneet yksikön itsearviointiin. Itsearviointi käsitellään ja sitä täydennetään henkilöstön kanssa. Itsearviointi on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuosituksen sekä organisaation strategiset tavoitteet.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Hengitysvajausyksikön henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoitukset tehdään Laatuporttiin. Lomakkeilla voi ilmoittaa monipuolisesti erilaisia turvallisuushavainnoja, vaaratilanteita ja laatu-poikkeamia. Muiden epäkohtien käsittelyssä kirjaus tehdään esimerkiksi kokousmuistioon.

Hengitysvajausyksikön potilaat sekä heidän läheisensä voivat tuoda esille havaitsemansa epäkohdat sekä vaara- ja poikkeamatilanteet. Ilmoituksia voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti henkilökunnalle tai verkkosivujen virallisen ilmoituskanavan kautta. Suullisen ja/tai kirjallisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset dokumentoidaan Laatuportti-järjestelmään.

Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin ja lisäksi tehdään ilmoitus Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle Fimealle. Ilmoituksen voi tehdä Laatuportin kautta. Lisäksi tehdään ilmoitus laitevalmistajalle.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviesti.valvira.fi/>)).

Lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutusilmoitukset tehdään vakavista ja odottamattomista haittavaikutuksista Laatuporttiin ja lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.

Verensiirtoihin liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista tehdään ilmoitus laatuporttiin sekä Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta.

Mediatrin haittatapahtumakirjaus on käytössä yksikössä kaatumisten, putoamisten ja painehaavojen osalta.

Ilmoitus ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään laatuporttiin ja Pelastustoimelle:

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

Viranomaisyhteistyötä hätäkeskuksen kanssa tehdään tarvittaessa.

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.

Hengitysvajausyksikön käytännöt Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelyssä ovat tehokkaita ja nopeita. Ilmoitukset otetaan välittömästi käsittelyyn, yleensä muutaman päivän kuluessa. Jos esi-henkilö on poissa, varahenkilö seuraa ilmoituksia ja käsittelee ne tarvittaessa välittömästi.

Kun ilmoitus on vastaanotettu, riskin suuruus arvioidaan. Mikäli riski on vähintään kohtalainen, suunnitellaan välittömästi kehittämistoimenpiteitä riskin pienentämiseksi. Toimenpiteet kirjataan vaaratilanneilmoituslomakkeelle, ja niihin nimetään vastuuhenkilö ja määräaika. Korjaavat toimenpiteet viedään käytäntöön mahdollisimman nopeasti.

Ilmoitukset käsitellään henkilökunnan kesken, ja tarvittaessa niitä voidaan käsitellä viikoittain. Henkilökunta osallistuu aktiivisesti korjaavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen. Tarvittaessa ilmoitukset käsitellään moniammatillisesti.

Riskin suuruutta arvioidaan uudelleen toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen. Osastonhoitaja käsittelee ilmoitukset valmiiksi 30 vrk kuluessa. Työtaturma- ja ammattitauti-ilmoitukset käsitellään välittömästi, ja niistä tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedon saamisesta.

Tarvittaessa tehdään yhteistyötä sidosryhmien kanssa ja pyydetään lisäselvityksiä osallisilta. Yhteistyökumppaneina voivat olla esimerkiksi Islab näytteenottopalvelut ja sairaalan muut yksiköt ja vuodeosastot. Tarvittaessa neuvotellaan yhteisistä korjaavista toimista tai toimintatapojen muuttamisesta.

Ilmoittajaa informoidaan kehittämistoimenpiteisiin ryhtymisestä Laatuportti-ilmoituksen käsittelyssä yhteenveto-osion kautta. Tarvittaessa vaaratilanneilmoituksen voi siirtää myös toiseen yksikköön tai tiedoksi ylemmälle taholle.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

Riskien hallinnassa tulee selvittää laatu- ja turvallisuuspoikkeamien juurisyyt ja myötävaikuttaneet tekijät. Tämä mahdollistaa tehokkaiden toimenpiteiden laatimisen riskin pienentämiseksi ja vastaavan tapahtuman estämiseksi tulevaisuudessa. Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten seurannan avulla valvotaan ja arvioidaan tehtyjen kehittämistoimenpiteiden toteutumista ja niiden riittävyyttä.

Hengitysvajausyksikön riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat osaston esihenkilöt. He käsittelevät vaaratilanneilmoituksiin liittyvät toimenpiteet pääasiassa viestinnän ja keskustelujen avulla osallisten kanssa sekä tarjoavat tukea asianosaisille. Kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan tilanteisiin, jotka vaativat uusia toimia tai toimintatapojen muutosta. Kehittämistoimenpiteiden vastuuhenkilönä toimii Hengitysvajausyksikön osastonhoitaja.

Kehittämistoimenpiteet ja niiden tavoiteaikataulu määritellään tapauskohtaisesti, ja aikataulu riippuu toimenpiteen laajuudesta. Yksikössä seurataan mahdollisten vaara- ja poikkeamatilanteiden toistumista ja varmistetaan, että ehdotettu toimenpide on riittävä ja tiedossa kaikille asianosaisille. Tavoitteena on riskin pienentäminen.

Kehittämistoimenpiteet voivat sisältää esimerkiksi henkilöstön osaamisen lisäämistä koulutuksen tai perehdytyksen kautta, ohjeistuksen täsmentämistä, toimintatapojen muuttamista tai korjaamista, yksiköiden välistä yhteistyön lisäämistä tai turvavälineiden hankintaa. Vastuuhenkilö varmistaa kehittämistoimenpiteiden seurannan ja toteutumisen yhdessä henkilöstön kanssa ja kirjaa toteutumisen Laatuportti-järjestelmään sekä yksikön kokousmuistioihin.

Potilaan tai hänen läheisensä antamat palautteet käsitellään moniammatillisesti ja nimettömästi, ellei kyseessä ole arkaluontoinen yksilöllinen palaute, joka vaatii yksilöllistä käsittelyä. Potilaspalautetta hyödynnetään toiminnan jatkuvaan kehittämiseen.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Hengitysvajausyksikön esihenkilöt vastaavat henkilökunnan ja tarvittaessa yhteistyötahojen tiedottamisesta. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti laatuportissa ilmoituksen tehneelle taholle tai tiedoksi tapahtumaan osallisille, puhelimitse, sähköpostitse ja suullisesti henkilökunnan palaverissa ja toiminnan ohessa sekä

kirjallisesti esimerkiksi muistioihin ja yksikön ohjeisiin kirjattuna. Kehittämistoimenpiteistä informoidaan palvelujen käyttäjiä henkilökunnan toimesta.

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.

Potilaita informoidaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti tarvittaessa tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta (linkki) Laatuporttiin. Potilaalle tarjotaan tarpeen mukaan tukea, keskusteluapua tai ohjataan muun avun tai tuen piiriin. Hengitysvajausyksikön esihenkilöt ovat yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoitukseen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Potilaalle kerrotaan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaaminen (harvoin tarvittava toimintamalli, uudet työntekijät)	Perehdytys riskienhallinnan prosessiin Osaamisen vahvistaminen, viestintä ja koulutus, toimintamallin ja riskienhallinnan prosessin kertaaminen	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet • Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje • Riskien suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Laiteturvallisuuksilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)

		<ul style="list-style-type: none"> • Yksikön riskien arviointi (tunnistetut riskit ja niiden hallintakeinot Laatuportissa)
Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia jää tekemättä	Viestintä, koulutus, osaamisen vahvistaminen	Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin • Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintatapojen kertaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) • Asiakaspalaute/ vaaratilanneilmoitus: (linkki, sisäinen verkko) • Vaaratilanneilmoitus - siunsote.fi(linkki) • Potilasasiavastaavan yhteystiedot (linkki)

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Lääkäri yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa arvioi potilaan / kuntoutuksen palvelun tarpeen asiakkaan terveyden- ja sairaudentila sekä kuntoutuksen tarpeeseen perustuen. Käsitteksen potilaan hoidon- ja kuntoutuksen tarpeesta lääkäri muodostaa yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa hyödyntäen kliinistä tutkimusta, kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten perusteella, lääketieteellistä näyttöä ja hyvää käytäntöä noudattaen. Lääkäri päättää potilaan hoitoon ottamisesta ja hoitajakson päättämisestä sekä jatkohoidosta. Nämä päätökset laaditaan potilaan terveyden- ja sairaudentilan kokonaisuus huomioiden lähettävän yksikön ja jatkohoidon toteuttavan tahon kanssa, sekä tutkitun lääketieteellisen näytön ja hyvän käytännön ohjaamana.

Pääsääntöisesti potilas tulee hoitoon Hengitysvajausyksikköön erikoissairaanhoidossa todetun hengitysvajauksen vuoksi. Taustalla voi olla äkillinen tai pitkäaikainen hengitysvajasta aiheuttava sairaus. Kun potilaalla on todettu hengityshalvaus, tarvitsee hän ympärivuorokautista hengityskonehoitoa, jota voidaan järjestää joko kuntoutumiskeskuksen Hengitysvajausyksikössä tai resurssien niin salliessa potilaan kotona hoitoringin turvin.

Päätös potilaan hoidosta ja hoitopaikasta tehdään moniammatillisesti yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitotahdon laatiminen on suositeltavaa, jotta potilaalla on mahdollisuus itse vaikuttaa mahdollisimman pitkälle siihen, miten hänen joskus pitkäänkin jatkuva hengityskonehoitonsa järjestetään.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Sairaalapalveluun pääsemiseksi ei ole määritetty määräaikaa, vaan jaksot sairaalassa perustuvat arvioon siitä, missä potilaan hoito- ja kuntoutus olisi asiakaslähtöisesti tarkoituksenmukaisinta toteuttaa. Tavanomaisesti osastojaksolle tullaan hoitoon akuutin vaivan vuoksi, toisinaan myös suunnitellusti kuntoutusjaksolle. Vastuualueen lakisääteisissä palveluissa, esim. muistipoliklinikalla, seurataan hoitoon pääsyn määräajan toteutumista.

Hoitoon pääsyä seurataan ja raportoidaan säännöllisesti kuukausittain vastuualueella käytössä olevin mittarein (esim. osastojaksojen läpimenoajat, hoitajaksojen määrät / kk). Vallitsevassa tilanteessa, jossa varsinkin palveluasumiseen pääseminen on jopa valtakunnallisesti ruuhkautunutta, on sairaalayksiköistä jatkohoitoon eteneminen hidastunut, ja tästä syystä yksiköillä on vaikeuksia pystyä ottamaan uusia potilaita lyhytkestoiseen sairaalahoitoon. Ruuhkautumisen myötä julkista viestintää on lisätty ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on tiivistetty tilanteen korjaamiseksi.

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.

Hengitysvajauspotilaan terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma on olennainen asiakirja, joka ohjaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Suunnitelma laaditaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle hänen tarpeidensa ja tilanteensa perusteella yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa/läheistensä ja moniammatillisen tiimin kanssa.

Ennen potilaan saapumista osastolle otamme huomioon hänen voimavaransa ja tilanteensa, ja suunnittemme hoitoa niiden pohjalta. Hoitotarpeet ja -tavoitteet määritellään heti potilaan tullessa osastolle, keskittyen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja tarvittavaan hengityksen tukemiseen ja ylläpitoon.

Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan diagnoosi, hoidon tarve ja tavoitteet, vastuunjako hoitohenkilökunnan kesken, hoitotoimenpiteiden toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi sekä potilaan lääkitys ja sen toteutusaikataulu. Suunnitelma tallennetaan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tarvittaessa potilaan tilanteen muuttuessa tai hoidon tarpeiden muuttuessa. Suunnitelmaan voi myös liittää potilaan ja hänen omaistensa/läheistensä antamaa palautetta ja toiveita hoidon suhteen.

Hoitotyön toteutusta ja arviointia kirjataan päivittäin, ja pitkäaikaispotilaille tehdään vähintään kolmen kuukauden välein seurantayhteenveto. Uudet työntekijät ja sijaiset perehdytetään suunnitelman sisältöön perehdytyksen yhteydessä. Suunnitelman toteutumista seurataan päivittäin moniammatillisella yhteistyöllä, ja henkilökunta tutustuu jokaisen työvuoron alussa potilaan tilanteeseen ja terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Käytössä on hiljainen raportti, jota tarvittaessa täydennetään suullisesti.

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.

Potilaan hoito Hengitysvajausyksikössä perustuu täysin potilaan vapaaehtoisuuteen. Kunnioitamme potilaan itsemääräämisoikeutta ja hänen oikeuttaan osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaille tarjotaan kattavasti tietoa heidän sairaudestaan ja siihen liittyvistä hoitovaihtoehdoista, ja heitä kannustetaan sekä osallistetaan aktiivisesti oman terveytensä hoitoon. Hoitosuunnitelmia ja hoitolinjauksia tehdessä otetaan huomioon potilaan voimavarat ja näkemykset.

Tarvittaessa ja halutessaan potilaan hoidon suunnittelussa voidaan ottaa mukaan myös hänen omaisensa tai läheisensä. Potilaan hoitotahto huomioidaan aina hoitoa koskevissa päätöksissä. Potilaan yksityisyys on meille ensiarvoisen tärkeä asia, ja se varmistetaan käytettävissä olevilla keinoilla, kuten tarvittaessa yhden hengen potilashuoneella.

Henkilökuntamme noudattaa tiukasti salassapitovelvollisuutta, ja tämä asia korostuu erityisesti opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan tarkasti Laatuportin Vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitusten sekä henkilöstön ja asiakaspalautteen avulla. Organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä on selkeät ohjeet itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyen, ja näitä periaatteita käsitellään myös viikkopalaverissa ja koulutuksissa.

Potilaan hoito ja huolenpito toteutetaan aina vapaaehtoisuuden periaatteella, ja hoitoa rajoitetaan vain äärimmäisissä tilanteissa, joissa potilaan tai muiden terveys tai turvallisuus on uhattuna. Rajoitustoimenpiteet tehdään aina lainmukaisesti ja toteutetaan aina turvallisesti ja kunnioittaen potilaan ihmisarvoa. Potilaille tiedotetaan myös mahdollisuudesta tehdä hoitotahto, jolla he voivat ilmaista oman tahtonsa tulevasta hoidostaan tilanteissa, joissa eivät itse pysty sitä luotettavasti kertomaan.

Lue lisää: [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 \(linkki\)](#), [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 \(linkki\)](#), [Mielenterveyslaki 1116/1990 \(linkki\)](#)

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Hengitysvajausyksikössä itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on äärimmäinen toimenpide, jota harkitaan vain silloin, kun potilaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus on vakavassa vaarassa. Tämä voi olla tarpeen esimerkiksi silloin, kun potilaan hengitys on vakavasti uhattuna tai hänen oma käyttäytymisensä voi aiheuttaa vaaraa itselleen tai muille.

Ennen itsemääräämisoikeuden rajoittamista pyritään ensisijaisesti käyttämään muita keinoja ja hoitomenetelmiä potilaan tilanteen hallitsemiseksi. Rajoittamista harkitaan huolellisesti, ja päätös tehdään aina potilaan hoidosta vastaavan lääkärin toimesta.

Jos itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on tarpeen, se toteutetaan lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Tällaisia rajoittamistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi magneettiliivit, raajasidokset, haaravyöt tai tarvittaessa erityisesti suunnitellut turvallisuusvälineet.

Henkilökunnan osaaminen varmistetaan koulutuksilla ja käytännön harjoituksilla, ja kaikki rajoittamistoimenpiteet kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään.

Rajoittamistoimenpiteiden käyttöä seurataan jatkuvasti ja niitä arvioidaan säännöllisesti, ja pyritään aina löytämään keinoja niiden tarpeen vähentämiseksi tai lopettamiseksi heti kun se on mahdollista potilaan turvallisuuden ja hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi potilaan tilaa ja reaktioita seurataan tarkasti, ja tarvittaessa muutetaan hoitosuunnitelmaa vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Hengitysvajausyksikössä asiakkaiden ja potilaiden kohtelu on ensisijaisen tärkeää ja siihen kiinnitetään erityistä huomiota. Asiakkaiden ja potilaiden kunnioittaminen, arvostaminen ja hyvä kohtelu ovat keskeisiä periaatteita yksikön toiminnassa.

Henkilökunta pyrkii luomaan turvallisen ja kannustavan ilmapiirin, jossa asiakkaat ja potilaat voivat tuntea olonsa turvalliseksi ja arvostetuksi. Asiakkaan tai potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet otetaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. Henkilökunta pyrkii olemaan avoin ja empaattinen asiakkaita ja potilaita kohtaan sekä kuuntelemaan heidän huoliaan ja tarpeitaan.

Mahdollisiin epäasiallisiin tilanteisiin puututaan välittömästi ja tilanteet selvitetään asianosaisten kanssa. Tarvittaessa apua ja ohjeistusta pyydetään esimiehiltä, turvallisuushenkilöstöltä tai potilasasiamieheltä. Asiakkaiden ja potilaiden asiallista kohtelua edistetään myös tarjoamalla säännöllisesti mahdollisuus antaa palautetta ja osallistumalla jatkuvaan koulutukseen ja kehittämiseen.

Yksikössä pyritään varmistamaan viestinnän esteettömyys tarvittaessa tarjoamalla tulkkipalvelua ja huomioimalla erityistarpeet, kuten aistivammaisten tarpeet, yksilöllisesti. Kaikessa toiminnassa pyritään edistämään asiakkaiden ja potilaiden hyvinvointia ja tukemaan heidän kokonaisvaltaista hoitoaan ja kuntoutumistaan.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Hengitysvajausyksikössä toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään Siun soten omavalvontaa ohjaavan toimintaohjeen mukaisesti. Kaikki asiat osoitetaan toimialuejohtajalle, joka voi tarvittaessa delegoida ratkaisuvalltaansa eteenpäin.

Hoitohenkilökuntaa tai hoitotyötä koskevissa muistutuksissa selvityspyyntö lähetetään ylihoitajalle tai ko. hoitajan esihenkilölle, joka on osastonhoitaja. Kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten käsittelyssä selvitystä pyydetään potilaan hoitoon osallistuneilta henkilöiltä.

Osaston henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten tekemisessä organisaation verkkosivuilla, sähköisen Miunpalvelut -kautta ja antaa tarvittavat yhteystiedot, esimerkiksi potilasasiavastaavan.

Jos muistutus tai kantelu saapuu suoraan yksikköön, se toimitetaan Siun soten kirjaamoon. Kaikki tapahtumat käsitellään joko osastonhoitajan ja/tai lääkärin toimesta tai tarvittaessa moniammatillisesti osastokokouksessa.

Jokaiseen tapahtumaan vastataan sen tarpeen ja luonteen mukaisesti. Tarvittaessa tehdään korjaavia toimenpiteitä, ja niiden toteuttamisesta ja seurannasta vastaavat esihenkilöt.

Kaikki muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja muut reklamaatiot otetaan huomioon toiminnan kehittämiseksi, esimerkiksi muuttamalla toimintatapoja, tarkentamalla toimintaohjeita tai lisäämällä perehdytystä ja koulutusta.

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 terveysthuollon 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](https://viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat Hengitysvajausyksikön ilmoitustaululla ja ne ovat löydettävissä myös organisaation verkkosivuilla. Tarvittaessa henkilökunta antaa yhteystiedot potilaalle.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Hengitysvajausyksikössä kerätään asiakaspalautetta suullisesti, kirjallisesti sekä sähköisesti Laatuportti-järjestelmän kautta. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista. Asiakaspalautetta voidaan ottaa vastaan myös epäsuorasti läheisten, omaisten, kokemusasiantuntijoiden, potilasjärjestön tai muiden yhteistyötahojen kautta joko suullisesti tai kirjallisesti.

Osastonhoitaja seuraa asiakaspalautteita kuukausittain. Asiakaspalautteiden avulla saatua tietoa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja konkreettisista toimista päätetään moniammatillisesti. Palautteen keräämisen tiedottamisesta muistutetaan henkilöstöä ja mahdollistetaan hengitysvajausyksikön potilaille mahdollisuus palautteen antoon eri keinoja käyttäen.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Hengitysvajausyksikössä toteutetaan potilasviestintää suullisesti osastohoidon yhteydessä, mm. hoitotilanteissa, lääkärinkierroilla, terapiatapahtumissa. Kirjallista viestintää tapahtuu mm. lääkelistojen, potilasohjeiden, epikriisien muodossa. Hengitysvajausyksikössä ei ole käytössä säännöllistä kokemusasiantuntijatoimintaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstöressurssin vajeesta johtuva hoitoon pääsyn viivästymien, yksikön potilasmäärää ei voi ennakoita	Jatkuva rekrytointi	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä 612/2021 (linkki) • Siun soten osallisuusohjelma • Asiakaspalautteen käsittely Laatuportissa • Asiakaspalauttejärjestelmän ulkopuolelta saapuvan asiakaspalautteen käsittely
Potilaan ja heidän läheistensä osallistamiseen liittyvät haasteet	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992(linkki)
Kommunikaatiohaasteet potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa	Kommunikaatio-apuvälineiden riittävä käyttö	<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992(linkki)

7 Henkilöstö

Sosiaali- ja terveysthuollon 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.

Hengitysvajausyksikössä hoitohenkilöstön (lähihoitajat ja sairaanhoitajat) määrä on 10. Hoitajat työskentelevät kahdessa eri työpisteessä ja pääasiassa 2 tai 3-vuorotyössä. Osastolla työskentelee osastonlääkäri, sekä ylilääkäri ja ylihoitaja jaettuna muiden kuntoutumiskeskuksen osastojen kesken. Yksikössä työskentelee lähi- ja

sairaanhoidajia, terapiahenkilökuntaa (fysioterapeutteja, puheterapeutti toimintaterapeutti), laitoshuoltajia, osastonsihtööri, apulaisosaston- ja osastonhoitaja. Yhteistyötä tehdään kuntoutumiskeskuksen osastojen ja palliatiivisen keskuksen eri ammattiryhmien välillä. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja sosiaalipsykologi on kuntoutumiskeskuksessa työssä arkisin ja sosiaalityöntekijä kolmena päivänä viikosta. Sairaalasielunhoidon palveluja on saatavilla tarvittaessa.

Aamu- ja iltavuorossa Hengitys- ja sairaanhoitajien yksikössä on 2 hoitajaa osaston tiimissä ja yksi hoitaja kotitoteutuksen tiimissä. Osaston yövuoroissa on yksi hoitaja ja kotitoteutuksen tiimissä 1 hoitaja. Lisäksi samassa kerroksessa sijaitsevalla Neurologisella kuntoutusosastolla on yöllä kaksi hoitajaa (sairaanhoidajia tai lähihoitajia) ja Palliatiivisella osastolla on 2 hoitajaa (sairaanhoidajia tai lähihoitajia). Lääkärit ja esihenkilöt ovat paikalla virka-aikaan. Viikonloppuisin päivystävä lääkäri käy osastolla, ja päivystävä osastonhoitaja on tavoitettavissa puhelimitse.

Henkilöstöresurssia tarkastellaan päivittäisen tilanteen mukaan osastokohtaisesti, ja myös Kuntoutumiskeskuksen yhteisessä tilannepalaverissa arkipäivisin. Virka-aikana lähiesihenkilöt järjestävät äkillisiin poissaoloihin mahdollisuuksien mukaan kuntoutumiskeskuksen muilta osastoilta työntekijöitä lainavuoroon, sisäisiä sijaisia tai sijaispalvelusta saatavia sijaisia. Tarvittaessa voidaan kysyä osaston henkilökuntaa vaihtamaan työvuoroa, tulemaan vapaapäivältä ylimääräiseen työvuoroon tai jatkamaan työvuoroa eli tekemään ns. tuplavuoro. Virka-ajan ulkopuolisena aikana (ilta- ja yöaikaan) osaston vuorovastaavat järjestävät poissaoloon työntekijän mahdollisuuksiensa mukaan. Päivystävä osastonhoitaja on tavoitettavissa puhelimitse arkipyhinä ja viikonloppuisin klo 7.30-14.30, jolloin hän auttaa henkilökuntaresurssin järjestämisessä.

Työvuorosuunnitelma tehdään kolmen viikon jaksoissa. Esihenkilö valmistelee listapohjan huomioiden työntekijöiden vuosilomat, koulutukset, toiveet sekä muut poissaolot. Resurssisuunnittelija jatkaa työvuorosuunnitelman suunnittelua ja optimointia. Työvuorosuunnittelussa huomioidaan jokaiseen työvuoroon oikea osaaminen ja henkilöstövahvuus. Lista luovutetaan esihenkilölle lopullista hienosäätöä ja listan julkaisua varten. Vuosilomia suunnitellaan tasaisesti ympäri vuoden. Vuosilomien suunnittelussa huomioidaan tasapuolisuus ja osaamisen jakautuminen tasaisesti.

Yksikköön rekrytoitavilla lähi- ja sairaanhoitajilla on oltava ammattitoiminnan mukainen koulutus ja riittävä ammatillinen pätevyys, mikä varmistetaan työntekijän rekrytoinnin yhteydessä. Yksikössä työskentelevillä lähi- ja sairaanhoitajilla on oltava lähihoitajan tai sairaanhoitajan koulutus. Kaikki uudet työntekijät perehdytetään yksikön toimintaan ja työssä oppiminen tapahtuu kokeneen kollegan kanssa työskennellen. Koko henkilökunnalle järjestetään lisä- ja toimipaikkakoulutusta. Yksikön työntekijät osallistuvat säännöllisesti järjestettäviin sisäisiin koulutuksiin.

7.2 Rekrytointi

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

Hengitysvajausyksikön rekrytointia ohjaa työolainsäädäntö sekä hoitohenkilöstöä koskeva SOTE-sopimus. Henkilöstön sijaistarpeet suunnitellaan ennakkoon heti, kun tarve on tiedossa esim. vuosilomat. Lomat suunnitellaan jonoon. Työvuorosuunnittelussa on käytössä toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu, joka määrittää työvuoroihin riittävän osaamisen ja resurssin.

Henkilöstön rekrytoinnin hoitaa pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikkö Laura-rekrytointiohjelman kautta. Äkillisiin poissaoloihin käytetään ensisijaisesti Siun soten varahenkilöstöä ja toissijaisena Tempore rekryä. Sijaispyynnöt tehdään keskitetysti Tempore-ohjelmaan. Sijaisten otossa yksittäisiin vuorotarpeisiin huomioidaan myös osastolla olevien potilaiden määrä ja hoitoisuus.

Henkilöstön kelpoisuus varmistetaan JulkiTerhikistä. Työntekijän sopivuus tehtävään huomioidaan haastattelulla ja tarkistamalla hakijan tutkinto- ja työtodistukset. Samalla varmistetaan riittävä kielitaito. Tarvittaessa pyydetään esittämään todistus kielikokeesta. Rokotesuojassa noudatetaan tartuntatautilakia (48 § 1227/2016) ja rokotussuojan varmistamisesta on olemassa työntäjän ohje. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetut määräykset ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja sitä täydentävä valtioneuvoston asetus (104/2008) sekä laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja sitä täydentävä asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016).

Yksikön vakituiset työtehtävät täytetään koulutetulla henkilökunnalla työnantajan ohjeiden mukaisesti. Vapautuvat tehtävät laitetaan hakuun. Sijaisena voi työskennellä myös alan opiskelijoita. Rekrytoinnista vastaa Siun soten rekrytointiyksikkö yhdessä osastonhoitajan kanssa. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan (ilmoitetaan kelpoisuusehdot) · Kelpoisuus tehtävään varmistetaan työhönottotilanteessa Valviran ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). · Samalla varmistetaan Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolta, Valviralta, ettei se ole rajoittanut työntekijän ammatinharjoittamisoikeutta.

Koeaika on työsuhteen alussa oleva pituudeltaan rajattu aika, jolloin työnantajalla ja työntekijällä on mahdollisuus purkaa työsuhteen päättymään heti ilman irtisanomisaikaa. Koeaika saa maksimissaan olla kuusi (6) kuukautta paitsi, jos työsuhte on määräaikainen, jolloin koeaika saa alle 12 kuukauden määräaikaisuudessa olla enintään puolet työsuhteen kestosta. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n kuluessa työsuhteen alkamisesta.

Rekrytointia jatketaan, kunnes henkilöstön määrä, osaaminen ja kelpoisuusehdot ovat yksikön toiminnan mukaisia.

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.

Hengitysvajausyksikössä uudet työntekijät ja opiskelijat saavat kattavan perehdytyksen, joka on suunniteltu vastaamaan osaston erityispiirteitä ja toimintaa. Siun soten yhtenäinen perehdytysohjelma muokataan osaston tarpeiden mukaisesti, ja uusille työntekijöille tarjotaan myös verkkokurssi perehdytyksen tueksi.

Perehdytyksen aikana käytetään erilaisia työkaluja ja materiaaleja, kuten infektioiden torjunnan ja lääkehoidon perehdytyslistaa, yksikön lääkehoitosuunnitelmaa ja omavalvontasuunnitelmaa. Turvallisuuteen liittyvät asiat käydään läpi turvallisuuskansiosta ja turvallisuuskävelyllä.

Jokaiselle uudelle työntekijälle, opiskelijalle ja sijaiselle laaditaan oma yksilöllinen perehdytysuunnitelma. Perehdyttäjät ja perehtyjät käyvät säännöllisesti suunnitelman läpi, päivittävät sitä tarpeen mukaan ja seuraavat perehdytyksen etenemistä. Osastonhoitaja seuraa perehdytyksen onnistumista ja kerää palautetta säännöllisesti.

Perehdyttäminen nähdään kaikkien työntekijöiden vastuulla, ja jokainen osallistuu uusien työntekijöiden integroimiseen osastolle. Perehdytyksen tavoitteena on varmistaa uusien työntekijöiden nopea ja tehokas sisäänajo osaston toimintaan.

Keskeisiä perehdytettäviä asioita Hengitysvajausyksikön työntekijöille ovat:

- Työtehtävät yksikössä: Uuden työntekijän on tärkeää ymmärtää omat tehtävänsä, vastuunsa, velvollisuutensa ja oikeutensa osastolla. Erityisesti lääkehoidon osalta on varmistettava, että työntekijällä on tarvittavat luvat ja osaaminen.
- Potilastietojen käsittely ja tietosuojat: Työntekijän on ymmärrettävä potilastietojen käsittelyyn liittyvät säännökset ja noudatettava tietosuojakäytäntöjä.
- Omavalvontasuunnitelma ja sen toteuttaminen: Työntekijöiden on oltava tietoisia omavalvontasuunnitelmasta ja sen toteuttamisesta. Suunnitelman on oltava henkilöstön saatavilla ja sen noudattamista on seurattava aktiivisesti.
- Ilmoitusvelvollisuus: Henkilökunnan on tiedettävä velvollisuutensa tehdä ilmoitus mahdollisista poikkeavista tapahtumista tai tilanteista, jotka uhkaavat potilaiden hyvinvointia tai sosiaalihuollon toteutumista.
- Yleiset toimintatavat: Työntekijöiden on oltava selvillä yksikön yleisistä toimintatavoista ja odotuksista.
- Potilaan kohtelu: Henkilökunnan on sitouduttava kohtelevaan kaikkia potilaita tasavertaisesti, kunnioittavasti ja empaattisesti.
- Potilas- ja henkilöturvallisuus sekä ergonomia: Työntekijöiden on ymmärrettävä potilasturvallisuuteen ja ergonomiaan liittyvät periaatteet ja toimittava niiden mukaisesti.

- Itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet: Työntekijöiden on tunnettava potilaiden itsemääräämisoikeuteen liittyvät periaatteet sekä osattava käyttää ja toteuttaa rajoittamistoimenpiteitä asianmukaisesti.
- Osaamisen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus, kehityskeskustelut: Työntekijöiden on osallistuttava säännöllisesti täydennyskoulutuksiin ja ylläpidettävä osaamistaan. Kehityskeskusteluissa käydään läpi osaamisen kehittymistä ja tarpeita.

Mikäli havaitaan, että perehdyttäminen ei ole toteutunut suunnitellusti, työntekijän kanssa käydään läpi perehdytysuunnitelma ja tarvittavat asiat kerrataan.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Hengitysvajausyksikössä työskentelevän henkilökunnan odotetaan omaksuvan laaja-alaisen osaamisen, jotta he voivat tarjota turvallista ja laadukasta hoitoa hengitysvajauksesta kärsiville potilaille. Tässä on joitakin keskeisiä osa-alueita, joissa henkilökunnan odotetaan olevan päteviä:

Hengitysvajauksen hoito:

- Työntekijöiden tulee olla perillä erilaisten hengitysvajauksen syiden, oireiden ja hoitomenetelmien tuntemuksesta.

Hengityslaitteiden hallinta:

- Työntekijöiden tulee osata käyttää ja ylläpitää erilaisia hengityslaitteita, kuten hengityskoneita, CPAP-laitteita ja happipitoisuuden mittareita.

Potilasturvallisuus:

- Työntekijöiden tulee osata tunnistaa ja hallita mahdollisia riskejä, jotka liittyvät potilaiden hengitysvajaukseen ja hoitoon.

Lääkehoidon hallinta:

- Työntekijöillä tulee olla riittävä lääkehoidon osaaminen. Heidän tulee kyetä annostelemaan lääkkeitä ja seuraamaan niiden vaikutusta.

Potilaiden ja omaisten tukeminen:

- Työntekijöiden tulee osata tarjota tukea ja ohjausta potilaille ja heidän omaisilleen hengitysvajauksen hallinnassa ja hoidossa.

Hätätilanteiden hallinta:

- Työntekijöiden tulee osata tunnistaa ja toimia hätätilanteissa, kuten hengitysvaikeuksien pahenemisessa tai hengityskoneiden häiriötilanteissa.

Tiimityötaidot, moniammatillinen yhteistyö:

- Työntekijöiden tulee osata työskennellä tiimissä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, kuten lääkäreiden, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kanssa.

Jatkuva oppiminen:

- Hengitysvajaus potilaiden hoitomenetelmät ja -tekniikat kehittyvät jatkuvasti, joten työntekijöiden tulee olla valmiita oppimaan uutta ja päivittämään osaamistaan säännöllisesti.

Nämä ovat vain muutamia esimerkkejä keskeisistä osa-alueista, joissa hengitysvajausyksikössä työskentelevän henkilökunnan odotetaan olevan päteviä.

Henkilökunta osallistuu koulutukseen koulutussuunnitelman linjausten ja yksikön sekä työntekijän tarpeiden mukaisesti. Osa koulutuksista tulee kaikkien suorittaa. Henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään mahdollistamalla osallistuminen mm. Siun soten yhteisiin koulutuksiin. Siun soten sisäiset koulutukset ovat ensisijaisia. Koulutusta toteutetaan myös verkko-opintoina, Teamsin välityksellä ja videovälitteisinä. Sisäiset koulutukset löytyvät Onni-koulutuskalenterista. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan tilanteen mukaan.

Tarvittava osaaminen varmistetaan ja koulutustarpeet arvioidaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa huomioiden jo olemassa oleva osaaminen sekä yksikön toiminta. Osaamisen lisäämisekeinona käytetään myös työkiertoa, jonka avulla työntekijä ymmärtää organisaation toimintaa laajemmin ja syvemmin sekä verkostoituu useampien ihmisten kanssa. Myös asiakkaat ja potilaat hyötyvät, kun työntekijä oppii ymmärtämään paremmin, kuinka eri palveluketjut toimivat.

Työntekijät ja opiskelijat perehtyvät potilas- ja työturvallisuusasiakirjoihin jo perehdytysvaiheessa sekä koko työhistoriansa ajan. Koko ajan turvataan, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän lisähaittaa. Turvallinen hoito varmistetaan ammattitaitoisella hoitomenetelmien ja hoitamisen, lääkkeiden ja lääkityksen, laitteiden ja niiden käytön hallinnalla sekä työ- ja

hoitoympäristön turvallisuuteen keskittymällä. Moniammatillinen henkilökunta on ammattitaitoista ja ammattitaidon ylläpitäminen turvaa hoidon turvallisuuden.

Laatuohjelma ohjaa oman toiminnan arviointiin ja sitä käytetään toiminnan jatkuvaan parantamiseen. Henkilöstö perehdytetään laatuohjelmaan ja sisältöön. Laatuportissa henkilöstö suorittaa eri lääkintälaitteiden laitepätevydet esim. verensokerimittari, verenpainemittari, hengitystä avustava laite

www.verkkarit.fi: linkki):

- Lääkehoidon verkko-opinnot ja näytöt lääkehoitosuunnitelman mukaisesti (viiden vuoden välein)
- Opiskelijaohjaus taso 1-3 (suoritetaan kerran)
- Hätätilapotilaan tunnistaminen taso 3 (vuoden välein)
- Yleisperehdytys verkkokurssi SiunPerehdytys (suoritetaan kerran)
- EKG-passi (5 vuoden välein) Oppiportti:
- Tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Johdon ja osastonhoitajien tietoturvakoulutus (osastonhoitajat, viiden vuoden välein)
- Tietoturva terveydenhuollossa (viiden vuoden välein)
- Infektioiden torjunta (kertasuoritus)

Potilasturvaportin koulutukset www.potilasturvaportti.fi(linkki):

- Potilasturvallisuutta taidolla (suoritetaan kerran)
- Paloturvallisuutta taidolla (kurssi potilasturvaportissa sekä käytännönharjoitteet viiden vuoden välein)
- Potilaan tunnistaminen (suoritetaan kerran)
- Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa (kertasuoritus)
- Laiteturvallisuus (kertasuoritus) ·
- ISBAR - menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun (5 vuoden välein)
- Väsymysriskien hallinta · Laitteisiin liittyvät vaaratilanteet
- Potilas- ja asiakasturvallisuusriskien hallinta (osastonhoitajat) Siun Soten sisäinen koulutus/ intra
- Vaaratapahtumien raportointi - patu
- RAI (THL:n verkkokoulutus)

Lisäksi suositellaan suoritettavaksi

- AVEKKI-koulutus tai vastaava (suoritetaan kerran)
- Diabetespassi (verkkarit.fi) (suoritetaan kerran)
- Hoitotyön Ergo -koulutus (suoritetaan kerran)

Työntekijä toimittaa todistuksen suorituksista esihenkilölle, joka merkitsee suorituksen työntekijän tietoihin sähköiseen seurantajärjestelmään. Sähköisen järjestelmän avulla henkilöstön suorittamia koulutuksia voidaan seurata. Jos työntekijä ei suorita tarvittavia kursseja tai ei kykene suorittamaan lääkehoidon osaamisaluetta, ei tällöin kyseinen työntekijä voi osallistua esim. potilaan lääkehoitoon. Tällöin pyritään etsimään työntekijälle soveltuvampaa työtä siksi aikaa, kunnes tarvittavat luvat on suoritettu.

7.5 Johtamisosaaminen

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

Johtamisosaaminen varmistetaan jo esihenkilöiden rekrytointivaiheessa, ja yksiköihin palkataan vain ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, joiden soveltuvuus tehtäviin mitataan työhaastatteluissa. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtäväänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Johtamisosaamisen jatkuva ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää johtajan omaa sitoutuneisuutta ammatilliseen kehittymiseensä. Organisaatio järjestää johtamiskoulutusta säännöllisesti ja lisäksi on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään säännöllisesti kehityskeskustelut kuten kaikille hyvinvointialueen työntekijöille. Johtamistyö edellyttää vahvaa ajankäytön hallintaa sekä kykyä organisoida työajankäyttöä. Esihenkilöitä tuetaan onnistumaan johtamisessa ja työajan hallinnassaan mm. oman lähiesihenkilön tuella sekä tarvittaessa yksilöllisin tuen menetelmin.

7.6 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi syntyy luottamuksesta omaan ammatilliseen osaamiseen, kannustavasta ja tukevasta johtamisesta sekä mahdollisuudesta keskittyä tekemään työnsä hyvin. Työolosuhteilla on merkittävä rooli työhyvinvoinnissa, eivätkä ne saa aiheuttaa turhaa henkistä, fyysistä, kognitiivista tai muuta kuormitusta.

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tuetaan:

- Tyhy toiminnalla
- HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaatteen mukaisesti
- SISU-työn toimintamallilla
- Työkykylähtöisellä tehtävien uudelleen järjestämisellä

- Koulutusten avulla, esimerkiksi potilasturvaportissa suoritettava Väsymysriskien hallinta
- Työvuorosuunnittelun keinoin

Osastollamme on myös olemassa yhteiset pelisäännöt. Tarvittaessa voimme järjestää työnohjausta tai työyhteisövalmennusta henkilökunnalle.

Työturvallisuudesta huolehtiminen

- Perekdytys
- Riskienarviointi Laatuportissa
- Turvallisuushavainnoista oppiminen
- Työterveyshuollon kanssa yhteistyön tekeminen.

Kriisitilanteissa työntekijä voi saada tukea second victim- toimintamallin mukaan sekä defusing istunnoilla.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan eri palautteiden kautta esimerkiksi suora palaute suullisesti, kehityskeskustelun aikana tai kirjallinen palaute. Samoin työhyvinvoinnin yksi seuranta menetelmä on MSK-kyselyn tulokset. Jos huomataan, että työhyvinvointia täytyisi parantaa, toimeen tartutaan välittömästi kartoittamalla mistä poikkeama johtuu ja mitä sille voidaan tehdä.

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.

Hengitysvajausyksikössä saattaa esiintyä haastavia kohtaamistilanteita, joissa potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti fyysisesti ja psyykkisesti. Hengitysvajausyksikkö sijaitsee Neurologisen kuntoutusosaston läheisyydessä ja haastavasti käyttäytyvä potilas voi olla hoidossa siellä. Erityisesti muistisairaille tai vaikeasti sairaille potilaille hoitoon sitoutuminen voi olla henkisesti kuormittavaa, mikä luo haasteita heidän jaksamiselleen. Pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään näitä tilanteita tarjoamalla asiakkaille ennakoivaa tietoa ja tukea sekä mahdollisuuden keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Haastavien tilanteiden varalta henkilökunta työskentelee tiiviisti yhdessä ja noudattaa parityömallia. Tavoitteena on ratkaista tilanteet rauhallisesti keskustellen ja tarvittaessa moniammatillisesti. Henkilökuntaa ohjaa Siun soten Henkilöturvaohje väkivaltatilanteissa, ja he saavat tarvittavaa koulutusta väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. Turvahälyttimet ja tarvittaessa vartijapalvelu varmistavat henkilökunnan turvallisuuden. Osaamista tuetaan toimintaohjeiden kertaamisella osastokokouksissa ja Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksella, johon kuuluvat esimerkiksi Avekki- ja MAPA-koulutukset.

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.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta edistetään myös oppimalla onnistumisista ja erinomaisesta toiminnasta. Tämä voi ilmetä esimerkiksi hyvin toimivana yhteistyönä, sujuvana työskentelytapana tai myönteisenä asenteena. Huomioimalla myös onnistumiset lisätään työntekijöiden työhyvinvointia, kun toimintaa kehitetään positiivisen kehityksen kautta eikä pelkästään poikkeamiin ja virheisiin reagoimalla. Onnistumisista oppiminen korostaa työntekijöiden osaamista ja joustavuutta sekä kykyä soveltaa tietoa erilaisissa ja monimutkaisissa tilanteissa niin, että asiakkaan turvallisuus säilyy.

Laatuportti-järjestelmän Erinomainen toiminta -ilmoituslomakkeella voidaan tuoda esille onnistumisia ja erinomaista toimintaa. Ilmoitusten avulla annetaan positiivista palautetta ja hyödynnetään hyviä käytäntöjä organisaation laajuisesti. Positiivista potilaspalautetta jaetaan säännöllisesti työntekijöille viikkopalaverissa, sähköpostitse ja Teams-keskustelujen välityksellä. Palautetta kerätään eri lähteistä, kuten arkikohtaisista, sanomalehtien yleisöpalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän kautta.

Laatuporttiin kirjataan erinomaisen toiminnan huomioita osittain. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta, ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään yksikössä. Hyviä toimintamalleja jaetaan myös työyksikön ulkopuolelle osastonhoitajien kokouksissa. Tällä tavoin toimintaa voidaan kehittää ja arvioida, onko se etenemässä oikeaan suuntaan. Onnistuneista kokemuksista ja palkinnoista tiedotetaan tarvittaessa Siun Soten intrassa, mikä edistää tiedon jakamista organisaation laajuisista onnistumisista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön riittävyys	Ennakoiva rekrytointi Osaavan henkilöstön kouluttaminen ja ylläpito Yksikön veto- ja pitovoiman lisääminen	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki 1326/2010 linkki): • Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994 linkki): • Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994) linkki): ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) linkki): • Työturvallisuuslaki 738/2002 linkki): • Työterveyshuoltolaki 1383/2001

	<p>Työhyvinvoinnista huolehtiminen</p> <p>Avoin vuorovaikutus</p> <p>Onnistunut johtaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työvuorosuunnittelun pelisäännöt • Vuosilomaohje • Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje • Virantäyttöprosessi -ohje • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja osastonhoitajatyö (sharepoint.com) • Henkilöturvaohje • Työhyvinvoinnin tuki • Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma • Työsuojelun toimintaohjelma
<p>Osaamisvaje</p>	<p>Hyvä perehdytys</p> <p>Ennakoiva osaamisen kehittäminen</p> <p>Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu</p> <p>Riittävä osaamisen tuki</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (linkki) • Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (linkki) • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (linkki) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Osaamisen kehittämisen suunnitelma – yksikkökohtainen koulutussuunnitelma • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com)

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.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi kaikki asiakas- ja potilasasiakirjat pidetään sähköisessä muodossa, ja Siun Soten organisaatiossa käytetään Mediatri-potilastietojärjestelmää. Potilastietolain ohjeistuksia noudatetaan tietojen kirjaamisessa. Jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen toimikortti, joka mahdollistaa sähköisen allekirjoituksen antamisen. Opiskelijoille annetaan käyttäjätunnukset koululta tai osaamisen kehittämisen yksiköstä, ja he kirjaavat opiskelijastatuksella ohjaajiensa valvonnassa.

Hoitotyön kirjaaminen tehdään reaaliaikaisesti, huolellisesti ja kattavasti rakenteisen kirjaamisohjeen mukaisesti. Potilasasiakirjoja käsitellään vain työtehtävien ja vastuiden edellyttämässä laajuudessa, ja tietojärjestelmien käyttöoikeudet määritellään työtehtävien perusteella. Kaikki työntekijät ovat sitoutuneet salassapito- ja vaitiolovelvollisuuteen, joka pysyy voimassa myös työsuhteen päättymisen jälkeen.

Työntekijät, opiskelijat ja muut henkilöt sitoutuvat salassapito- ja käyttäjäsitoumuksella noudattamaan tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään käyttäjätunnuksensa ja salasanansa asianmukaisesti sekä huolehtimaan potilas- ja asiakastietojen salassapidosta myös työsuhteen tai harjoittelun päättymisen jälkeen. Sitoumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle.

Lähiesihenkilö vastaa siitä, että työntekijät ja opiskelijat perehtyvät ja allekirjoittavat sitoumuksen sekä saavat koulutuksen tietoturvaan ja tietosuojaan. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen perusteella. Hoitohenkilökunta perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla, ja tarkempi perehdytys tapahtuu työn ohessa kollegoiden toimesta. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan säännöllisesti sisäisillä auditoinneilla ja kollegiaalisella lukemisella.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Jokainen uusi työntekijän lukee organisaation tietosuoja ja tietoturva käsikirjan. Työntekijät ovat sitoutuneet noudattamaan sääntöjä allekirjoittamalla salassapito- ja käyttäjätunnussitoumuksen. Tietosuoja- ja tietoturvakoulutus suoritetaan 5 vuoden välein (verkkokoulutuksena Oppiportissa): Kaikki osaston työntekijät

käyvät tietoturva sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tietosuoja terveydenhuollossa koulutukset. Johtajat ja esihenkilöt käyvät johdon ja esihenkilöiden tietoturvakoulutuksen.

Tietosuojavastaavat tekevät kuukausittain satunnaistarkastuksia, joiden avulla tietojen asianmukaista käsittelyä valvotaan. Valvonta sisältää myös Kanta-palvelujen käytön valvonnan. Esimies ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin, jos joku on ohjeiden vastaisesti käsitellyt asiakas- tai potilastietoja, tällöin esimiestyön tukipalveluna on käytössä Siun soten tietosuojavastaava ja tietosuoja-asiantuntija. Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitsemastaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle. Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti Miunpalvelujen kautta. Lisäksi vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin. Asiakas tai potilas voi tehdä Siun sotelle käyttö- ja luovutusrekisterin tarkastuspyynnön. Tarkastuspyyntölomake on saatavissa Siun soten internetsivulla.

Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista ilmoitetaan tietojärjestelmän valmistajalle ja merkittävän riskin aiheuttamista poikkeamista esihenkilö tekee ilmoituksen Valviralle (<https://turvaviestivalvira.fi/>). Henkilötietoa sisältävät paperiset asiakirjat hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä. Tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla.

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
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	Toimintaohjeet Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007 (linkki) • Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 (linkki) • EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Tietosuoja laki (1050/2018) (linkki) • Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (valtioneuvosto.fi) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi • Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen • Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) • Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje • Tietosuoja- ja tietoturva politiikka • Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja • Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma • Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus • Henkilötietojen käsittely - Tietosuoja selosteet • Tietosuojan valvontasuunnitelma • Salassapito- ja käyttäjä sitoumus • Salassapito- ja käyttäjä sitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset • Tietosuojan vaikutusten arviointi (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

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, soveltuessa tiloissa annettavaan palveluun, hoitoon ja hoivaan sekä sisältää toiminnassa tarvittava asianmukainen varustus.

Hengitysvajausyksikön toimitilat ovat uudet. Yksikölle on vuonna 2023 remontoitu uudet valvontahoitoon soveltuvat tilat. Tilojen suunnittelussa on otettu huomioon asiakas- ja potilasturvallisuus.

Hengitysvajausyksiköllä on käytössään 3 potilashuonetta, joihin mahtuu 5 potilasta. Lisäksi on mahdollisuus ottaa käyttöön yksi lisäpaikka. Suihku+ wc on jokaisessa potilashuoneessa. Yksikössä on yksi esteetön yhteinen päivätila Neurologisen kuntoutusosaston kanssa sekä leveät esteettömät käytävät. Tilat on tarkoitettu sairaalakäyttöön. Yksikössä on selkeät opasteet liikkua tiloissa ja henkilökunta ohjeistaa tarvittaessa.

Esteettömyys on huomioitu ja apuvälineiden kanssa liikkuminen on sujuvaa, kynnyksiä ei ole ja oviaukot ovat riittävän väljiä. Yksikköön pääsee hissillä. Ulko-ovet avautuvat sähköisesti painikkeilla ja tunnisteella. Lääkehuoneeseen kulku on henkilökunnan kulunvalvonnalla. Tilojen hätäpoistumistiet on merkitty opasteilla ja merkkivaloilla. Kulkuväylät ja hätäpoistumisreitit pidetään vapaana. Yksikössä on turvavalaistus sähkökatkotilanteita varten ja käytössä on varavoimaverkosto.

Yksikössä on käytössä Vivago hoitajakutsujärjestelmä. Hoitajakutsut ja läsnäolot näkyvät, kanslian seurantamonitoreissa, käytävän tauluilla ja jokaisella hoitajalla käytössä olevassa puhelimesta. Jokainen asiakas ohjataan käyttämään hoitajakutsujärjestelmää tulotilanteessa. Henkilökunta saa kollegiaalista ohjeistusta ja perehdytystä Vivago hoitajakutsujärjestelmän käyttöön. Vivago hoitajakutsujärjestelmän käyttöön on tulossa osaamista päivittävää koulutusta henkilökunnalle ja esihenkilöille.

Kuntoutumiskeskuksen tiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys ja paloturvallisuusohje, jotka päivitetään vähintään 3 vuoden välein tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu yksikön turvallisuusohjeisiin, saa perehdytystä tilojen turvallisuuteen liittyen ja osallistuu Kuukausittain/vuosittain toteutettaviin turvallisuuskävelyihin. Yleisten hälytyslaitteiden tarkastus tapahtuu kerran kuukaudessa kiinteistöhuollon yksikön tarkastamana.

Potilashuoneissa on riittävä ja paikkakohtaisesti säädettävä valaistus. Äänieristys on huomioitu tilasuunnittelussa; potilashuoneissa ja toimistotiloissa toteutuu hyvä äänieristys. Hoitotiloissa ja potilashuoneissa hyödynnetään sermejä ja väliverhoja. Kiinteistössä on käytössä kulunvalvonta sekä tallentava kameravalvonta mm. lääkehuoneessa. Tiloissa on automaattiset paloilmoin ja sammuusjärjestelmät sekä murtosuojajärjestelmät. Järjestelmistä vastaa kiinteistön tekninen huolto. Kameravalvonnan asianmukaisuudesta vastaa hyvinvointialueen turvallisuuspäällikkö.

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

<p>Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut</p>	<p>Perehdytys, säännölliset tarkistukset ja turvallisuuskierrot</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Tietosuoja laki (1050/2018) (linkki) • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Pelastuslaki (379/2011) (linkki) • Säteilylaki 859/2018 (linkki) • STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 • Lääkelaki 395/1987 (linkki) • Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) (linkki) • EUn yleinen tietosuoja-asetus (679/2016) (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelastussuunnitelmat - linkit • Poistumisturvallisuus opas • Yksikön paloturvallisuusohje • Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri • Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

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.

Yksikössämme ei ole käytössä etä- ja digipalveluja.

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

9.3 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

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

<p>Hengitysvajausyksikön päivittäisessä toiminnassa potilaan hoitoon, tutkimiseen ja voinnin seurantaan käytettäviä lääkinnällisiä laitteita ovat esimerkiksi verenpainemittarit, saturaatio- ja pulssimittarit, potilasvalvontamonitorit, hengityskoneet, happi- ja ilmavirtausmittarit ja hengitysteiden imulaite sekä verensokerimittarit. Lisäksi käytetään jäännösvirtsaskannetta, Ekg-laitetta, painon mittaukseen istuma- tai nosturivaakaa. Lääkehoidon toteuttamiseen käytetään tarvittaessa infuusioautomaatteja ja lääkepumppuja. Lisäksi käytössä on ravitsemuksen infuusiopumppuja ja elvytysvälineistöön kuuluva defibrillaattori. Liikkumisen apuvälineinä käytetään esimerkiksi pyörätuoleja, rollaattoreita ja tasofordeja sekä lattiatasonostureita ja seisomanojanosturia. Käytössä on myös sähköiset ja säädettävät potilasvuoteet.</p> <p>Yksikön lääkehoidon toteuttamiseen käytetyt lääkintälaitteet ja lääkintälaitteisiin liittyvä riskinarviointi kuvataan yksikön lääkehoidosuunnitelmassa. Kaikkien lääkinnällisiä laitteita työssään käyttävien, laitteita asiakaskäyttöön luovuttavien sekä puhdistus-, huolto tai ylläpitotehtäviin osallistuvien tulee suorittaa laiteturvallisuuden verkkokurssi. Samoin jokaisen hoitohenkilökunnasta tulee suorittaa digitaaliset laitepassit Laatuportti palvelusta.</p> <p>Yksikössä on käytössä laiterakisteri, jonka ylläpidosta vastaavat lääkintälaittehuolto sekä yksikön laitevastaavat. Laitevastaavat käyvät läpi yksikön laitteet ja huolehtivat laitteiden lähettämisestä vuosihuoltoon. Uudet laitteet tarkistetaan ennen käyttöönottoa lääkintälaittehuollossa.</p>
--

Lääkintälaitteet hankitaan sopimustoimittajilta, ja hankinnassa kiinnitetään huomiota käyttötarkoitukseen sekä helppokäyttöisyyteen. Lääkintälaitteen tulee olla helposti puhdistettava. Ennen laitteen käytön aloittamista hoitohenkilökunta on velvollinen tutustumaan laitteen mukana tulevaan ohjeisiin, jotta voidaan taata käytön turvallisuus. Lääkintälaitteiden käyttöohjeet löytyvät osastonhoitajan huoneesta. Laitevastaavat perehdyttävät muut lääkitälaitteiden käyttöön.

Lääkintälaitteen rikkoutuessa tai vanhentuuessa niin, ettei kyseiseen laitteeseen ole saatavilla enää varaosia, huolehditaan ettei laite aiheuta vaaraa tai sen rikkoutuminen ei tuota hoidon jatkuvuuteen käyttökatkoa. Vanhentuneet laitteet pyritään uusimaan tarpeen mukaan. Osalle lääkitälaitteista on tehty omat ohjeensa joita noudatetaan yleisesti Siun Sotessa. Säännölliset harjoittelut ovat osa lääkitälaitteosaamisen ylläpitoa, kuten EKG-passin suorittaminen viiden vuoden välein tai simulaatioharjoitus sydäniskurin käyttämisestä.

Apuvälineisiin liittyen henkilökunta sekä kuntoutujat saavat perehdytyksen osaston fysioterapeutilta. Ennen kotiutumista varmistetaan oikeaoppinen apuvälineen käyttö sekä perehdytyksen riittävyys kuntoutujalle ja hänen omaisilleen.

Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet tulee ilmoittaa Laatuporttiin mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa. Yksikön osastonhoitajan tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan Laatuportin kautta. Vaaraa aiheuttavan laitteen käyttäminen lopetetaan välittömästi, laite siirretään sellaiseen paikkaan missä se ei voi aiheuttaa vaaraa ja merkitään selkeästi mikä laitteessa on vikana, milloin asia on huomattu, ja onko tapahtuneen johdosta tehty huoltopyyntöä. Asiasta myös tiedotetaan osastonhoitajaa, joka tarvittaessa tekee huoltopyynnön. Laitteiden aiheuttamia vaaratilanneilmoituksia seurataan Laatuportin avulla vuositasolla. Kuntoutujat sekä omaiset ohjataan myös tekemään Laatuporttiin potilasturvallisuusilmoitus, jos he huomaavat vaaran laitteen käytön yhteydessä. Kotiin annettavien apuvälineiden suhteen vikojen ilmetessä kuntoutujia ja omaisia pyydetään olemaan yhteydessä apuvälinevuokraamoon.

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

Laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet	Perehdytys, laitepassi	<ul style="list-style-type: none"> • EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) (linkki) • Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) (linkki) • Säteilylaki (859/2018) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje • Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje • Digitaaliset laitepassit, osastonhoitaja - tietojärjestelmäohje • Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) - tietojärjestelmäohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuuksilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	-------------------------------	---

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.

Hengitysvajausyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu Siun soten lääkehoitosuunnitelman pohjalle, joka pohjautuu STM:n turvallinen lääkehoito-oppaaseen. Yksikön lääkehoito pohjautuu laadittuun

lääkehoitosuunnitelmaan ja sitä päivitetään tarvittaessa, vähintään vuosittain ja aina säädösten, yksikön toiminnan ja olosuhteiden muuttuessa. Päivityksestä vastaa osastonhoitaja yhteistyössä yhdessä yksikön lääkevastaavien ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Patu-ilmoitusten avulla seurataan lääkehoidon laadullista toteutumista.

Yksikössä voidaan antaa lääkkeitä suun kautta, suonensisäisesti, ihonalaisesti/-sisäisesti, lihakseen, silmään, iholle, inhalaatioina ja lääkeannostelijan kautta. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen kuuluu yksikön perehdytysohjelmaan ja jokaisen hoitajan velvollisuuksiin. Uudet hoitajat perehtyvät lääkehoidon toteutukseen kokeneen hoitajan ohjaamana. Lääkehoidon perehdytyksestä täytetään perehdytyslomake. Lääkehoitoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.

Lääkehoitosuunnitelman hyväksyy keskuksen ylilääkäri. Vuosittain tehdään lääkehuoneiden tarkistus lääkevastaavan ja sairaala-apteekin edustajan toimesta. Osastonhoitaja ja lääkevastaavat vastaavat valvonnasta ja ohjeistuksista yhteistyössä. Osastonhoitaja, lääkehoitovastaavat ja sairaanhoitajat vastaavat perehdytyksestä, ja sairaala-apteekin ohjeistuksen välittämisestä henkilökunnalle.

Hoitohenkilöstön lääkehoidon osaaminen varmistetaan Siun soten ohjeistuksen mukaisesti. Henkilökunta suorittaa LOVE-lääkeopintoja - 5-vuoden välein tai tarvittaessa - saadakseen luvan huolehtia kuntoutujien lääkehoidosta. Lupien saamiseksi annetaan myös asianmukaiset näytöt yksikössä. Yksikön sairaanhoitajat ja lähihoitajat suorittavat pakollisina lupina LOP, PKV ja N-luvat, sairaanhoitajat lisäksi IV-luvan. Näiden lisäksi sairaanhoitajien on suositeltavaa suorittaa ABO ja erityisantoreitit/lääkeannostelija-luvat, lähihoitajia suositellaan myös suorittamaan lähihoitajan erityisantoreitit/lääkeannostelija-luvat. Hoitohenkilökuntaa suositellaan suorittamaan myös muita lääkehoidon erityispiirteitä käsitteleviä verkkokursseja, kuten esimerkiksi Kivun lääkehoidon perusteet ja läkkäiden lääkehoito.

Yksikön lääkäri on päävastuussa osastolla olevien potilaiden lääkityksestä ja sen oikeellisuudesta, sekä Mediatri-tietojärjestelmässä olevista lääkelistoista. Tulovaiheessa hoitajat haastattelevat kuntoutujan ja tarkistavat lääkelistan oikeellisuuden. Hoitajat huolehtivat lääkehoidon toteutuksesta lääkemääräysten mukaisesti. Lääkeluvat omaava hoitaja jakaa kerran päivässä seuraavan vuorokauden lääkkeet päivädosetteihin osaston kuntoutujille. Lääkehoidossa käytössä kaksoistarkastus. Jokainen hoitaja vastaa tekemästään lääkehoidosta. Lääkeluvaton hoitaja ei osallistu lääkehoitoon, vaan lääkeluvallinen hoitaja ottaa vastuun lääkeluvattoman hoitajan kuntoutujien lääkehoidosta. Lääkehoidon toteutus kirjataan Mediatriin asianmukaisesti. Osaston lääkkeet tilataan sairaala-apteekista ajantasaisen tarpeen mukaan.

Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa informoidaan potilasta ja hänen hoidostaan vastaavaa lääkärinä. Potilasta hoidetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti ja ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai hoitoon. Potilaalle ja tarvittaessa hänen omaisilleen annetaan tarvittavat toimintaohjeet kotihoitoon lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden vuoksi. Hengitysvajausyksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan yksikön lääkehoitoon liittyvät riskitilanteet yksityiskohtaisesti. Potilaalla on mahdollisuus ilmoittaa kokemistaan

lääkehoitoon liittyvistä vaaratilanteista hoitoa antaneelle organisaatiolle myös anonymisti Laatuportin kautta Siun soten toimintamallin mukaisesti. Potilas voi tehdä kirjallisen (tai erityisestä syytä suullisen) muistutuksen hoitoyksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Potilas voi myös tehdä Suomessa tapahtuneista lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista, joista on aiheutunut hänelle henkilövahinkoa, korvauspyynnön Potilasvahinkovakuutuskeskukseen. Lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta voi myös hakea korvausta. Lisätietoa korvauksen hakemisesta on Lääkevahinkovakuutuksen sivuilla. Tarvittaessa potilasta tai omaista ohjataan ottamaan yhteyttä potilasasiamieheen.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä, kuntoutumiskeskuksen yhteinen

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Mirjam Lyhykäinen,
mirjam.lyhykainen@siunsote.fi, 0503108791

Palveluyksikön lääkehoidosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Jaana Korhonen,
jaana.korhonen@siunsote.fi, 013 330 9927

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoidon turvallisuus		<ul style="list-style-type: none"> • Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Lääkelaki (395/1987) (linkki) • Lääkeasetus (693/1987) (linkki) • Huumausainelaki (373/2008) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas

		<ul style="list-style-type: none"> • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Asiakkaan/potilaan käytössä olevan lääkityksen tarkastaminen	Yksikön lääkehoito-suunnitelma Lääkehoidon perehdytys Viestintä	Linkit saatavilla sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas • Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje -työohje (linkki, sisäinen)

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta palvelua ja hoitoa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Hengitysvajausyksikössä noudatetaan organisaation Infektioiden torjuntayksikön toimintaohjeita aseptiikkaan ja eristyskäytäntöihin liittyen, sekä hyödynnetään infektioidentorjuntayksikön asiantuntijoiden osaamista. Organisaation infektioiden torjuntayksikkö ohjeistaa yksiköitä, tuottaa alueellisesti potilas- ja työohjeet, toimintaohjeet sekä tautikohtaiset työ- ja potilasohjeet, joita noudattamalla infektioiden sekä tarttuvien sairauksien leviämistä yksikössä ehkäistään. Infektio- ja työohjeet ovat henkilöstön löydettävissä intrasta. Yksikössä toimii hygieniavastuuhoitajat, jotka jalkauttavat ohjeen henkilöstön käyttöön ja neuvovat tarvittaessa, miten infektiotilanteissa toimitaan. Jokainen henkilökunnan jäsen on omalta osaltaan vastuussa, että infektioiden torjunta toteutuu osastolla ohjeiden mukaisesti ja tarvittaessa ohjaavat potilaat sekä heidän

		<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lukuisat infektio- ja torjuntayksikön ohjeet löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) (linkki) • Jäteohje 2023 (linkki)
--	--	--

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

<p>Hengitysvajausyksikössä käytetään yksikössä laadittuja työ- ja potilasohjeita sekä suunnitelmia, kuten lääkehoitosuunnitelmaa. Ohjeet löytyvät osaston sisäisestä Teams ryhmästä. Yksikkö käyttää myös muita Siun soten yleisiä sekä muiden yksiköiden laatimia työ- ja potilasohjeita. Hengitysvajausyksikön työohjeet sijoitetaan jatkossa Siun soten Intra sivuille kuntoutumiskeskuksen alle. Työohjeiden siirtoa Intra sivustolle lähdetään toteuttamaan keväällä 2024. Intraan sijoitettavilla työohjeilla on suunniteltu voimassaoloaika, jonka jälkeen ne päivitetään ajantasaiseksi. Ohjeiden laatimiseen sekä päivittämiseen osallistuvat hengitysvajausyksikön työntekijät ja lääkärit. Ohjeet tarkistavat ja hyväksyvät joko neurologi tai keskuksen ylilääkäri. Yksikössä käytetyt ohjeistukset ovat hyvin hoitokäytäntöihin, näyttöön sekä tutkittuun tietoon perustuvia.</p>
--

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
Ohjeet ja suunnitelmat	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma • Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas (linkki, sisäinen verkko) • Videokirjaston sisällöntuottajan opas linkki, sisäinen verkko)
Tulostetut työohjeet	Toimintamallit Työohjeet	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

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.

<p>Neurologinen kuntoutusosasto kehittää valmiuksiaan asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi toimimalla yhteistyössä muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kuten turvallisuuspalvelujen, pelastuslaitoksen ja valvontapalvelujen kanssa. Kuntoutusosastolla noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita, jotka löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista. Ohjeita käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Työntekijät suorittavat organisaation pakolliset Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset. Yhteistyötä tehdään tarvittaessa myös organisaation ulkopuolisten tahojen, esimerkiksi Aluehallintovirasto (AVI) ja Fimean kanssa.</p>

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
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	Säännölliset palotarkastukset	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki)

	Paloturvallisuus-koulutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §. (linkki)
Yhteistyötahoista tietämättömyys	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Yksikön perehdytysohjelma • Yksikön omavalvontasuunnitelma

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.

Hengitysvajausyksikössä noudatetaan organisaation valmiussuunnitelmia, ja henkilökunta osallistuu organisaation yleisiin harjoituksiin sekä tutustuu yksikön toimintaohjeisiin. Kuntoutumiskeskukseen on laadittu oma poistumisturvallisuusselvitys ja paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Turvallisuusohjeet löytyvät yksikön turvallisuuskansiosta ja turvallisuusvastaavat päivittävät kansiota säännöllisesti. Kuntoutumiskeskuksen Pelastussuunnitelma sekä organisaation poikkeusolojen häiriö-, turvallisuussuunnitelmat löytyvät Intrasta. Varautumissuunnittelua käydään läpi yksikössä vuosittain säännöllisesti ja tarvittaessa. Yksikön henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuusohjeisiin ja henkilöstö osallistuu vähintään vuosittain turvallisuuskävelyihin. Henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytyksestä vastaavat esihenkilöt yhteistyössä turvallisuusvastaavien kanssa. Henkilöstön osaamista häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyen ylläpidetään ja kehitetään organisaation järjestämällä säännöllisillä koulutuksilla, esimerkiksi säännöllisillä alkusammutus- ja evakointikoulutuksilla.

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
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Suunnitelmat päivitetään säännöllisesti	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § (linkki) • Valmiuslaki (1552/2011) 12 § (linkki) • Pelastuslaki (379/2011) 15 § (linkki) Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje • Tarkastuslista varautuminen sähkökatko

		<ul style="list-style-type: none"> • Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje • Suuronnettomuussuunnitelma
--	--	--

9.7.3 Terveystsuojelu

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

<p>Mahdollisia tilojen terveystyyteen vaikuttavia tekijöitä tunnistetaan ja kirjataan vuosittaisen työpaikkaselvityksen riskienarvioinnin yhteydessä, jossa myös suunnitellaan tarvittavia toimenpiteitä riskien pienentämiseksi ja hallitsemiseksi. Havaintoja tulee esiin myös henkilöstön, kuntoutujien tai omaisten antamista palautteista. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, ja riskeistä tiedotetaan asianmukaisesti organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Havaituista turvallisuuspoikkeamista tulee ilmoittaa yksikön osastonhoitajalle sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, mikäli poikkeama vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta tai työturvallisuutta. Osastonhoitaja vastaa ilmoitusten käsittelystä ja korjaustoimenpiteiden eteenpäin viemisestä. Kemikaalien turvalliseen käyttöön liittyen yksikössä käytettävät kemikaalit on tunnistettu ja niiden käytössä noudatetaan turvallisia toimintatapoja, jotka huomioidaan perehdytyksessä. Kemikaaliluettelo on henkilökunnan nähtävillä.</p>
--

<p>Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Terveystsuojelu	<p>Jokaisen velvollisuus pitää työympäristö turvallisena.</p> <p>Havaituista poikkeamista tiedotetaan osastonhoitajaa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terveystsuojelulaki (763/1994) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje

		<ul style="list-style-type: none"> • Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri
--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 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.

<p>Potilas tunnistetaan hengitysvajausyksikössä organisaation tunnistusohjeen mukaisesti. Hoitohenkilökunta varmistaa, että yksikköön siirtyvällä potilaalla on tunnistusranneke. Potilaan tunnistaminen sisältyy osaston perehdytysohjelmaan. Kotiutustilanteessa kotiuttava henkilö poistaa tunnisterannekkeen kuntoutujalta ja se hävitetään tietosuojajätteenä. Jokainen työntekijä on itse vastuullinen varmistamaan jokaisessa hoidon vaiheessa, että kyseessä on oikea potilas/asiakas. Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki)

		Linkit saatavissa sisäisessä verkossa <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö • Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa -työohje
--	--	---

10.2 Häätötilapötilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

<p>Hengitysvajausyksikön hoitohenkilökunta suorittaa vuosittain häätötilapötilaan tunnistaminen taso 3 ja elvytyskoulutuskokonaisuuden. Koulutuksen aikana käydään läpi NEWS-mittarin (National Early Warning Score) käyttäminen. Pisteytys antaa arvion potilaan riskiluokasta ja sen hetkisestä tilasta. Jokaiselle riskiluokalle on määritelty omat toimintaohjeet ja elintöimintöjen seuranta. Hoitohenkilökunta koulutetaan reagoimaan mittauksista saatuun tietöön sekä toimimaan ohjeistuksen mukaisesti. Hengitysvajausyksikössä ei ole erikseen MET-ryhmää vaan lisäävuksi hälytetään yksikön/kerroksen omaa henkilöstöä sekä tarvittaessa soittamalla hätänumeroon 112. Jos huomataan, että osaamispuutteita ilmenee, tehostetaan kouluttamista. Kuntoutumiskeskuksessa on useita elvytyskouluttajakoulutuksen saaneita työntekijöitä, ja keskuksen sisäisiä elvytyskoulutuksia järjestetään vuosittain.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häätötilapötilaan ja -asiakkaan tunnistaminen	Vuosittaiset koulutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) <p>Linkit saatavilla sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • MET-kriteerit (maakunta) • MET-kriteerit (keskussairaala) • Häätötilapötilaan seurantaavake

		<ul style="list-style-type: none"> • Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot
--	--	--

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.

Hengitysvajausyksikön keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat erilaiset terapeutit, sosiaalityöntekijät, apuvälinepalvelut, laboratorionpalvelut, kuvantamispalvelut, erikoissairaanhoidon palvelut, laitoshuollon palvelujen tuottajat sekä erilaiset kuljetus-, palo- ja pelastuspalvelut. Jokainen hoitoon osallistuva taho kirjaa osaltaan asianmukaisesti, huolellisesti ja ajantasaisesti potilastietojärjestelmään, jonka välityksellä tietoa välitetään esimerkiksi kirjauksilla, hoitomääräyksillä ja työviesteillä. Lisäksi käytössä on suullinen raportointi sekä moniammatilliset palaverit. Suullisessa raportoinnissa käytetään hyödyksi ISBAR- menetelmää suullisen tiedonkulun varmistamiseksi. Asiakkaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on asiakkaan hoidon kannalta välttämätöntä. Lisäksi tietoa välitetään potilaan luvalla omaisille/läheisille suullisesti. Monialaisen yhteistyön käytännöt sekä yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan perehdytyksen yhteydessä, ja osaaminen kehittyy jatkuvasti työkokemuksen myötä.

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
Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys	Perehdytys Koulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) (linkki) • Laki hyvinvointialueesta (611/2021) (linkki) • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) (linkki) • Sosiaali- ja terveysministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) (linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yksikön oma kotiutusprosessikuvaus • Yhteisasiakasihjaus -työohje(linkki) • ISBAR taskukortti(linkki) • ISBAR vastaanottolomake(linkki)
--	--	--

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.

<p>Hengitysvajausyksikön potilaiden kivunhoito huomioidaan osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Yksilöllisesti valittavaa kipumittaria voidaan käyttää apuna kivun ja kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Kivunhoidosta konsultoidaan tarpeen mukaan lääkäreitä. Kivunhoitoa ja hoidon vaikutuksia seurataan ja ne kirjataan potilastietojärjestelmään. Henkilöstö suorittaa Kivun lääkehoito -verkkokurssin.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kivunhoito	Koulutus Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Kivun hoidon ohjeistus (linkki, sisäinen verkko) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki)

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.

Hengitysvajausyksikössä on olemassa kaatumisen ehkäisemiseksi useita ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tehokas kaatumisen ehkäisy sisältää kaatumisvaaran arvioinnin, henkilökohtaisen kaatumisvaaran ehkäisyn suunnitelman sekä sen systemaattisen toteuttamisen yleisten kaatumisenehkäisykeinojen lisäksi. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-mittarin avulla. Mittari auttaa tunnistamaan henkilöt, joiden kaatumisriski on suurentunut. Mittaustulos kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään, sekä SEPA-työkalulle. Tieto erittäin korkeasta kaatumisvaarasta lisätään kuntoutujan riskitietoihin. Uusille kuntoutujille kaatumisvaaran arviointi tehdään tulovaiheessa, ja mittari päivitetään tarpeen mukaan.

Mahdolliset kaatumiset ja putoamiset kirjataan Haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään (Mediatri) sekä niistä tehdään haittatapahtumakirjaus Laatuporttiin. Mahdollisia Läheltä piti -tilanteita ei kirjata Mediatriin, niistä tehdään Vaaratilanneilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Mahdolliset Läheltä piti -tilanteet ja haittatapahtumat käsitellään yksikössä ja toimintaa kehitetään vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Jokainen työntekijä suorittaa kaatumisen ehkäisyn verkko-opinnot Oppiportissa. Haittatapahtuman ja vaaratilanneilmoituksen kirjaamisesta käytössä on organisaation yleiset ohjeet ja verkkokoulutukset kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi.

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
Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/)(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet

		<ul style="list-style-type: none"> • Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi
Kaatumisvaarassa olevan asiakkaan/potilaan tunnistaminen	FRAT- kaatumisriskin arviointimittarin käyttö Osaamisen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje(linkki, sisäinen verkko) • FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje • Yksikön koulutussuunnitelma
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje(linkki, sisäinen verkko) • Yksikön koulutussuunnitelma

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 tehtävänkuvansa mukaisesti.

Monilla hengitysvajausyksikön potilailla on kohonnut vajaaravitsemuksen riski. Potilaiden ravitsemustilaa tarkkaillaan ja arvioidaan hoitajakson aikana, arvioinnissa hyödynnetään NRS2002-mittaria. Mittarin käytöstä on sovittu yksikkökohtaiset periaatteet, ja sen käyttö kirjataan ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmään. Vajaaravitseminen huomioidaan potilaan ateriatilauksissa, ja kuntoutujia avustetaan ruokailussa, mikäli he eivät siihen itse pysty. Ravitsemuksen tukena käytetään tarvittaessa ravintolisiä sekä ravitsemusterapiaa. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa

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

Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Ravitsemushoidon opas(linkki, sisäinen verkko) • Ravitsemushoitosuunnitelma
-------------------------------------	------------	--

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Hengitysvajausyksikössä tunnistetaan kohonneen painehaavariskin potilaat, riskin arvioinnissa hyödynnetään Braden- mittaria. Arviointi päivitetään tilanteen muuttuessa. Mittarin käyttö kirjataan ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmä Mediatriin. Mahdolliset painehaavat kirjataan Haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään sekä tehdään Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin. Painehaavariskiä ja mahdollisia painehaavojen esiintymistä seurataan käytännön työssä ja Vaaratilanneilmoitusten perusteella. Havaintojen perusteella toimintaa pyritään kehittämään ja riskiä pienentämään. Hengitysvajausyksikössä painehaavojen ennaltaehkäisyyn on käytössä apuvälineitä kuten painetta keventäviä patjoja, pehmusteita, tynnyjä ja istuinpehmusteita. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä huomioidaan myös potilaan asentohoito. Henkilöstön osaamista varmistetaan koulutuksilla ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksessa. Yksikössä nimettyjä painehaava- sekä paineilmapatjavastaavia, jotka tarkkailevat säännöllisesti Braden mittarin käyttöä, patjojen toimintaa sekä niiden käytön oikeellisuutta.

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
Painehaavariski	Koulutus/	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki)

	ohjeistus	<ul style="list-style-type: none"> • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma (linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje • BRADEN-riskiluokitusmittari
--	-----------	--

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske yksikköä

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

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.

Hengitysvajausyksikössä potilaat voivat olla alttiita akuutin sekavuustilan kehittymiselle. Hengitysvajausyksikön henkilöstö havainnoi potilaan käyttäytymisen muutoksia ja konsultoi tarvittaessa lääkäriä, ja potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Akuutin sekavuustilan tunnistamisessa ja hoidossa käytetään Siun soten ohjetta: [Akuutti sekavuustila \(delirium\) - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden ja käytäntöjen kertaamisella osastokokouksissa.

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
Akuutti sekavuustila	Koulutus/ ohjeistus	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) • Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut(linkki)

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-, huumaussaine- 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.

Hengitysvajausyksikön henkilöstö huomioi ja tiedustelee potilaan mahdollista nikotiinituotteiden käyttöä ja kannustaa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen. Kuntoutujalle annetaan neuvontaa ja ohjausta nikotiinituotteiden käytön riskeihin liittyen. Lisäksi potilasta ohjeistetaan nikotiinikorvaustuotteiden käytön mahdollisuudesta, ja avustetaan tarvittaessa esimerkiksi nikotiinilaastarin käytössä. Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023–2025](#) (linkki, sisäinen)

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Hengitysvajausyksikön henkilöstö huomioi, tiedustelee ja tunnistaa potilaan mahdollista alkoholin riskikäyttöä. Potilasta kannustetaan ja ohjataan alkoholin käytön vähentämiseen ja hänelle annetaan neuvontaa ja ohjausta alkoholikäytön riskeihin liittyen. Tarvittaessa konsultoidaan päihdetyöntekijöitä ja kuntoutuja ohjataan hoidon piiriin. Päihteiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään [Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023–2025](#) (linkki, sisäinen)

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.

Hengitysvajausyksikössä huomioidaan, tiedustellaan ja tunnistetaan potilaan mahdollista huumausaineiden käyttöä ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden väärinkäyttöä. Potilaalle annetaan neuvontaa ja ohjausta huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden riskeihin liittyen. Huumausaineiden ja muiden päihteiden käyttöön liittyen potilas ohjataan tarvittaessa päihdepalvelujen hoidon piiriin. Myös huumausaineiden käytön puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään [Ehkäisevän päihdetyön ohjeita Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023–2025](#) (linkki, sisäinen)

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.

Jos hengitysvajausyksikössä huomioidaan tai tunnistetaan potilaan mahdollisia rahapelaamiseen liittyviä asioita tai rahapelaamisen aiheuttamia haittoja, ohjataan potilas tarvitsemansa avun piiriin. Rahapelaamisen puheeksi ottamisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa hyödynnetään Ehkäisevän päihdetyön ohjeita [Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut](#) (linkki). Henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: Siun soten [Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023–2025](#) (linkki, sisäinen)

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.

Hengitysvajausyksikön hoitohenkilökunta havainnoi potilaiden mielenterveyttä muun hoidon yhteydessä mielenterveyden haasteiden varhaiseksi tunnistamiseksi. Henkilöstön osaamista varmistetaan organisaation sekä kuntoutumiskeskuksen sisäisillä ohjeilla ja koulutuksella, kuntoutumiskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan työpanoksella sekä tarvittaessa käytäntöjen/ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015 (linkki) • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025(linkki, sisäinen) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma(linkki) • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 (linkki, sisäinen verkko) • Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen - työohje(linkki, sisäinen verkko) • Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palveluketjut(linkki)
--	--	--

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.

<p>Jos hengitysvajausyksikön potilaskontakteissa tunnistetaan itsemurhavaaraa aiheuttavia riskitekijöitä, tai jos kuntoutuja tuo esiin itsemurhaan viittavia ajatuksiaan, hänet ohjataan ja autetaan tarvitsemansa avun piiriin. Kuntoutumiskeskuksessa työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka palvelut ovat kuntoutujien käytettävissä. Asiakkaan ohjaamisessa hyödynnetään Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjeita, ja henkilöstön osaamista varmistetaan ohjeita kertaamalla.</p> <p>Lue lisää: Siun soten Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma (linkki, sisäinen)</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhavaara	Henkilökunnan perehdytys, ohjeiden hyödyntäminen, sisäiset koulutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) (linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpide-ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma. (linkki, sisäinen verkko)
--	--	---

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.

Jos hengitysvajausyksikössä tunnistetaan potilaan kohdanneen väkivaltaa tai potilas tuo sen itse esille, asia otetaan puheeksi ja hänet ohjataan tarvitsemansa avun piiriin. Kuntoutumiskeskuksessa työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka palvelut ovat kuntoutujien käytettävissä. Henkilöstön osaamista varmistetaan perehdytyksessä sekä ohjeiden kertaamisella osastokokouksissa.

Lue lisää: [Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi](#) (linkki)

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
Asiakkaan/potilaan kohtaama väkivalta	Perehdytys, ohjeiden kertaus osastokokouksissa	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) (linkki) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (linkki) • THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi(linkki) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026(linkki) <p>Linkit saatavissa sisäisessä verkossa</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen työkaluna • Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhrille-minimittari • Alaikäisiin kohdistuvat pahoinpitely- ja seksuaalirikosepäilyt -työohje
--	--	---

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
Lääkeosaamisen ylläpitäminen ja varmistaminen	Näytönvastaanottajien koulutus myös lähihoitajille.	2024
Perehdytyksen laadun parantaminen	Perehdyttäjien osaamisen varmistaminen. Yksikkökohtaisen perehdytysohjelman päivittäminen. Osaamisen vahvistaminen hengitysvajauspotilaan hoidossa.	2024
Viestinnän vakioiminen kaikkien Hengitysvajaustiimien osalta.	Pysyvien yhteistoimintamallien vakiinnuttaminen ja ylläpito	2024

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).

Esihenkilöt seuraavat omavalvontasuunnitelman toteutumista. Omavalvontasuunnittelun seuranta toteutetaan kuukausittain hyödyntämällä esimerkiksi Vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, Haittatapahtumaraportointitietoa (kuten hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat), mahdollisten muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkojen raportointitietoa sekä potilaspalautteita. Omavalvontasuunnitelma päivitetään aina säännösten muuttuessa ja, jos toimintaympäristössä tapahtuu palvelun laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi henkilöstön kanssa vuosittain ja päivitetään vähintään kerran vuodessa esihenkilöiden toimesta.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatu internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_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))