

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 2B

Laatija(t) Tossavainen Kati, osastonhoitaja

Tarkastaja Piironen Merja, ylihoitaja

Hyväksyjä Jäntti Helena, 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 vastuuhenkilö(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	15
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	15
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	16
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	17
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	17
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	18
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	19
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	19
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	21

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	21
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö	22
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	22
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	24
7.5	Johtamisosaaminen	24
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	26
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	26
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	27
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	27
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	28
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	29
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	29
9.2	Etä- ja digipalvelut	30
9.3	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	32
9.5	Infektioiden torjunta	34
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	34
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	35
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	36
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	37
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	37
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	37
9.7.3	Terveydensuojelu	38
10	Palvelun sisällön omavalvonta	38
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	39
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	39

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	40
10.4	Kivunhoito	41
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	41
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	42
10.7	Painehaavojen ehkäisy	43
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	44
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	45
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	45
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	46
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	46
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	46
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	46
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	47
10.11	Itsemurhien ehkäisy	47
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	48
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	48
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	48
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	49
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	49
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	49
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	50

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Operatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 2B, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto	Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito
Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan	Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestö. Osastolla hoidetaan ortopedian ja traumatologian, plastiikkakirurgian sekä verisuonikirurgian erikoisalojen potilaita. Tarvittaessa myös muiden kirurgian erikoisalojen potilaita.
Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	20

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri Seija Torssonen, seija.torssonen@siunsote.fi , 013 3303981 Oh Kati Tossavainen, kati.tossavainen@siunsote.fi , 013 3303155 vs.aoh Sari Virnes sari.virnes@siunsote.fi 013 3307848
Palvelupäällikkö	Helena Jantti, helena.jantti@siunsote.fi , 0133303718
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Operatiivinen klinikkaryhmä on Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialueen alaista sairaalapalvelua, jota johtaa palvelujohtaja. Operatiivista klinikkaryhmää johtaa palvelupäällikkö yhdessä ylihoitajan kanssa. Operatiivisten klinikoiden ylilääkärit johtavat oman erikoisalansa toimintaa yhdessä osastonhoitajien kanssa.</p> <p>Osasto 2B kuuluu operatiiviseen palvelualueeseen osana terveys- ja sairaanhoitopalveluita.</p> <p>Osasto 2B:n lähiesihenkilöinä työskentelevät ylilääkäri (lääketieteellinen johto) sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäinen yksikön johto painottuu hoitotyön esihenkilöille.</p>
--

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

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

Siivouspalvelut	1 palveluntuottaja
Tietotekniset palvelut/ Service desk	1 palveluntuottaja

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

Osastolla 2B ostopalveluiden hankinnasta ja hankintaosaamisesta vastaa operatiivisen alueen palvelupäällikkö yhdessä ylilääkärin ja ylihoitajan kanssa tehden tiivistä yhteistyötä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hankinta- ja sopimusasiatuntijoiden kanssa.

Ostopalvelun laatua ja asiakasturvallisuutta seurataan ja valvotaan jo hankintavaiheessa asettamalla tuotteille ja/tai palvelulle vähimmäisvaatimuksia. Osasto 2B:n työntekijöillä ei ole ostopalvelun hankintavastuuta, työntekijöillä on velvollisuus raportoida ostopalvelun laadun ja turvallisuuden poikkeamista omille esihenkilöille ja palvelupäällikölle. Lisäksi ostopalvelujen laatua seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta sekä asiakas- ja henkilöstöpalautteiden kautta.

Osasto 2B:llä hyödynnetään organisaation tarjoamia hankinta- ja ostopalvelukoulutuksia ja tehdään tiivistä yhteistyötä hankintayksikön kanssa.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Osasto 2B:n tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito ortopedian ja traumatologian erikoisalalan potilaille. Lisäksi osastolla hoidetaan myös muiden kirurgian erikoisalojen potilaita, kuten

plastiikkakirurgian ja verisuonikirurgian potilaita. Potilaat saavat sairautensa vaatimaa hoitoa päivystyksellisesti tai suunnitellusti.

Tavoitteena on järjestää laadukasta ja yhdenvertaista erikoissairaanhoidon palvelua vuorokauden ympäri.

Osasto 2B järjestää vuodeosastohoitoa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestölle.

Päivystyksellisesti vuodeosastohoitoa voi tarvita myös muiden alueiden väestö, jolloin heidän hoitonsa järjestetään kunnes he pystyvät siirtymään omalle paikkakunnalle hoitoon.

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.

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

Osastolla 2B arvot ohjaavat jokapäiväistä toimintaa. Asiakslähtöisyys tarkoittaa osastolla sitä, että potilaan hoito tehdään yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän osallistumisensa pyritään mahdollistamaan sekä hoidon suunnitteluun että toteutukseen. Tavoite on hoitaa potilaita yhteisymmärryksessä heidän kanssaan.

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

Pyrimme huomioimaan potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kaikissa toiminnoissamme. Huolehdimme myös, että osaston toimintaympäristö on turvallinen sekä asiakkaille että siellä työskenteleville. Toimimme yhdenvertaisesti kohdellen potilaita tasapuolisesti sukupuolesta, iästä, yhteiskunnallisesta asemasta, varallisuudesta, toimintakyvystä ja asuinpaikasta riippumatta. Kaikki osastolla 2B työskentelevät ovat

tasa-arvoisia ja takaamme kaikille samat mahdollisuudet kehittyä. Kaikki työntekijämme ovat yhtä arvokkaita ja heillä on oikeus tulla kuulluksi.

Osastolla 2B vastuullisuus ilmenee siten, että toimitaan sekä lainsäädännön että Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen ohjeistuksia noudattaen. Jokainen työntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisessä ja kehittämisessä osallistumalla koulutuksiin ja oman työnsä kehittämiseen strategisten painopisteiden mukaisesti. Seuraamme myös toimintamme laatua tilastollisin menetelmin. Kehitämme toimintaamme moniammatillisesti saamamme palautteen mukaisesti.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Osastolla 2B omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaa lähiesihenkilöt yhdessä osaston ylilääkärin kanssa.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Osaston 2B omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat lähiesihenkilöt. Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat alustavan omavalvontasuunnitelman.

Alustava suunnitelma käydään läpi työyksikössä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus kommentoida sitä ja ehdottaa muutoksia. Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja/ tai muutetaan henkilökunnalta saadun palautteen mukaisesti.

Omavalvontasuunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös potilailta ja heidän omaisiltaan saatu palaute ja kehittämis ehdotukset. Omavalvontasuunnitelma on potilaiden nähtävillä, joka mahdollistaa siihen perehtymisen ja kehittämis ehdotusten havaitsemisen.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

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

Osaston 2B ajantasainen omavalvontasuunnitelma on nähtävissä tulosteena yksikön yleisellä ilmoitustaululla, jossa se on helposti asiakkaiden saatavilla. Ajantasainen suunnitelma löytyy myös aina Siun soten Intran tiedostopankista.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

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

Ylihoitaja vastaa vastuualueensa hoitotyön asiakas- ja potilasturvallisuudesta sekä laadusta ja näiden edistämisestä. Hän myös vastaa turvallisen ja laadukkaan hoidon edellyttämän hoitohenkilöresurssin

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

Osastolla 2B riskienhallinnasta vastaavat lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Yksiköön tehdään riskienarviointi, jota päivitetään aina toiminnan muuttuessa. Osastolla tehdään myös viiden vuoden välein työpaikkaselvitys yhdessä työterveyshuollon kanssa. Jokainen osaston 2B työntekijä on velvollinen tuomaan esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat ja osallistumaan parantavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Henkilöstön kuuluu tietää osaston tunnistetut riskit.

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

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

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Osastolla 2B laaditaan laatujärjestelmään (Laatuportti) riskienarviointi, jota päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan muuttuessa. Riskienarvioinnissa pyritään huomioimaan yksikön toimintaan ja ympäristön liittyvät riskit jo ennalta ja suunnittelemaan sekä toteuttamaan tarvittavat korjaukset.

Osastolla 2B tehdään myös säännöllisesti turvallisuuskierroja, jotka toimivat ennakollisina riskienarviointimenetelmänä. Riskejä ja toimintaa arvioidaan myös osana joka päiväistä työtä. Turvallisuuskierroilla pyritään havaitsemaan mahdolliset turvallisuuspoikkeamat ennaltaehkäisevästi ja suunnittelemaan toiminta- ja työympäristö niin, että nämä saadaan poistettua/hallintaan. Turvallisuuskierrojen järjestämisestä vastaa yksikön lähiesihenkilöt. Turvallisuuskierrolle osallistuvat kaikki osastolla työskentelevien ammattiryhmien edustajat, osaston turvallisuusvastaava sekä tarvittaessa myös työsuojelun edustaja. Tehdyt riskienarvioinnit ja turvallisuuskierrojen tulokset käydään läpi henkilökunnan kanssa osastokokouksessa ja ne löytyvät myös yksikön turvallisuuskansiosta.

Riskien arvioinnin lisäksi Siun sotessa seurataan infektioidentorjuntayksikön toimesta käsihuuhtekulutuksen määrää sekä infektioita. Infektioiden esiintyvyyttä ja käsihuuhtekulutusta seurataan säännöllisesti ja KyhKä-

käsihuuhdehavainnointia suoritetaan kuukausittain. Infektioseurantaa (Prevalenssi) tehdään vuosittain. Hoitoon liittyvällä infektiolla (ennen sairaalainfektio) tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkanutta infektiota. Työyksikössä on hygieniavastuuryhmä.

Potilaalle hoidon aikana syntyneet infektiot ovat erillisiä infektioita, jotka ilmoitetaan Sairaalan Antibiootti- ja Infektioiden seurantajärjestelmään (SAI). Jos potilaalla on infektio jo hoitoon tullessaan tai potilaan katsotaan saaneen tartunta ennen hoitojakson alkua, katsotaan infektio avohoidossa alkaneeksi infektioksi, ellei infektio ole seurausta edelliseltä hoitojaksolta. Kun hoitoon liittyvä infektio todetaan, tulee se rekisteröidä välittömästi SAI-järjestelmään. Tämä on edellytyksenä sille, että sairaalainfektioiden seurantajärjestelmä on reaaliaikainen. Hoitojaksoihin liittyvien infektioiden seurannasta ja rekisteröinnistä on asetettu velvoite vuoden 2004 alussa voimaan astuneessa Tartuntatautilaissa (935/2003). Myös uudistettu Tartuntatautilaki (2016) velvoittaa terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksiköitä seuraamaan ja torjumaan hoitoon liittyvät infektiot.

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).

Osastolla 2B on käytössä Laatuportti niminen laatujärjestelmä, johon turvallisuuspoikkeamat ilmoitetaan. Kaikki ammattiryhmät ovat velvollisia ilmoittamaan laatupoikkeamista. Henkilökunnan on myös mahdollista ilmoittaa vaaratilanteista ym. turvallisuushavainnoista lähiesihenkilölle suullisesti ja/tai kirjallisesti.

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

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

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

Lääkkeistä tai rokotteista haittavaikutusilmoitukset tehdään sähköisesti Fimealle. Jos verensiirtoihin liittyy vaara- tai poikkeamatilanteita, ilmoitetaan niistä Verikeskuksen asiakas ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis2) kautta.

Jos vaaratilanne /haittatapahtuma tapahtuu, kirjataan se Mediatri – haittatapahtumakirjauksena. Jos vaaratilanne / haittatapahtuma liittyy putoamiseen, kaatumiseen tai painehaavaan, tilanteen havainnut työntekijä tekee kirjauksen tapahtumasta Laatuporttijärjestelmän lisäksi myös asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Painehaava arviointia tehdään yksikössä Braden mittarilla ja haittatapahtumat kirjataan Mediatriille.

Osastolla tehdään tarvittaessa myös huoli-ilmoituksia ikääntyneiden palvelujen tarpeesta.

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 kehittämiseksi, jotta samankaltaisen tapahtuman toistuminen voidaan estää.

Osaston 2B vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset tulevat ensimmäisenä esihenkilöille käsiteltäväksi.

Esihenkilöt (hoitotyön ja lääketieteellinen lähijohto) käsittelevät ilmoitukset vastuualheidensa mukaisesti. Esihenkilön tehtävänä on selvittää poikkeaman juurisyy ja pohtia tarvittaessa moniammatillisesti, miksi näin on tapahtunut. Käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuportti-järjestelmään. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittely aloitetaan 14 vrk kuluessa sen saapumisesta.

Esihenkilöt käsittelevät vaara- ja poikkeamatilanteet osastokokouksessa yhdessä työntekijöiden kanssa. Tällöin voidaan vielä yhdessä miettiä, miksi kyseinen poikkeama/vaaratilanne on tapahtunut ja miten jatkossa voidaan toimintaa muuttaa niin, ettei kyseinen tilanne uusiudu. Tarvittaessa asiat käsitellään moniammatillisesti. Esihenkilö kirjaa käsittelyn ja ehdotetut muutokset Laatuporttijärjestelmään. Lisäksi osastokokouksesta tehdään lähiesihenkilön toimesta muistio, johon käsittelyyn liittyvät asiat myös kirjataan.

Esihenkilö täydentää tapahtuman käsittelyssä havaitut asiat vaara/poikkeamailmoitukseen. Esihenkilö kirjaa ilmoituksen yhteenveto-osioon ne tiedot, jotka hän haluaa näkyvän ilmoituksen tekijälle. Lopuksi hän kuittaa ilmoituksen valmiiksi. Kaikki vaara/poikkeamatilanneilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden sisällä niiden saapumisesta, jonka jälkeen ne arkistoidaan järjestelmään.

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

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Osastolla 2B todettuihin riskeihin ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan viiveettä. Esihenkilö kirjaa ilmoituksia käsitellessään niihin yhdessä sovitut kehittämistoimenpiteet, kehittämistoimenpiteiden aikataulun ja niistä vastaavat henkilöt. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelusta ja suorittamista koordinoinnista vastaavat lähiesihenkilöt (osastonhoitaja ja ylilääkäri). Kehittämistoimenpiteen vastuuhenkilöksi voidaan kuitenkin nimetä joku muu yksikön työntekijä, joka työskentelee esihenkilöiden tukemana.

Kehittämistoimenpiteiden määräaika suunnitellaan tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistoimenpiteet pyritään suorittamaan kuitenkin kohtuullisessa ajassa sen laajuudesta riippuen. Esihenkilöt seuraavat kehittämistoimenpiteiden etenemistä ja pitävät myös henkilöstön ajantasalla. Myös toiminnan kehittymistä/parantumista seurataan, jotta suunniteltujen toimenpiteiden vaikutukset ja käyttöönotto pystytään varmistamaan. Esihenkilö kirjaa seurantatiedot Laatuportti -järjestelmään. Toimintaa pyritään kehittämään saadun palautteen perusteella paremmaksi.

Potilaiden ja heidän läheistensä tekemät vaara- ja poikkeamailmoitukset käsitellään samalla tavoin kuin henkilökunnan tekemät. Ilmoituksissa saatua palautetta hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä. Palautteen antajaan ollaan yhteydessä, jos hän on antanut yhteistietonsa. Yhteydenotosta vastaa yksikön esihenkilöt omien osaamisalueidensa mukaisesti.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Osaston 2B henkilöstölle tiedotetaan muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä lähiesihenkilöiden toimesta. Tiedottaminen tehdään sekä osastokokouksessa (suullisesti) että muistiolla (kirjallisesti). Tarvittaessa muutoksesta laaditaan kirjallinen ohje, joka tallennetaan Siun soten intran tiedostopankkiin sisäistä käyttöä varten.

Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksesta on tarpeen tiedottaa osaston 2B yhteistyötahoja laajemmin, hyödynnetään tiedottamisessa Siun soten sisäistä intraa ja sähköpostitiedotusta.

Jos korjaavista toimenpiteistä ja/tai muutoksista on tarpeen tiedottaa potilaita/asiakkaita laajasti, osaston lähiesihenkilö keskustelee laajemasta tiedotustarpeesta ylilääkärin ja/tai ylihoitajan kanssa. Tarvittaessa

konsultoidaan Siun soten viestintäasiantuntijoita. Viestintäkanava valitaan yhdessä tapauskohtaisesti sen mukaisesti, kenelle viesti halutaan pääasiallisesti kohdentaa.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laatuportti-järjestelmän käyttö ei ole kaikilla hallussa	Opastus ja perehdytys	Siun soten intran Laatuportti-järjestelmän käyttöohjeet

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).

Operatiivisen klinikkaryhmän palveluihin vaaditaan lähete perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Lähetteen käsittelyaikaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jota Operatiivisessa klinikkaryhmässä

noudatetaan. Operatiivisessa klinikkaryhmässä hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmen (3) viikon sisällä lähetteen saapumisesta.

Suunniteltuun leikkaukseen tulevien potilaiden kohdalta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioi kunkin erikoisalan erikoislääkäri. Hoidon tarpeen arviointi on tehty lääketieteellisten syiden perusteella kirurgian poliklinikalla. Leikkausajankohta voi vaihdella yhdestä viikosta kolmeen kuukauteen. Suunnitellusti leikkaukseen tulevat potilaat haastatellaan kirurgian poliklinikan yksikön toimesta ja potilaille varataan tarvittavat tutkimukset ennen leikkausta. Leikkausten peruuntumisia (potilaasta johtuvat syyt/ organisaatiosta johtuvat syyt) seurataan tilastojen kautta.

Päivystyspotilaat tulevat osastolle 2B päivystyksen kautta. Päivystyspotilaan leikkauksen kiireellisyyden arvioi potilaan hoidosta vastaava lääkäri. Leikkausvalmistelut tehdään osaston henkilökunnan toimesta. Suuri päivystysleikkausten määrä voi siirtää kiireettömien leikkausten ajankohtaa.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Operatiivisen klinikkaryhmän hoitoon pääsyä ohjaa terveydenhuoltolaki. Operatiivien klinikkaryhmä vastaa oman vastualueensa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä poliklinikalle kiireellisyyсарvioinnin perusteella. Poliklinikka käynti tulee järjestää kohtuullisessa ajassa (3 kk). Poliklinikkakäynnillä arvioidaan leikkaushoidon kiireellisyys. Leikkaushoito tulee järjestää viimeistään kuuden (6 kk) kuukauden kuluessa poliklinikkakäynnillä tehdystä kiireellisyyden arvioinnista. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa erikoissairaanhoidon tulleen lähetteen käsittely ja sen mukaan tilannekohtainen hoidon tarve.

Päivystyspotilaat otetaan osastolle hoitoon osaston paikkatilanteen mukaan. Mikäli osasto 2B on ylipaikkatilanteessa, potilas sijoitetaan toiselle osastolle. Paikan vapautuessa oman erikoisalan potilas otetaan osastolle 2B toiselta kirurgiselta vuodeosastolta. Joskus päivystyspotilas voi joutua odottamaan vapautuvaa paikkaa päivystyksessä. Väestölle tiedotetaan ruuhkatilanteista (Päivystys ja vuodeosastot ovat täynnä) sanomalehti Karjalaisessa sekä alueuutisissa.

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

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Lääketieteellisen hoitosuunnitelman tekee lääkäri hoidon tarpeen mukaisesti. Päivittäisestä hoitosuunnitelman teosta vastaa sairaan-/ lähihoitaja yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma päivitetään jokaisessa työvuorossa. Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan jokaisessa työvuorossa. Potilasta tai hänen läheistensä kuullaan hoitoon liittyvissä asioissa.

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

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Osastolla 2B kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja halutessaan myös kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat siis toiminnan lähtökohtana. Mikäli potilas kieltäytyy täysin hoidosta kesken hoitajakson, vaikka hoito on lääketieteellisesti perusteltua, potilas allekirjoittaa lomakkeen: *poistuminen omalla vastuulla*.

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

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

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Uuden työntekijän ja opiskelijoiden perehdytyksessä käydään

läpi potilaan itsemääräämisoikeutta. Myös organisaation järjestämällä koulutuksilla pystytään varmistamaan henkilöstön osaamista.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Terveydenhuollon potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaisesti potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Osastolla 2B potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä ja tarvittaessa kuullaan hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista hoidon tarvetta arvioidessa tai hoitoa suunniteltaessa. Mikäli itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille, tehdään se käyttäen lievintä mahdollista itsemääräämisoikeudenrajoituskäytäntöä.

Osastolla 2B potilaiden mahdolliseen uhkaavaan käyttäytymiseen pyritään varautumaan ennalta ja varaamaan paikalle riittävästi henkilökuntaa. Tarvittaessa paikalle pyydetään sairaalan vahtimestarit, joiden läsnäolo jo rauhoittaa suurimmassa osassa tilanteita. Jos potilas kuitenkin jatkaa uhkaavaa käyttäytymistä, eikä keskustelu ole hallintakeinona riittävä voivat vahtimestarit turvata henkilökuntaa. Rajoittamistilanteissa potilaan voimia valvovat vastaanoton lääkäri ja sairaanhoitaja. Rajoitustoimet pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä. Rajoitustoimet kirjataan potilastietojärjestelmään lääkärin ja/tai hoitajan toimesta.

Osastolla on käytössä tarvittaessa rajoittamiseen tarkoitettuja välineitä, kuten lepoliivit tai käsivarsidokset. Lepositeiden käyttöön on aina oltava hoitavan lääkärin lupa. Potilastietoihin kirjataan peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi. Organisaation ohjeiden mukaisesti potilasta valvotaan ja kirjataan erilliselle lomakkeelle rajoittamistoimia käytettäessä. Rajoittamistoimien tarvetta arvioidaan jatkuvasti ja pyritään luopumaan niistä mahdollisimman pian.

Tilanteista tehdään vaara- ja poikkeamatilanne ilmoitus ja järjestelmän avulla seurataan sekä tapahtumien määrä ja käytettyjä rajoitustoimia.

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

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Osastolla 2B hoidossa olevalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon sekä hyvään kohteluun ilman syrjintää. Potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen eikä potilaaseen kohdistuvaa epäasiallista kohtelua hyväksytä. Mikäli epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten kanssa. Tarvittaessa tilanteen selvittelyyn voidaan pyytää mukaan operatiivisen alueen ylempää johtoa ja/tai potilasasiavastaavaa.

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

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Osastolle 2B tulevat reklamaatiot käydään läpi aluksi lähiesihenkilöiden toimesta, jonka jälkeen ne käsitellään osastokokouksessa yhdessä henkilökunnan kanssa. Reklamaatiot käsitellään viiveettä.

Potilasta ja/tai hänen omaistaan ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko- tai vaaratilanneilmoitus organisaation internet-sivustolla. Osaston henkilöstö neuvoo potilasta/omaista tarvittaessa. Potilas/omaista voidaan ohjata myös ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan, jos hänen apunsa koetaan tarpeelliseksi. Muistutusten ja kanteluiden käsittelyyn on tukena organisaation ohje.

Saadut palautteet huomioidaan toiminnan kehittämässä. Osaston esihenkilöt vastaavat toiminnan kehittämistä. Toimintaa ohjaavat viranomaispäätökset huomioidaan toiminnassa ja toiminnan kehittämässä.

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 terveystieteiden 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 tietoturvasyistä [Viestit - Suomi.fi](#) (linkki) -palvelun kautta.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle annetaan tarvittaessa yhteystiedot myös hoitojakson aikana, jos hän niin toivoo.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilailla sekä heidän läheisillään on mahdollisuus kertoa kokemuksistaan suoraan osaston henkilöstölle hoitojakson yhteydessä. Osastolla on myös palautelomakkeita, jotka ovat saatavilla osaston ilmoitustaululla. Palautteet kerätään laatikkoon, joka sijaitsee ilmoitustaululla. Palautelomakkeet käsitellään säännöllisesti lähiesihenkilön toimesta. Palautteiden pohjalta suunnitellaan yhdessä kehittämistoimenpiteitä.

Kokemuksista kertominen sekä palautteen antaminen on mahdollista myös sähköisen palautekanavan kautta (Siun soten verkkosivut). Potilas tai hänen läheisensä pystyy kohdistamaan sähköisen palautekanavan kautta antamansa palautteen hoitoa tai palvelua antaneeseen yksikköön tai muuhun kuin hoitoon tai palveluun liittyviin asioihin kuten esimerkiksi viestintä, verkkosivut tai asiakasmaksut. Potilaan antama asiakaspalaute ohjautuu yksiköiden nimetyille vastuuhenkilöille käsiteltäväksi palautejärjestelmään. Potilaaseen otetaan yhteyttä henkilökohtaisesti, mikäli asiakas tätä toivoo ja hän on jättänyt yhteystietonsa palautteeseen.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Osaston 2B asiakasviestinnässä hyödynnetään Siun soten olemassa olevia viestintäkanavia ja -välineitä. Asiakasviestinnässä tehdään tiivistä yhteistyötä Siun soten viestintäpalvelujen kanssa. Asiakasviestintää tehdään jonkin verran Siun soten verkkosivuilla ja sosiaalisen median kanavilla. Joskus asiakkaille suunnatut tiedotteet toimitetaan myös paikallisen median käyttöön.

Kokemusasiantuntijatoimintaa ei tällä hetkellä ole.

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
Osastolla hoidetaan paljon muistisairaita ja sairautensa vuoksi levottomasti käyttäytyviä potilaita	Rajoittamistoimiin ja ohjeisiin perehtyminen	Tartuntatautilaki 127/2016 Mielenterveyslaki 116/1990

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Osastolla 2B työskentelee 20 sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja ja lisäksi työssä on sairaanhoitajana ja lähihoitajana toimivia sijaisia. Hoiva-avustajia osastolla työskentelee 1,5. Lääkäreitä osastolla on vaihteleva määrä, he ovat erikoislääkäreitä ja erikoistuvia lääkäreitä. Osastolla on vuoden aikana useita sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoita.

Hoitotyössä suunnitellaan henkilöstön määrä vuorokohtaisesti potilasmäärän mukaan. Mikäli normaalien potilaspaikkojen määrä ylittyy, henkilöstöä lisätään sen mukaisesti. Tarvittaessa käytetään sijaisia. Työvuorosuunnittelussa huomioidaan, että jokaisessa työvuorossa on riittävä määrä kokenutta henkilöstöä.

Osastolla 2B työvuorosuunnittelu tapahtuu yhteistyössä henkilökunnan ja hoitotyön lähiesihenkilön kanssa. Äkillisissä poissaoloissa hyödynnetään varahenkilöstön sijaisia, yksityisen palveluntuottajan kautta tulevia sijaisia tai toisten vuodeosastojen henkilökuntaa.

7.2 Rekrytointi

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

Osastolla 2B rekrytointi tapahtuu pääasiassa Siun soten rekrytointiyksikön kautta. Lisäksi hyödynnetään sisäistä rekrytointia pääasiassa vastualueen sisällä. Yhteistyötä tehdään vastualueella erityisesti työntekijän työn uudelleenjärjestämistä vaativissa tilanteissa.

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

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

Lääkäretyösuhteesta vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri yhdessä erikoisalojen ylilääkärien ja rekrytointiyksikön kanssa.

7.3 Perehdytys

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

Osastolla 2B käytetään Siun soten organisaatiotasoisista perehdytysohjelmaa, jonka tavoitteena on varmistaa suunnitelmallinen ja tasavertainen perehdytys kaikille uusille tai tehtäviä vaihtaville työntekijöille. Myös yksikköön harjoitteluun tulevien opiskelijoiden perehdytys toteutetaan perehdytysuunnitelmaa mukailien. Lääkärien perehtymisen suunnittelusta vastaa kirurgian klinikan ylilääkäri.

Yleisperehdytyksen lisäksi työntekijän kokonaisperehdytykseen sisältyy osastolla tapahtuva työyksikkökohtainen perehdytys, työhön opastus ja jatkuva ammatillisen osaamisen syventäminen ja laajentaminen. Yksikön lähiesihenkilö huolehtii perehdyttämisestä yksikön yleisiin asioihin. Jokaiselle perehtyjälle nimetään vastuuperehdyttäjä(t) koko perehdytysajalle, jotka huolehtivat perehdytyksen etenemisestä perehtyjän yksilölliset tarpeet huomioiden. Koko hoitohenkilökunta on velvollinen perehdyttämään uusia työntekijöitä.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista arvioidaan yhdessä esihenkilön, vastuuperehdyttäjän ja perehtyjän kanssa säännöllisissä tapaamisissa. Yleisperehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeen mukaisesti. Perehdyttäjille tarjotaan lisäksi perehdytyksen ohjausosaamisen vahvistamiseen liittyvää koulutusta ja lisäksi suositellaan opiskelijaohjauskoulutusten läpikäymistä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osastolla 2B henkilöstön osaamisen kehittäminen jakautuu viikoittaisiin palavereihin, yhteistyökumppaneiden tarjoamiin koulutuksiin ja alueellisiin koulutuspäiviin. Myös Siun soten tarjoamia koulutuskokonaisuuksia sekä Siun soten ulkopuolisia täydennyskoulutuksia hyödynnetään.

Henkilöstö on suorittanut asiakas- ja potilasturvallisuus koulutukset suositusten mukaisesti. Laitepätevyyksiin liittyvät koulutukset ja rekisteröinnit ovat käynnistymässä. Osastolla 2B hyödynnetään myös organisaation tarjoamia koulutuksia sekä infektioihin että lääkehoitoon liittyen. Vastuutehtävien jakamista hoitotyöntekijöiden kesken ollaan tarkastelemaan uudelleen.

Osastolla 2B yksilökehityskeskustelut toteutetaan vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Myös ryhmäkehityskeskusteluja voidaan hyödyntää osaamisen ja toiminnan kehittämisen välineenä.

Täydennyskoulutusten toteutumista seurataan esihenkilön toimesta organisaation sähköisen järjestelmän- sekä oman kirjanpidon avulla useamman kerran vuodessa.

Osastolle 2B on laadittu Osaamisen kehittämisen suunnitelma joka on kattava kooste eri osa-alueiden kaikille kuuluvasta pakollisista koulutuksista esimerkiksi LOVE opinnot, suositeltavista koulutuksista ja täydennyskoulutuksista.

7.5 Johtamisosaaminen

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

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

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

Osaston 2B esihenkilöt osallistuvat säännöllisesti koulutuksiin. Esihenkilöinä toimiville tarjotaan säännöllistä johtamiskoulutusta turvallisuudesta ja työhyvinvoinnista mukaan lukien turvallisuuskulttuurin esittämisen. Esihenkilön työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Osastonhoitajan lisäksi yksikössä toimii apulaisosastonhoitaja. Lähiesihenkilöiden kesken on tehty selkeä työnjako. Työnjako on eritelty yksikön toimintasuunnitelmassa.

Työajan riittävyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palavereissa. Lähiesihenkilöiden johtamisosaamista arvioidaan arkikeskusteluissa sekä vuosittain toteutuissa kehityskeskusteluissa. Myös työntekijät antavat säännöllisesti palautetta johtamistyöstä ja lisäksi palautetta voi antaa vuosittain MSK-kyselyn kautta.

7.6 Työhyvinvointi

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

Henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tuetaan organisaation työkykyjohtamisen toimintamalleilla. Näiden avulla voidaan työntekijän työssä suoriutumista ja tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa työkykyä vaarantavat tekijät ja ennaltaehkäistä niitä. Osastolla 2B on käytössä myös ns. SISU-malli, jolla työntekijän töihin paluuta tuetaan lyhyen sairauspoissaolon jälkeen tai tarjotaan mahdollisuutta kevyempään työtehtävään sairausloman sijasta. Työnantaja tukee yksikköä TYHY-toiminnassa, jonka suunnitteluun henkilökunta otetaan vahvasti mukaan.

Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevista toimintatavoista huolehtimisen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä esimerkiksi osastokokouksissa ja yksikön kehittämispäivissä. Myös esihenkilö on työntekijöiden käytettävissä ja tukena työhyvinvointiin liittyvistä asioista keskusteluun ja yhteisten ratkaisujen löytämiseen työntekijän työssäjaksamiseen. Työterveyshuollolla on merkittävä rooli esihenkilön lisäksi, kun kyse on työntekijöiden jaksamisesta. Mikäli työntekijällä ilmenee oireita työssä jaksamisessa, käytetään varhaisen puuttumisen mallia (eHavahu) ja työntekijä ohjataan työterveyshuoltoon.

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

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan tiiviisti osaston 2B lähiesimiesten toimesta sekä vuosittain organisaation valitsemassa Mitä siulle kuuluu? -kyselyssä sekä kehityskeskusteluissa.

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

Osastolla 2B voi esiintyä haastavia potilastilanteita niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Tilanteet voivat olla sanallista uhkailua tai fyysistä väkivaltaa, kuten lyömistä, potkimista tai tavaroiden heittäilyä. Uhka voi tulla myös potilaan läheisen taholta.

Osastolla 2B haastaviin potilastilanteisiin on varauduttu esimerkiksi koulutuksien ja yhteisten toimintatapojen avulla. Osastolla on käytössä potilaskutsujärjestelmä, jolla on hälytettävissä lisäapua osaston sisällä. Käytössä on myös päällekkäushälyttimiä, joista hälytys lähtee sairaalan vahtimestareille.

Uhkaavan tilanteen tapahtuessa muiden potilaiden turvallisuus varmistetaan tarvittaessa siirtämällä heidät pois huoneesta.

Haastavien potilastilanteiden kohtaamiseen on organisaatiossa tarjolla koulutusta, jota suositellaan henkilökunnalle.

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.

Osastolla 2B palautteet erinomaisesta toiminnasta ja onnistumisista käsitellään osastokokouksissa. Osastokokousmuistiot ovat koko henkilökunnan luettavissa ja näin tieto välittyy eteenpäin. Onnistumisista voidaan tehdä esimerkiksi parempia toimintamalleja käytäntöön.

Organisaatio mahdollistaa erinomaisen toiminnan palkitsemisen ja tätä hyödynnetään myös osastolla 2B.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Haastavien potilastilanteiden kohtaaminen	Avekki-koulutus	
Yksikön oma perehdytysuunnitelma vanhentunut	Suunnitelman päivittäminen, vastuuhenkilöiden valtuuttaminen	

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun.

Osastolla 2B on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmä Mediatriin erikoissairaanhoidon tietokanta, johon potilaan hoitajakson aikana kirjataan hoitotyön merkinnät sekä lääkärin päivittäismerkinnät. Opiskelijat kirjaavat samaan järjestelmään ohjaajan valvomana. Ohjaaja tarkastaa opiskelijan tekemät kirjaukset.

Kaikki hoitotyönkirjaukset tehdään ajantasaisesti. Osastolla 2B lääkärinkierrolla olevat lääkärit kirjoittavat päivittäismerkinnät ja hoitotiivistelmät potilastietojärjestelmään tai sanelevat tekstit, jotka sihteeri kirjoittaa potilastietojärjestelmään. Osastolla 2B käsitellään vain siellä hoidossa olevien potilaiden tietoja. Joskus joudutaan käyttämään myös paperisia potilasasiakirjoja ja niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä huolehditaan asianmukaisesti.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi työntekijään perehdyttäessä sekä esihenkilön että perehdyttäjän toimesta. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti ja noudatetaan asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja sekä tietosuojaohjeistusta. Kaikki työntekijät ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Henkilökunta suorittaa myös tietoturvakoulutukset viiden vuoden välein.

Perehdytyksessä painotetaan tietosuoja-asioita. Organisaatiossa tehdään loki-tarkastuksia ja mahdollisista väärinkäytöksistä raportoidaan lähiesihenkilölle.

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

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

Osastolla 2B on tehty hoitotyön kirjaamisen auditointi 8/23 ja siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa toteutettavissa kirjaamiskoulutuksissa.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Osastolla 2B noudatetaan organisaation laatimia tietosuoja- ja tietoturva ohjeistusta. Jokainen työntekijä on salassapitovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä asioista. Yksikön esimies ja nimetty perehdyttäjä käyvät läpi tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja käytänteet jo perehdytysvaiheessa. Perehtyjälle annetaan myös asiaan liittyvä kirjallinen materiaali ja he allekirjoittavat tietoturvan salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen.

Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Jo perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi säännöllisesti osastokokouksissa.

Osaston 2B henkilökunta osallistuu säännöllisesti (5 vuoden välein) tietoturva- ja tietosuoja koulutuksiin. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista.

Havaituista tietoturva- tai tietosuojaputteista tai väärinkäytöksistä henkilöstö ilmoittaa esihenkilölle, joka ottaa yhteyttä tietosuojavastaava ja tekee tietoturvaloukkausilmoituksen organisaation ohjeen mukaan. Jos tietoturvaloukkaus koskee potilasta, hänelle tiedotetaan asiasta

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Osasto 2B sijaitsee B-siiven toisessa kerroksessa. Osastolle ohjaavat selkeät opasteet sairaalan pääovelta saakka. Tilat ovat suunniteltu vuodeosastohoitoa varten.

Osastolla on 4 yhden hengen huonetta, 3 kahden hengen huonetta ja loput huoneista ovat 3-6 hengen huoneita. Osaston tilojen hankaluutena ovat ahtaat huoneet ja pienet WC-tilat, jotka aiheuttavat haasteita toimintaympäristölle ja ergonomialle. Potilaspaikkojen välillä on väliverhot yksityisyyden toteutumiseksi. Äänieristeitä ei ole osastolla. Arkaluonteisia asioita käsiteltäessä pyritään siirtämä potilas toiseen tilaan keskustelua varten.

Osastolle pääsee kulkemaan apuvälineitä käyttäen. Käytössä ovat päätalon hissit.

Toimitiloihin on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys, keskussairaatasoinen pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Hätä- ja poistumisreitit on merkitty erikseen opasteilla ja poistumistiet pidetään esteettömänä. Henkilöstö tutustuu yksikkönsä turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), ja toimii sen mukaisesti sekä osallistuu myös osaston turvallisuuskävelyihin.

Osastolla on käytössä potilaskutsujärjestelmä, jonka käyttöön potilas opastetaan osastolle saapuessa. Potilaan hoidosta vuorossa vastaava hoitaja vastaa potilaskutsuun, mutta myös muilla työvuorossa olevilla hoitajilla on velvollisuus vastata oman hoitajan ollessa estyneenä.

Osastolla on käytössä huoneissa ja WC-tiloissa apu/hätäkutsujärjestelmä. Kutsun soidessa jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on velvollisuus tulla auttamaan viipymättä.

Kulunvalvonta on käytössä osaston lääkehuoneessa. Lääkehuoneeseen on pääsy luvan omaavilla henkilöillä kulkutunnisteeseen liitetyn oikeuden myötä.

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

Osaston tiloissa on automaattiset paloilmaisimet sekä sammutusjärjestelmä. Erillistä murtosuojausta osastolla ei ole. Palovaroittimet sekä sprinklerit ovat joka tilassa ja paloposti löytyy osaston alkupäästä ja loppupäässä on jauhesammutin.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Osastolla 2B ei ole käytössä etä- ja digipalveluita.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tilat ahtaat, haaste ergonomialle ja altistaa työtapaturmille	Potilaiden sijoittelu mietittävä	

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Osastolla 2B on käytössä potilaiden tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin tarvittavia hoitovälineitä ja laitteita. Häätötilanteisiin tarvittavat välineet ja lääkkeet on koottu siirrettävään vaunuun, joka on helppo siirtää sinne, missä tarve on. Vaunun sijainti on koko henkilökunnan tiedossa.

Osastolla 2B on käytössä verenkierron seurantalaitteita (verenpainemittari, happisaturaatiomittari). Hengityksen seurantaan ja tukemiseen on käytössä esimerkiksi happisaturaatiomittarit ja lääkinnällistä happea voidaan antaa potilaalle tarvittaessa kaikissa potilashuoneissa. Muita käytössä olevia laitteita ovat esimerkiksi verensokerimittarit, virtsarakon skanneri ja thopaz-imulaite. Liikkumisen apuvälineitä ovat rollaattorit, tasofordit, pyörätuolit ja suihkutuolit.

Jokaisen työntekijän osaaminen varmistetaan suoritettavien laitepassien avulla sekä käytännön harjoituksilla. Osaston kaikki työntekijät, erityisesti uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään lääkintälaitteiden ja muiden osastolla olevien laitteiden käyttöön erilaisten käytännön harjoitusten avulla. Osaamista varmistetaan myös organisaatiossa järjestettävien taitopajojen avulla.

Lääkintälaittehuolto tekee laitteille käyttöönottotarkastukset ja myös kirjaa ne lääkintälaiteluetteloon. Lääkintälaittehuolto huolehtii laitteiden määräaikaisista tarkastuksista. Osaston 2B henkilöstö huolehtii laitteiden säännöllisistä toimintakunnon tarkastuksista kuten verensokerimittareiden kalibroinneista. Laitteiden käytön jälkeen ne puhdistetaan heti laitteen käyttöohjeen mukaisin menetelmin.

Osaston 2B työntekijä tekee laitteisiin liittyvät vaara- ja poikkeamailmoitukset Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pikaisesti ja ilmoittaa esihenkilölle. Esihenkilö käsittelee ilmoitukset ja huolehtii vaaratilanneilmoitukset tarvittaessa myös laitteen valmistajalle ja Fimealle.

Uusia laitteita tai välineitä hankittaessa pyritään huomioimaan mahdolliset vaaratilanneilmoitukset tai muut kokemukset toimintahäiriöistä tai laatupoikkeamista. Uusien laitteiden hankintaan liittyy myös laitteen toimittajan käyttökoulutus ja laitetuki joka osaltaan varmistaa turvallisuutta ja osaamista.

Tilanteista keskustellaan moniammatillisesti ja kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan myös yhteistyössä.

Potilaita voi kotiutua osastolta haavan alipainelaitteen kanssa. Potilas saa ohjauksen laitteen käyttöön ja mukaansa myös kirjalliset ohjeet. Laitteen rikkoutuessa potilaita on ohjattu lopettamaan laitteen käyttö välittömästi ja olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Osaston 2B lääkehoitosuunnitelman laativat lähiesihenkilöt yhdessä lääkehoitovastaavien kanssa. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina työyksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja, palvelupäällikkö, palvelujohtaja tai vastaava ja sen

hyväksyy palvelualueen/työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Esihenkilön on varmistettava, että koko henkilökunta saa tiedon lääkehoitosuunnitelmaan tehdyistä muutoksista. Esihenkilön on mahdollistettava työntekijälle mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan säännöllisesti. Yksikön esihenkilö, lääkevastaava ja sairaala-apteekin edustaja arvioivat säännöllisesti lääkehoidon turvallista toteutumista yksikössä ja tarvittaessa puuttuvat havaittuihin epäkohtiin ja aloittavat tarvittavat toimenpiteet. Korjaavia toimenpiteitä ovat olleet esimerkiksi lääkkeiden säilytykseen liittyvät toimintatapojen muutokset.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma tulostetaan paperiversiona yksikköön. Lääkehoitosuunnitelma tallennetaan osaston 2B Teams-kansioon ja Siun soten intran tiedostopankkiin.

Osastolla 2B lääkehoitoa saa toteuttaa vain yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut laillistettu hoitaja. Lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen on kuuluu osana henkilöstön perehdytystä. Esihenkilö käy läpi perehtyvän kanssa lääkehoitosuunnitelman sisällön yleisesti ja huolehtii, että perehtyvän on mahdollisuus rauhassa tutustua siihen. Nimetty vastuuperehdyttävä käy läpi lääkehoitosuunnitelman sisällön käytännössä ja ohjaa turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijat perehtyvät lääkehoitoon yksikköön laaditun lääkehoitosuunnitelman avulla ja toteuttavat lääkehoitoa nimetyn ohjaajan valvonnassa.

Lääkehoitoa toteuttaa yksikön lääkehoitoon perehtynyt ja vaaditut lääkeluvat suorittanut laillistettu hoitaja. Hoitaja voi olla joko lähi- tai sairaanhoitaja. Potilaan kotilääkityksen tarkistaa vastaanottava hoitaja. Leikkauspotilaan kotilääkitys on tarkistettu LEIKO-Yksikössä. Lääketilauksen teosta vastaa sairaanhoitaja, lääkkeiden jako kuuluu myös kaikille laillistetuille hoitajille. Lääkkeet jaetaan vuorokausidosettiin kerran päivässä sairaanhoitajan tai lähihoitajan toimesta.

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

Lääkehoidon koulutussuunnitelma löytyy osaston 2B osaamisen kehittämisen suunnitelmasta.

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä osaston 2B henkilökunnan ensisijainen tehtävä on seurata potilaan elintoimintoja ja vointia. Vaaratapahtumasta ilmoitetaan välittömästi potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Henkeä uhkaavassa tilanteessa paikalle kutsutaan MET-ryhmä organisaation ohjeistuksen mukaisesti ja järjestetään potilaalle tarvittava jatkoseuranta tai -hoito.

Vaara- tai poikkeamatapauksesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Lähiesihenkilö käsittelee vaaratilanneilmoitukset ja pyrkii selvittämään, mistä vaaratapahtuma on johtunut. Juurisyytä pyritään selvittämään moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Henkilöstöä tiedotetaan vaaratapahtumasta sekä mahdollisista toiminan muutoksista osastokokouksessa.

Lääkehoitoon liittyvien kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla eli tuleeko muutoksen jälkeen samasta aiheesta uusia ilmoituksia. Potilaaseen ollaan yhteydessä tilannekohtaisen harkinnan perusteella puhelimitse. Yleensä yhteydenotosta vastaa hoitava lääkäri. Lääkäri antaa soittaessaan ohjeet potilaalle kuinka toimia.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Seija Torssonen

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: oh. Kati Tossavainen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaiden lääkityslistat eivät ole ajantasalla potilastietojärjestelmässä	Lääkelistojen tarkistus potilaan saapuessa osastolle. Lääkäreiden kirjaukset lääkemääräyksistä ajantasalla potilastietojärjestelmässä.	

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

Osaston 2B toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus. Huolellisesta käsihygieniasta huolehtiminen on keskeistä hoitoon liittyvien infektioiden hallinnassa. Yksikössä on käsihuuhteiden sijoitteluun

pyrity kiinnittämään huomiota, jotta ne olisivat sekä henkilökunnan että potilaiden helposti saatavilla. Yksikköön on nimetty myös hygieniavastaava.

Osaston 2B henkilökunnan perusrokotesuoja tulee olla kunnossa, joka varmistetaan suullisesti työhönottotilanteessa. Epäselvissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuutta seurataan.

Tartuntavaarallisten potilaiden kohdalla hoito suunnitellaan noudattamalla kyseiseen eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Tarvittavat suojaimet ovat helposti työntekijöiden saatavilla.

Osastolla 2B tyypillisiä toimintaan liittyviä infektioita ovat erilaiset haavainfektiot, suolistoinfektiot, hengitystieinfektiot. Hoitoon liittyvät infektiot kirjataan asiakas – ja potilastietojärjestelmään ja antibiootin aloituksen yhteydessä tehdään kirjaus sairaalan antibiootti ja infektioiden seuranta -rekisteriin.

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

9.5.2 Yleiset hygieniäkäytännöt

Säännöllinen ja suunnitelmallinen siivous ja tekstiilien puhtaanapito ovat olennainen osa asiakkaiden hyvinvointia ja viihtyvyyttä. Hyvä hygienia- ja siivouksen taso ennaltaehkäisee myös tarttuvien tautien leviämistä.

Osaston 2B yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja yksikön palvelusuunnitelma käydään vuosittain läpi heidän edustajansa kanssa. Vaatehuollosta vastaa Sakupe.

Yksikössä on jokaisessa potilashuoneessa jäteastiat (särmäisjäte) pistävää ja viiltävää jätettä varten. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään organisaation laatiman ohjeen mukaisesti.

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

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hygieniayhdyshenkilöitä tarvitaan lisää	Uusien hygieniahenkilöiden perehdytys ja koulutus	

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

<p>Henkilökunta pyritään perehdyttämään intran käyttöön jo työsuhteensa alussa. Myös tiedostopankin käyttöön ohjataan. Intrasta löytyvät myös osaston omat sivut, joihin on kerätty yksikköä koskevia tietoja (pikalinkkejä). Potilas- ja työohjeet löytyvät myös Intrasta erikoisalojen alta. Kotihoito-ohjeet hyväksyvät kyseisen erikoisalan ylilääkärit. Kriittiseksi määriteltyjen asiakirjojen ajantasainen versio löytyy paperisena yksiköstä, esimerkiksi omavalvontasuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma.</p> <p>Sisällöntuottamisesta intraan vastaavat nimetyt henkilöt. Intran sisällöntuottajat on perehdytetty tarkemmin intran käyttöön. He huolehtiva ohjeiden päivittämisestä ja tiedostojen ajantasaisuudesta. Kotihoito-ohjeet pyritään tulostamaan, kun potilas on kotiutumassa. Valmiiksi tulostettuja ohjeita pyritään välttämään, että potilas saisi aina ajantasaisen tiedon.</p> <p>Osastolla on käytössä myös Teams-kanava, jonne tallennetaan esimerkiksi osastokokousmuistiot. Autonominen työvuorosuunnittelu tapahtuu myös Teams-kanavalla. Esihenkilöt käyttävät Teams-kanavaa aktiivisesti päivittäin. Henkilökunnan tiedonvälityksessä (viestintä) Teams-kanava on pienessä roolissa.</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
Sisällöntuottajia on liian vähän	Uusien sisällöntuottajien kartoitus ja perehdytys/koulutus	

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Keskeisiä yhteistyökumppaneita osastolla asiakas -ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ovat organisaation sisäiset toimijat, kuten tietosuojavastaavat, turvallisuusyksikön henkilöstö sekä pelastuslaitos. Osastolla on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys, joiden laatimiseen ja osaamiseen ylläpitoon tarjoaa tukea organisaation turvallisuusyksikkö. Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyötä tehdään esimerkiksi osallistumalla säännöllisesti paloturvallisuuskoulutuksiin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Osastolle 2B on laadittu normaaliolojen häiriötilanteisiin suunnitelmat (esimerkiksi toiminta sähkökatkon varalle). Häiriötilanteita varten harjoitellaan säännöllisesti ja toimintamalleja päivitetään harjoituksissa saatujen kokemuksiin perustuen.

Osastolla on poikkeusolojen häiriötilanteisiin toimintasuunnitelma, jolla kriittiset toiminnot varmistetaan. Osastolla on oma rooli suuronnettomuustilanteessa. Yksikköön on laadittu suuronnettomuus suunnitelma. Osasto osallistuu suuronnettomuus tms. häiriötilanneharjoituksiin, aina kun organisaatiossa niitä järjestetään.

Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään valmissuunnitelmiin.

--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Suuronnettomuussuunnitelma ei ole kaikilla työntekijöillä tiedossa	Opastus ja perehdytys suuronnettomuussuunnitelmaan	Siun sote suureonnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveydensuojelu

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

Potilaat tulevat osastolle 2B pääosin päivystyksestä, eri erikoisalojen poliklinikoilta, toisista yksiköistä tai LEIKO-yksikön kautta. Osastolle tulesa tarkistetaan, onko potilaalla tunnistusranneke. Ellei tunnistusranneketta ole, potilaalle laitetaan se. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan aina, esimerkiksi lääkkeen- tai verensiirtotilanteissa. Potilaiden tunnistamisen toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Toimintaa kehitetään niiden perusteella

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Potilaan vointia ja peruselintoimintoja seurataan osastolla 2B säännöllisesti koko vuorokauden ajan. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiskriteerit (MET-kriteerit) ovat kaikkien hoitajien tiedossa. Hoitajilla on taskukortit: MET-hälytyksen kriteerit ja toiminta elvytystilanteessa. Jokaiseen puhelimeen on tallennettu MET- ja ELVYTYS-ryhmän puhelinnumero. MET-hälytys tehdään, mikäli jokin osa-alue potilaan elintoiminnoista ei ole normaali. MET-hälytyksellä pyritään välttämään elvytystilanteeseen päätymistä. MET- ja ELVYTYS-ryhmän toiminta on teho-osaston toimintaa.

Osaston henkilökunta suorittaa vuosittain Hätätilan tunnistaminen ja Elvytys -koulutuskokonaisuuden (taso3), joka sisältää verkkokurssin ja simulaatio harjoittelun. Osastolla on oma elvytyskouluttaja.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Osasto 2B tekee yhteistyötä organisaation sisällä eri yksiköiden kanssa kuten eri erikoisalojen vuodeosastot, anestesia- ja leikkausyksikkö, yhteispäivystys, TEHO- sekä tehostetun valvonnan yksikkö sekä perusterveydenhuollon eri yksiköt. Osaston henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä myös ikäihmisten palvelujen kanssa esimerkiksi kotihoito. Osastolta voidaan siirtää potilaita jatkohoitoon muille erikoissairaanhoidon vuodeosastoille, TEHOLLE tai tehostetun valvonnan yksikköön sekä terveystieteiden keskuslaitaan. Potilaita voidaan siirtää myös yliopistolliseen sairaalaan jatkohoitoon.

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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>Osastolla 2B kivunhoito on tärkeä osa potilaan hoitoa. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti leikkauspotilaita tai potilaita, joilla on haasteita kivun hallinnassa. Kipulääkettä voidaan antaa suun kautta, lihakseen, suonensisäisesti sekä erilaisten laitteiden avulla. Useimmilla potilailla on säännöllinen kipulääkitys ja lisäksi hoitava lääkäri on määrännyt tarvittaessa annettavan kipulääkkeen. Lisäksi potilaalla voi olla eri antoreittiä meneviä kipulääkkeitä, esimerkiksi epiduraalitaalaa tai paikallisesti annettava johtopuudutus. Kipulääkettä voidaan antaa myös suoraan haava-alueelle.</p> <p>Kivun voimakkuutta arvioidaan sanallisilla kysymyksillä joka työvuorossa ja aina potilaan pyytäessä kipulääkettä. Kivunhoidon arviointi, toteuttaminen ja jatkohoitosuunnitelma kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Kipumittarina käytetään asteikkoa 1–10 tai hymynaama-mittareita. Kivunhoitoon liittyvä osaaminen varmistetaan säännöllisillä verkkokoulutuksilla. Esihenkilö seuraa niiden toteuttamista.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

<p>Osastolla ehkäistään potilaan kaatumista monin eri keinoin. Muistamattomalle tai huonosti liikkuvalla potilaalla laitetaan laidat potilassänkyyn. Potilasta avustetaan asennonvaihoissa ja liikkumisessa. Kaatumista ehkäisee</p>
--

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

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

FRAT-kaatumisen riskinarviointimittari on käytössä, arviointi kirjataan Mediatri-potilastietojärjestelmään.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Sairaudesta tai toimenpiteestä johtuvat sekavuustilat aiheuttavat riskitilanteita, yleensä kaatumisia	Riittävä lääkitys ajoissa, riskipotilaiden tunnistaminen. Tarvittaessa lepoliivit lääkärin luvalla.	Siun soten Akuutti sekavuustila (delirium)- palveluketju

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Potilaan ravitsemusta seurataan säännöllisesti, esimerkiksi kirjaamalla ylös potilaan saama ruoka ja juoma. Lonkkamurtuma- ja vajaaravitsemuspotilaille tarjotaan täydennysravintojuomia perusravitsemuksen lisäksi. Osastolla 2B ei ole laadittu ravitsemushoidon laatukriteereitä. Ravitsemuksen seurantamittarin NRS2002 käyttö on vähäistä. Potilaan ravitsemusta seurataan joka vuorossa ja kirjataan potilaan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Ravitsemusvastaavat osallistuvat ravitsemuskoulutuksiin ja tuovat tiedon koulutuksen annista muille työntekijöille.

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vajaaravitsemusmittarin käyttö on vähäistä	Koulutus ja opastus	Toimintamalli NRS 2002 vajaaravitsemuksen riskin määrittämisen jälkeen

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Osastolla 2B on tunnistettu ja kirjattu potilasryhmät ovat painehaavariskissä. Esimerkiksi vuodepotilaat, kuumeilevat, halvaantuneet, verenkierto-ongelmista kärsivät potilaat tai potilaat, joiden vointi huononee osastohoidon aikana. Tavoitteena on arvioida potilaan painehaavariskiä 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta osastolle. Tavoitetta ei aina saavuteta. Osastolla käytetään Braden- riskinarviointimittaria. Kirjaukset tehdään organisaation ohjeiden mukaisesti sähköiseen asiakas- ja potilasjärjestelmään riskin arviointilomakkeelle sekä hoitotyönmerkinnät - että HOI-ESH- lomakkeelle.

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

Osastolla 2B panostetaan painehaavan ennaltaehkäisyyn. Jokaisessa potilasvuoteessa makuualustana on vähintään keskirisikuluokan painehaavapatja. Korkean riskin potilaalle laitetaan aina moottoroitu ilmapatja. Ennaltaehkäiseviä tuotteita käytetään säännöllisesti, esimerkiksi vaahtosidokset ristiluun alueella sekä

kantapäiden suojana. Lisäksi potilaan siirtotilanteissa käytetään siirtämiseen tarkoitettuja apuvälineitä, jotka vähentävät kitkan syntymistä siirtotilanteessa.

Henkilöstön osaamista varmistetaan säännöllisillä haavakoulutuksilla. Organisaatiossa järjestetään vuosittain painehaavan ennaltaehkäisyn koulutusta.

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

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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.

Siun soteen on laadittu vuonna 2024 yhtenäinen toimintamalli äkillisen sekavuustilan ehkäisemiseksi, tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Toimintamallista on julkaistu hoito- ja palveluketju, joka on julkinen ja käytettävissä koko hyvinvointialueella. Lisäksi Mediatriin on rakennettu rakenteinen kirjausalusta äkillisen sekavuustilan seulontatestien (CAM, 4AT) kirjaamiseksi rakenteisessa muodossa. Seulontatestien käyttöaktiivisuutta seuraamalla pyritään tunnistamaan akuutin sekavuustila -palveluketjun käyttö hyvinvointialueella. Koulutusta järjestetään maaliskuusta alkaen ja henkilöstö osallistuu koulutuksiin.

Osastolla hoidetaan riskiryhmään kuuluvia potilaita, esim. muistisairaat, alkoholin vieroitusoireista kärsivät potilaat sekä päihdekäyttäjät. Hoitava lääkäri hoitaa potilaan sekavuustilaa. Tarvittaessa potilaan sekavuustilasta konsultoidaan esimerkiksi neurologian tai psykiatrian erikoislääkärinä. Potilaan vointi kirjataan asiakas- ja potilastietojärjestelmään hoitotyönmerkinnät lomakkeelle. Osastolla on myös työntekijä, joka on käynyt päihdekoulutusta. Sekavan potilaan hoito- koulutuksiin osallistutaan mahdollisuuksien mukaan. Päihdekäyttäjiltä pyydetään erillinen hoitoon sitoumuslomake, jossa rajoitetaan vierailijoiden määrää.

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

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

(linkki) tukee ehkäisevän päihdetyön järjestämistä koskevan lain toimeenpanoa ja antaen suuntaviivat tehtävälle työlle.

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

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

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

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön 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.

Hoitajat ja lääkärit kysyvät potilaalta alkoholin käytöstä, etenkin potilaan kärsiessä akuutista sekavuustilasta. Tarvittaessa potilaalle voidaan suositella hoitoon ohjausta.

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

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

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

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään vahvistamalla rahapelaamiseen vaikuttavia suojatekijöitä tai vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Suojaavat tekijät ovat yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan piirteitä, jotka ehkäisevät tai

vähentävät riskiä rahapelaamisen aloittamiseen tai ongelmien syntyyn. Riskitekijät puolestaan ovat yksilön, lähipiirin tai yhteiskunnan piirteitä, tilanteita tai tapahtumia, jotka tietyissä olosuhteissa lisäävät peliongelman todennäköisyyttä.

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

10.10.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

Mikäli potilaalla ilmenee mielenterveydellisiä haasteita, ohjataan hänet ensisijaisesti psykiatrisen sairaanhoitajan palveluihin, hänen niin halutessaan. Kriisitilanteissa tarjotaan kriisiapua potilaalle ja hänen läheisilleen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.11 Itsemurhien ehkäisy

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

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

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajakaulu

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).

<p>Omavalvontasuunnitelmaa täydennetään tarvittaessa ja päivitetään vuosittain maaliskuussa. Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan esihenkilöiden toimesta, hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanne- ja haittavaikutusraportointitietoa (esim. hoitoon liittyvät infektiot, kaatumiset/putoamiset ja painehaavat, lääkkeet ja rokotteet, verensiirtohaitat). Lisäksi seurataan muistutuksia, kanteluita ja potilasvahingot – raportointitietoa sekä asiakas/potilaspalautetietoa.</p>

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatus 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%2Db9e1%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))