

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Osasto 3K

Laatija(t)	Jari Toivanen, osastonylilääkäri Mari Komi, osastonhoitaja
Tarkastaja	Heli Karvinen, konservatiivinen klinikkaryhmä, ylihoitaja
Hyväksyjä	Anu Harju, konservatiivinen klinikkaryhmä, palvelupäällikkö
Pvm.	14.3.2024

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.....	12
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	13
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	14
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	14
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	15
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	15
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	16
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	16
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	16
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18

6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	20
6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	20
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö	21
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	22
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	24
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	26
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	26
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	27
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	27
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	28
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	29
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	29
9.2	Etä- ja digipalvelut	31
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	32
9.5	Infektioiden torjunta	35
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	35
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	36
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	37
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	38
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	38
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	39
9.7.3	Terveydensuojelu	39
10	Palvelun sisällön omavalvonta	40
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	40

10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	41
10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	41
10.4	Kivunhoito	42
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	43
10.6	Vajauravittsemuksen ehkäisy ja hoito	44
10.7	Painehaavojen ehkäisy	45
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	45
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	46
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	46
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	46
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	47
10.10.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	47
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	47
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	48
10.11	Itsemurhien ehkäisy	48
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	49
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	49
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	49
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	50
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	50
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	50
	Suunnitelmassa viitatu internetosoitteet.....	51

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Osasto 3K, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Erikoissairaanhoidon vuodeosasto ja neurologian valvontayksikkö Yksikössä hoidetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen aikuisväestölle erikoissairaanhoidoa tarvitsevia neurologisia, onkologisia, hematologisia, nefrologisia ja ihotautipotilaita. Yksikössä on yhteensä 27 potilaspaikkaa; 22 vuodeosastopaikkaa ja 5 neurologian valvontapaikkaa.

	Osastolla 3K on noin 1300 hoitajaksoa vuosittain. Muita erikseen sovittuja käyntejä hoidetaan vuositasolla noin 400. Suurimmat potilasmäärät muodostuvat onkologisista, neurologisista ja hematologisista potilaista. Hoitajakson pituus on keskimäärin 6 hoitopäivää.
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	<p>Vs. Osastonhoitaja Mari Komi, mari.komi@siunsote.fi</p> <p>Vs. Apulaisosastonhoitaja Anna-Maria Parviainen, anna-maria.parviainen@siunsote.fi</p> <p>Vs. Apulaisosastonhoitaja Toni Kekäle, toni.kekale@siunsote.fi</p> <p>Osastonylilääkäri, neurologi Jari Toivanen, jari.toivanen@siunsote.fi</p>
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi, 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi, 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.</p> <p>Osastolla 3K lääketieteellistä työtä johtavat erikoisalojen ylilääkärit ja hoitotyötä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Hoitotyön päivittäinen operatiivinen johtaminen tehdään yhteistyönä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kesken. Osastonylilääkäri toimii yhdyshenkilönä hoitotyön ja lääketieteen välillä koko osastoa koskevissa asioissa.</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
Henkilöstövuokraus	1 palveluntuottaja
Työnohjaus	Useita palveluntuottajia

Ostopalveluiden laadusta ja turvallisuudesta vastaavat erikoisalojen ylilääkärit, hoitotyön henkilöstövuokrauksen ja työnohjauksen laadusta vastaa osastonhoitaja. Ostopalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ja seurataan säännöllisesti potilaiden ja henkilöstön palautteiden sekä kertomuskirjausten kautta. Palautetta saadaan sekä henkilöstöltä että jatkuvan potilaspalutteen kautta. Seurantavastuu on koko yksikön henkilöstöllä.

Osaamisen varmistamiseksi ostopalveluihin liittyy alkuperähdytys ja jatkuva tuki. Organisaation tarjoamaa osto- ja hankintakoulutusta hyödynnetään osittain esihenkilöiden ostopalveluosaamisen varmistamiseksi.

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).

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

Osaston 3K perustehtävänä on järjestää neurologisten, onkologisten, hematologisten, nefrologisten ja ihotautipotilaiden, terveydenhuoltolain 24 § mukaiset erikoissairaanhoidon vuodeosaston ja neurologian valvontapalvelut Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle.

Yksikön toiminnan tavoite on sairauksien hoito, ehkäisy ja kuntoutus.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

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

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

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

Osaston 3K toiminnan lähtökohtana on keskeiset terveydenhuollon toimintaa ja potilaan hoitoa ohjaavat lait. 3K:n potilaat ovat aikuispotilaita. Potilaaksi otto toteutuu tasavertaisesti tiedettyjen kriteerien mukaisesti. Työ osastolla on moniammatillista eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Palveluiden tarkoitus on edistää potilaiden terveyttä, hyvinvointia ja työkykyä sekä vähentää potilaan elämänlaatua heikentäviä lisäsairauksia. Osasto tuottaa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle tasalaatuista ja riittävää hoitoa, mistä ei ole potilaalle kohtuutonta haittaa.

Siun sote – Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvot ovat: vastuullisuus, avarakatseisuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Hyvinvointialueen arvot näkyvät osastolla seuraavasti:

Vastuullisuus

Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektoidemme omaa toimintaamme; käytämme hyväksemme mm. sähköisiä asiakaspalautteita ja suoria potilas / omaispalautteita, riskienarviointianalyysiä. Pysymme ajan tasalla valtakunnallisista hoidon suuntaviivoista viikoittaisilla koulutuksilla sekä lääketieteen että hoitotyön osalta. Toimimme myös koulutusyksikkönä.

Avarakatseisuus

Toimimme pitkäjänteisesti, tulevaisuuteen katsoen. Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista, eli huomioimme potilaiden tarpeet esimerkiksi toimintamalleja ja ohjeistuksia laatiessa. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti.

Asiakaslähtöisyys

Toimintamme pohjautuu potilaan lähtökohtiin ja tarpeisiin. Toimintaamme ohjaa ennaltaehkäisevä ja kuntouttava työote.

Yhdenvertaisuus

Osastolla pyritään järjestämään tasavertaista, yksilöllistä hoitoa potilaan asuinpaikasta tai taustasta riippumatta. Henkilöstö kohdataan myös yhdenvertaisesti ja kohtelu on tasapuolista ja yksilöllistä.

Turvallisuus

3K:n henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta huolehditaan. Ammattilaisilla on käytettävänä laaja erikoisalojen ja ammattiosaajien verkosto.

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

3K:n omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat osaston osastonylilääkäri ja osastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuu koko henkilöstö. Esihenkilöiden esivalmisteleva omavalvontasuunnitelma käydään läpi 3K:n palaverissa keskustellen ja suunnitelmaa täydentäen. Omavalvontasuunnitelman laadinnassa on käytetty Siun soten mallipohjaa, jonka esitäyttämistä vastaavat palvelupäällikkö ja ylihoitaja.

Potilailta kerätään jatkuvaa asiakaspalautetta palvelusta ja palautteet huomioidaan omavalvontasuunnittelussa. Omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaen yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi yhdistys- tai potilasjärjestötapaamisissa, nämä huomioidaan omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä.

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.omavalvonta-siunsote.fi) (linkki).

Osaston 3K omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena yksikön ilmoitustaululla tai infoseinällä.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

Riskienhallinnan päävastuu osastolla kuuluu esihenkilöille. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä osastopalaverissa, riskienarvioinnin sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä, sekä ilmoituksen satuaan ryhtyä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Henkilöstön vastuulla on ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muussa lainvastaisuudessa.

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

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Osastolla 3K ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat:

Asiakas/potilasturvallisuusriskien arvioinnit

- Kriittisten toimintojen ja työvaiheiden tunnistaminen (esimerkiksi: näihin liittyvät henkilöstölle suunnatut ohjeet ja koulutukset, kotiutuksen tarkastuslista, lääkkeiden kaksoistarkastus, määräysten takaisin puhuminen / varmistaminen, yksiköiden tai sairaaloiden välisten potilassiirtojen yhteydessä oleellisten tietojen siirtämisen tarkistuslista/runko)
- Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset (Laatuportti-ohjelma)
- Muistutusten tai kanteluiden pohjalta nousseiden riskien huomioiminen ja toiminnan kehittäminen
- Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan pohjalta annettujen suositusten ja toimenpiteiden käytäntöön vieminen
- Aina vältettävissä olevien vaaratapahtumien (Never Event) seuranta ja niiden pohjalta toimenpiteiden käytännön suunnittelu ja toteutus
- Muiden indikaattoreiden havaintojen huomiointi toiminnan suunnittelussa esimerkiksi hoitoon liittyvät infektiot (sairaalaperäiset infektiot), käsihuuhdekulutuksen seuranta ja huomiointi
- Säännölliset turvallisuuskävelyt neljästi vuodessa paikalla olevan henkilöstön, esihenkilöiden ja turvallisuusvastaavien kanssa.
- Suuronnettomuussuunnitelman kertaus ja läpikäynti henkilöstön kanssa kahdesti vuodessa.
- Toiminnan tai tilojen muutostilanteessa riskikartoituksen tekeminen tai päivittäminen.

Työn riskien arvioinnit:

- Laatuportti-ohjelmassa vuosittain tai tarvittaessa tehtävä riskien arviointi. Arviointi tehdään yhteistyössä henkilöstön kanssa. Riskienarviointi pitää sisällään: hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät.
- Henkilöstöön kohdistuvat ennakkolliset riskienarviointimenettelyt ovat mm. rekrytoinnin yhteydessä tehtävä kelpoisuus-, pätevyys- ja soveltuvuusarviointi, perehdytys (toteutetaan suunnitelmallisesti Siun soten perehdytysohjelman mukaisesti. Perehdytystä arvioidaan ja seurataan tarpeen mukaan, mutta vähintään kahdella erillisellä esihenkilö-työntekijä-keskustelulla/arviointikerralla.), osaamisen varmistaminen (lääkeluvat Siun soten lääkelupaprosessin mukaisesti), osaamisen ylläpitäminen (yksikössä laadittu osaamisen kehittämisen suunnitelma ja jatkossa tässä tukena myös koulutussuunnitelman vuosikello)

Vastuualueella on myös käytössä SHQS-laatuohjelma toiminnan laadun itsearvioinnin tekemiseen. SHQS on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että kaikessa toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuosituksien ja organisaation strategiset tavoitteet. Osastolla 3K on aloitettu laatuohjelman (SHQS) käyttöönotto vuonna 2023.

Osastolla toteutetaan säännölliset turvallisuus- ja hygieniakävelyt. Lääketurvallisuutta parannetaan mm. osastofarmaseutin tekemillä lääkityksen kokonaisarvioinneilla ja vuorokautisilla lääkelistojen tarkastuksilla. 3K:lla on käytössä henkilökunnan päällekkäushälyttimet, potilaiden kaatumisriskiä arvioidaan mittareilla ja muistamattomien potilaiden liikkumista turvataan dementiarannekkeiden avulla. Yhdessä neurologian valvontahuoneessa on käytössä myös kameravalvonta.

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).

Henkilökunta ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta) - ilmoitusmenettelyllä, suullisella, sähköisellä (esim. sähköposti) tai kirjallisella ilmoitusmenettelyllä. Potilaat ilmoittavat riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä, Suomi.fi-palvelun kautta tai sähköisen potilaspalautejärjestelmän kautta. Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kirjataan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.

Jos osaston henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteutumisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin Epäkohta tai epäkohdan uhka – ilmoituslomakkeella. Näiden ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Osastolla 3K tietoa kerätään vaara- ja poikkeamatilanteista ja laatupoikkeamista Laatuportin PaTu-ilmoitusten sekä Mediatriin haittatapahtumakirjausten avulla, sekä päivittäisissä keskusteluissa henkilöstön ja esihenkilöiden kesken. Jos osastolla tapahtuu vakava vaaratilanne tästä, tehdään vakavien vaaratapahtumien tutkinta tai GTT-tutkinta (Global Trigger Tool). Ilmoitukset ohjautuvat Laatuportista yksikön esihenkilöille, osaston ylilääkäreille ja vastuualueen johdolle. Ilmoitukset käsittelevät yksikössä hoitotyön esihenkilö tai erikoisalastaan vastaava ylilääkäri, riippuen siitä, mitä ilmoitus koskee. Vakavien vaaratilanteiden tutkinnan tekee erillinen organisaation työryhmä. Riskit ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään joko yhteisissä viikkopalaverissa, tai yksilökeskusteluissa. Vaara- ja poikkeamatilanteiden moniammatillinen käsittely tehdään erikseen sovittuina ajankohtina. Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn ja ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa, käytännössä ilmoitukset käsitellään 1–5 vuorokauden sisällä ilmoituksen saapumisesta. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoituksen käsittely voi kestää vaaratapahtuman luonteen mukaan myös yli 30 vuorokautta. Työtapaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta). Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat yksikön lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan osastopalaverimuistioon.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Osastolla 3K riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat toimintayksikön esihenkilöt. Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti vastuuhenkilö osaston esihenkilöiden keskuudesta. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Osastolla seurataan, toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää. Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta yhdessä yksikön henkilöstön ja muiden esihenkilöiden kanssa. Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuullen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään tai yksikön kokousmuistioihin. Potilaan sekä hänen läheisensä antama palaute käsitellään osastolla yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluontoisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn. Potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa asiasisällön mukaan joko työyksikön lähiesihenkilön tai henkilöstön toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Esihenkilöt huolehtivat riskien vaara- ja poikkeamailmoitusten korjaavista toimenpiteistä tiedottamisesta tapahtumassa olleille palvelun käyttäjille, henkilöstölle ja tilanteeseen liittyville yhteistyökumppaneille. Tiedottaminen tapahtuu sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti.

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.

Potilas ohjataan tekemään ilmoitus Laatuporttiin [Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

Potilaan hoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa potilasta informoidaan tapahtumasta ja jatkotoimenpiteistä. Häntä tuetaan yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman vakavuuden mukaisesti. Potilaalle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua, tiedottamista tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista.

Osaston esihenkilö on yhteydessä ilmoituksen tekijään, mikäli ilmoittaja haluaa yhteydenottoa ja on jättänyt ilmoituksen yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja seuraukset käydään läpi ilmoituksen tekijän kanssa hänen niin toivoessaan. Ilmoituksen tekijälle kuvataan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Potilaalle tai omaiselle annetaan potilasasiavastaavan yhteystiedot.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskienhallinnan prosessin ongelmaa ei tunnisteta.	Henkilöstön koulutus ja perehdytys	Siunsojen perehdytysohjelmat

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Suurin osa osaston 3K potilaista ohjautuu osastolle hoitoon yhteispäivystyksestä ja pieni osa ohjautuu poliklinikoilta ja muista sairaaloista. Hoidon tarve määritellään lähettävässä yksikössä, poliklinikan tai päivystyksen lääkärin toimesta.

Osastolla 3K hoidon tarpeen määrittelee potilaan hoidosta vastuussa oleva terveydenhuollon ammattilainen. Tässä työssä käytetään tukena esimerkiksi potilaalle tehtyä haastattelua, tutkimustuloksia ja potilastietojärjestelmään kirjattuja terveystietoja. Potilas tai hänen asiaansa hoitava läheinen on keskeisessä roolissa hoitotarpeen arviointiprosessissa ja häntä kuullaan aina, mikäli siihen on mahdollisuus. Käytännössä hoidon tarpeen määrittely kyetään tekemään aina osastolla, mutta tarvittaessa asiassa konsultoidaan yliopistosairaloita ja muita erikoisalaja omassa sairaalassa.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Potilaat ohjautuvat osastolle päivystyksellisesti tai poliklinikoilta erikseen määriteltynä ajankohtana. Jos hoitoa ei kyetä järjestämään osastolla esimerkiksi henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi, tehdään hoidon järjestämiseksi yhteistyötä ensisijaisesti sairaalan muiden yksiköiden ja poliklinikoiden kanssa tai ääritapauksessa muiden hyvinvointialueiden vastaavaa hoitoa tarjoavien yksiköiden kanssa. Hoitoon pääsyä seurataan yksikön sisäisesti ja tietotuotannon tuottaman seurantatiedon avulla. Tätä seuranta tehdään osastolla viikko ja kuukausitasolla.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa määritetään diagnoosi, hoidon tarve, hoidon tavoite, toteutus, keinot, seuranta, arviointiaikataulu, lääkitys ja toteutusaikataulu. Potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät suunnitelmat ja tavoitteet kirjataan potilaskertomukseen. Potilaan hoidon suunnitelmaa päivitetään jokaisen kontaktin yhteydessä. Lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän erikoisalalehdille ja hoitajan tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän hoitotyön suunnitelma- ja toteutuslehdille ja niitä päivitetään vähintään päivittäin. Hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan kanssa. Potilasta kuullaan aina hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä vaihtoehdoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä. Potilaalle kirjattuja suunnitelmia ja tavoitteita seurataan ja niiden toteuttamiseen pyritään aktiivisesti. Perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämällä varmistetaan, että henkilökunta toimii kirjattujen suunnitelmien ja tavoitteiden mukaisesti. Työntekijät perehtyvät kunkin vuoron alussa omien hoitovastuullaan olevien potilaan tietoihin itsenäisesti potilasasiakirjoista. Jos hoitosuunnitelman laadinta ei toteudu, tilanne korjataan välittömästi, kun se huomataan. Hoitosuunnitelman laadinta saattaa viivästyä esimerkiksi ennakoimattomissa kiiretilanteissa. Tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma, jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Jos hoitosuunnitelman laadinta ei ole toteutunut suunnitellusti, tehdään tästä haittatapahtumailmoitus SiunSoten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatun kaltaisesti.

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 oman näköistä elämää.

Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys on toimintamme lähtökohta. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon motivoivan haastattelun keinoin. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehtäessä. Sovittuja periaatteita kerrataan säännöllisissä viikkopalavereissa ja koulutuksissa. Potilaan yksityisyys varmistetaan mahdollisuuksien mukaan potilashuonejärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan päivittäisen työn lomassa, asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja perehdytyksessä. Henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua organisaation järjestämiin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviin koulutuksiin.

Jos itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa huomataan puutteita tai ne eivät toteudu, tilanne korjataan välittömästi, kun se huomataan. Tällaiseen tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma, jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Tapahtumasta laaditaan haittatapahtumailmoitus Siunsoten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatun kaltaisesti.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät ohjeistukset käydään läpi perehdytyksen yhteydessä. Tarvittavat ohjeistukset ovat löydettävissä Siunsoten intrasta (Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen-sivustolta) ja organisaatiossa tarjotaan myös koulutusta aiheeseen liittyen.

Mikäli potilaan sairaus aiheuttaa riskiä esimerkiksi ajokykyyn tai turvalliseen liikennekäyttämiseen, terveydenhuollon ammattilaisilla on ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle. Joihinkin sairauksiin liittyy ajo-oikeuden määräaikainen tai pysyvä menetys. Määräaikaisen ajo-oikeuden osalta jatkoarviointi tehdään polikliinisesti tai terveyskeskuksessa. Toisinaan sairauksiin liittyen arvioidaan myös aseenkantolupa ja tarvittaessa tehdään ilmoitus poliisille luvan kumoamiseksi. Potilaille kerrotaan velvoitteista ja vaatimuksista.

Potilaiden itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Ennen rajoittamistoimiin ryhtymistä on selvitettävä ja pyrittävä poistamaan tai lievittämään mahdollisia syitä potilaan käytökseen (esim. kipu). Rajoittaminen mitoitetaan oikein ja valitaan aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino. Rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön (esim. mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki, tartuntatautilaki, kehitysvammaisten erityishuoltolaki). Rajoittamispäätöksen tekee hoidosta vastaava lääkäri. Rajoittamistoimenpiteeseen johtanut syy kirjataan aina potilasasiakirjoihin. Potilastietoihin kirjataan peruste rajoittamistoimenpiteiden käytölle, alkamis- ja päättymisajankohta, merkinnät rajoituksen aikaisesta voinnin seurannasta sekä rajoittamistoimenpidettä koskevan päätöksen tehneen lääkärin nimi. Rajoittamistoimenpiteiden tarvetta seurataan ja arvioidaan. Tätä tehdään rajoittamistoimien aikana jatkuvasti tarkkailemalla ja tarvittaessa tilanteeseen puuttumalla. Tarvittaessa käytetään vierihoidajaa turvaamaan potilasseurantaa, tästä tehdään asianmukaiset kirjaukset sähköiseen potilastietojärjestelmään. Yhdessä yksikön potilashuoneessa on käytössä myös kameravalvonta. Kameravalvonnasta on asianmukainen tiedote huoneen yhteydessä. Potilasvalvontaa tehdään kameralla lääkärin määräyksen mukaisesti ja siitä tiedotetaan valvonnan kohteena olevaa potilasta. Tavoitteena on mahdollisimman pikainen luopuminen itsemääräämisoikeutta

rajoittavista toimista. Rajoittamisvälineenä on käytettävissä magneettikiinnitteisiä lepositeitä, joita käytetään lääketieteelliseen arvioon perustuen, lääkärin määräyksellä.

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

Jos itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvissä asioissa huomataan puutteita tai ne eivät toteudu, tilanne korjataan välittömästi, kun se huomataan. Tällaiseen tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma, jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Tapahtumasta laaditaan haittatapahtumailmoitus Siunsoten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatun kaltaisesti.

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 terveyspalveluita toteutettaessa.

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

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

Vieraskielisten potilaiden hoidossa on käytettävissä tarvittaessa (esimerkiksi lääkärin kierroilla) apuna tulkkipalvelu. Sairaalan henkilöstössä on myös vieraskielisiä työntekijöitä, joiden apua käytetään tulkkauksista vaativissa hoitotilanteissa. Yleisimmillä vierailu- ja kielillä on saatavilla kirjallista materiaalia esimerkiksi keskeisiin potilasohjeisiin. Hoitotyössä käytetään myös digitaalisia tulkkausovelluksia päivittäisten hoitotilanteiden yhteydessä. Aistivamman huomioon otetaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukkipalveluilla.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Potilashoitoon liittyvät palautteet tulevat pääsääntöisesti suoraan toimintayksikköön. Osaston toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään tapahtuman mukaan joko yksilöllisesti tai moniammatillisesti. Henkilöityvät potilaspalautteet tai reklamaatiot otetaan yleisellä tasolla

keskusteluun moniammatillisissa palavereissa. Reklamaatiot ohjautuvat Siunsoten kirjaamon kautta palvelupäällikölle ja tätä kautta tarvittaessa osastolle. Käsittely voi johtaa korjaavaan toimenpiteeseen, jonka toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat toimintayksikön esihenkilöt.

Tarvittaessa potilasta ohjataan muistutus, kantelu, potilasvahinko tai vaarailmoituksen tekoon organisaation internet-sivustolla. Henkilöstö neuvoo potilaita tarvittaessa ja hänen näin halutessa.

Viranomaispäätökset ja -ohjaus linjaa osaston toimintaa aina kun päätöksiä ja ohjausta on käytettävissä.

Jos potilaspalautteisiin liittyvissä asioissa huomataan puutteita tai ne eivät toteudu, tilanne korjataan välittömästi, kun se huomataan. Tällaiseen tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma, jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Tapahtumasta laaditaan haittatapahtumailmoitus Siunsoten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatun kaltaisesti.

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Marjo Kantola (marjo.kantola@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 tietoturvasesti [Viestit - Suomi.fi](https://viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilailta saadaan asiakaspalautetta suullisesti, sähköisesti Laatuporttijärjestelmän kautta tai sähköpostitse, kirjallisesti ja sähköisen erillisen potilaspalautejärjestelmän kautta. Sähköisen erillisen potilaspalautteen osalta vuoden 2024 alussa on muutaman kuukauden mittainen tauko järjestelmätoimittajan vaihtumisen vuoksi. Muutoin asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti. Potilas saa palautekyselyn kotiutumisen jälkeen tekstiviestillä. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista ja maksutonta.

Asiakaspalautetta ja vastausprosenttia seurataan raportointijärjestelmän kautta vähintään kuukausittain. Palautteet huomioidaan osaston toiminnan kehittämisessä ja niitä käsitellään kuukausittain tai tarvittaessa tiheämmin moniammatillisissa kokouksissa, joissa päätetään konkreettisista kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta.

Jos potilaspalautteiden kautta saadaan tietoon epäkohta, tilanne korjataan mahdollisimman nopeasti. Tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma,

jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Tapahtumasta laaditaan haittatapahtumailmoitus Siunsoten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatun kaltaisesti.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

Kokonaisvaltainen suunnitelma kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntämisestä on organisaatiotasolla työn alla.

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
Haittatapahtuma ilmoituksia ei tehdä kaikista tapahtumista	Perehdytys, koulutukset	Siunsoten perehdytyksen periaatteet
Ei tunnisteta omaa vastuuta tapahtumassa	Perehdytys, koulutukset, osastokokouksissa asioiden läpikäynti	Siunsoten perehdytyksen periaatteet
Tietoturvaa ei kyetä noudattamaan aukottomasti kahden tai useamman potilaspaikan huoneissa	Pyydetään toisen potilaan omaisia tai läheisiä poistumaan huoneesta viereisen paikan potilaan hoitotoimien ajaksi.	Siunsoten tietoturva ja tietosuojaohteet

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 työskentelee noin 25 sairaanhoitajaa, vaihdellen 5–10 lääkäriä, yksi osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, kaksi fysioterapeuttia, osa-aikainen toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti ja hoiva-avustaja. Henkilöstön määrä on yhteensä noin 40 työntekijää, joista osa työskentelee myös eri poliklinikoilla ja vastaanotoilla. Toimintayksikössä voi työskennellä toiminnan luonteen vuoksi vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, poikkeuksena hoitotyön avustavissa tehtävissä toimiva hoiva-avustaja.

Osaston henkilöstö, lääkäreitä lukuun ottamatta, työskentelee joko jaksotyössä tai yleistyöajassa. Osastolla on toimintaa ympäri vuorokauden kaikkina viikonpäivinä. Työntekijöiden työvuorosuunnittelu, työajanseuranta ja vuosilomasuunnittelu toteutuu organisaatiossa käytössä olevissa sähköisissä järjestelmissä. Hoitotyön osalta työvuorosuunnittelu tehdään yhteistyössä henkilöstön kanssa autonomista työvuorosuunnittelua hyödyntäen.

Sijaisjärjestelyissä voidaan hyödyntää organisaation sisäistä ja ulkoista sijaisjärjestelmää ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden osastojen ja toimintayksiköiden kanssa siirtäen työntekijöitä yksiköiden välillä potilaiden palvelutarve huomioiden. Sijaisina toimii ajoittain myös hoitoalan opiskelijoita.

Ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön riittävyys varmistetaan rekrytointi-, perehdytys sekä koulutussuunnittelukäytännöillä. Henkilöstövoimavarojen riittävyttä seurataan säännöllisesti keskustellen henkilöstön ja organisaation johdon kanssa, keräämällä tietoa potilasmäärästä, potilaskontakteista, henkilöstön työajan riittävydestä (ylityöt) ja poissaoloista. Jos riittävää henkilöstöä ei ole tarjolla, käydään tilanteesta arviointikeskustelu keskijohdon kanssa ja tehdään tehostettua rekrytointia (kontaktoiduttavan suoraan sijaisiin).

Normaalijärjestyksen häiriötilanteita varten henkilöstövoimavarojen riittävyyden turvaamiseksi on varajärjestelmä. Toimenpiteet suunnitellaan tarvittaessa tapauskohtaisesti, esimerkiksi toimintaa voidaan supistaa, rajoittaa tai siirtää toiseen yksikköön. Äkillisten poissaolojen tilanteessa tehdään tarvittaessa yhteistyötä omien ja muiden osastojen työntekijöiden kanssa.

7.2 Rekrytointi

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

Osastolla 3K vaaditaan erityisosaamista, mikä huomioidaan rekrytoinneissa. Työpaikkailmoituksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan, samalla ilmoitetaan vaatimus riittävästä rokotesuojasta. Soveltuvuus tehtävään arvioidaan työhaastattelussa, jossa varmistetaan myös riittävä kielitaito. Hoitotyön osalta työhaastattelun tekee osastonhoitaja yhdessä

apulaisosastonhoitajan kanssa. Koeaika käytetään yksilöllisesti, se voi olla 1–3 kuukautta. Työntekijän tulee esittää lääkärintodistus kelpoisuudestaan työn vastaanottamiseksi 1kk:n kuluessa työsopimuksen alusta.

Henkilöstön kelpoisuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutuksen todistusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) sekä haastattelun ja suositusten keinoin. Rekrytointia tehdään suoralla rekrytoinnilla sekä yhteistyössä rekrytointiyksikön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaa hoitotyön esihenkilöt ja lääkärirekrytoinnista vastaavat eri erikoisalojen ylilääkärit.

Toimintayksikköön on rekrytointivaiheessa osaamisvaatimukset, jotka pohjautuvat yksikön erityispiirteisiin ja lainsäädäntöön.

Jos rekrytointi ei toteudu suunnitellusti (ei saada riittävästi, riittävän osaavaa henkilöstöä paikalle), asia selvitetään yksikön esihenkilön toimesta ja tilanne korjataan, jos mahdollista. Tarvittaessa asiaa käsitellään keskijohdon ja SiunSoten rekrytointiyksikön avulla tilanteen korjaamiseksi.

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.

Henkilöstön alkuvaiheen perehdytykselle varataan työntekijän lähtötilanne huomioiden 1–2 viikon ajanjakso, jolloin varsinaisia työtehtäviä suunnitellaan normaalia vähemmän. Esihenkilö perehdyttää osaston käytännön asioihin, ja kollegat perehdyttävät varsinaiseen kliiniseen työhön parityöskentelyn avulla. Perehdytyksen tukena käytetään Siun soten yleistä perehdytysmateriaalia. Opiskelijoiden perehdytyksen tukena käytetään myös Siun soten koulutusyksikön ja oppilaitosten perehdytysmateriaalia.

Omavalvonnan toteuttamiseen liittyvä perehdytys toteutuu yleisen perehdytyksen lomassa. Palveluyksikön omavalvontasuunnitelman lukeminen on jatkossa osa perehtymistä.

Perehdytyksen etenemistä ja toteutumista seurataan esihenkilötyönä ja hyödyntämällä muun henkilöstön palautetta. Etenemisen seuranta tehdään seurantakeskusteluissa, joita pidetään 1–2 riippuen perehtymisen etenemisestä ja työntekijän tarpeesta. Perehdytyksestä laaditaan SiunSoten perehdytyslomakkeen mukainen asiakirja, jota säilytetään yksikössä.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Osasto 3K:n hoitohenkilöstöltä edellytetään monialaista hoidon osaamista. Osaamista tarvitaan kaikista osastolla hoidettavista erikoisaloista (neurologia, nefrologia, hematologia, onkologia ja ihotaudit). Osastolle on laadittu Osaamisen kehittämisen suunnitelma, jota päivitetään vuosittain ja tarvittaessa. Esihenkilöt tekevät lisäksi jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta, tässä hyödynnetään mm. kehityskeskusteluissa esiin nousseita koulutustarpeita ja -toiveita. Osaston henkilöstön osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin ja osastolla tehtävän työn vaatimuksiin pohjautuvaa. Henkilöstön osaamisen kehittäminen jakautuu viikoittaisiin palavereihin, lääkärikoulutuksiin, yhteistyökumppaneiden tarjoamiin tietoiskuihin/webinaareihin, alueellisiin koulutuspäiviin, Siun soten tarjoamiin muihin koulutuskokonaisuuksiin sekä Siun soten ulkopuolisiin täydennyskoulutuksiin. Koulutuksista annetaan osastolla myös palautetta kollegoille. Lääkehoidon, laadunhallinnan, infektioiden torjunnan sekä laite- ja potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset ovat osastolla pakollisia ja ne toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti.

Yksilökehityskeskustelut toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Käydyt koulutukset dokumentoidaan Onni-HR-järjestelmään työntekijän tietoihin esihenkilön toimesta.

7.5 Johtamisosaaminen

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

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

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

Osastolla 3K johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten, johtamisvalmennuksen, esihenkilötyönohjauksen ja omaehtoisen kouluttautumisen turvin. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti, lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia; työtehtävistä on laadittu esihenkilöiden kesken työnjako, jota tarkastellaan ja päivitetään kerran vuodessa tai

tarvittaessa. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Työajan riittävyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen lähiesihenkilöiden ja keski johdon palavereissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta (mm. Mitä siulle kuuluu -kysely, kehityskeskustelut ja potilaspalaute).

7.6 Työhyvinvointi

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

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. ryhmätyönohjaukset kerran kuussa, tarvittaessa myös yksilötyönohjaukset, TYHY-toiminta, jota toteutetaan kahdesti vuodessa, työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu osaston esihenkilöille. Työhyvinvointiasioissa apua on saatavissa myös työterveyshuollosta ja Siunsoten työhyvinvointiasiantuntijoilta. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti osastokokouksissa ja koulutuksissa. Työturvallisuuden kartoittamiseen käytetään Laatuportin työn riskien arviointia. Pehdytyksessä ja työhön opastamisessa käydään läpi turvalliset työtavat. Työtaturmien ilmoittaminen ja käsittely tapahtuu Laatuportin vaaratilanne ja työtaturmien ilmoittamisen kautta. Tässä prosessissa haetaan ratkaisuja, ettei vastaavaa tapahtuisi tulevaisuudessa. Työturvallisuusasioissa tehdään yhteistyötä työsuojelun kanssa ennaltaehkäisevästi. Tämän yhteistyön koordinoinnista vastaavat yksikön esihenkilöt.

Kriisitilanteet (ennakoimattomat, äkilliset, pitkäkestoiset tai muutoin normaalista poikkeavalla tavalla työyhteisöä tai yksittäistä työntekijää kuormittavat tilanteet tai tapahtuma) ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon, defusing-tapaamiseen tai työnohjaukseen. Hoitotyön ryhmätyönohjausta järjestetään säännönmukaisesti kerran kuukaudessa.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä siulle kuuluu -kysely), kehityskeskustelujen, arkikohtaamisten ja työn riskienarvioinnin kautta.

Mikäli työhyvinvoinnissa huomataan parannettavaa, asia korjaamiseksi tehdään tarvittavat toimenpiteet joko työntekijää koskien henkilökohtaisesti tai koko yksikköä koskien. Tässä käytetään apuna myös työhyvinvointiyksikön työhyvinvointiasiantuntijoita ja tarvittaessa myös työterveyshuollon palveluita. Hoitotyön osalta osastonhoitaja vastaa ja koordinoi kehitystyötä.

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.

Haastavat potilastilanteet ovat mahdollisia ja ajoittaisia. Nämä tilanteet ovat yleensä epäasiallista henkilöstön kohtelua, aggressiivista käyttäytymistä joko potilaan tai omaisen taholta. Myös potilaan sekavuustila tai muu yhteistyökykyyn vaikuttava tila voi aiheuttaa haastavia tilanteita.

Haastaviin tilanteisiin varaudutaan etukäteen koulutuksilla, riittävällä vuorokohtaisella tiedottamisella, moniammatillisen yhteistyöllä ja vahtimestareille tiedottamalla. Osastolla on käytössä päällekkäushälyttimet työntekijöiden turvaksi. Hälyttimen avulla saadaan vahtimestari nopeasti paikalle tilanteissa, joissa on väkivallan uhka tai päällekkäustilanne. Käytännön ohjeistuksena hoitotyössä on, että aggressiivisesti tai uhkaavasti käyttäytyvän potilaan hoitotoimet tehdään parityönä.

Avekki- ja haastavan potilaan kohtaamisenkoulutuksilla saadaan työvälineitä haastaviin potilastilanteisiin.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

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

Onnistumisista saatua positiivista palautetta voidaan hyödyntää suunnittelemalla toimintamalleja laajempaan käyttöön koko alueelle. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään osastolla.

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

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

Osaavan henkilöstön saatavuus	Uusien osajien kouluttaminen ennakoivasti. Yksikön vetovoiman ja pitovoiman ylläpitäminen.	Siunsoten rekrytointi- ja työhyvinvointiohjeet
Resurssin riittävyys mm. äkillisten poissaolojen aikana	Hoitajien työparitoimintamalli.	Siunsoten rekrytointiohjeet
Henkilöstö vaje ja vaihtuvuus	Perehdytys, henkilökohtainen rekrytointi	Siunsoten rekrytointi- ja perehdytysohjeet

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.

Potilasasiakirjamerkinntä laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään rakenteista kirjaamista hyödyntäen. Henkilöstö on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen, tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen potilastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen

Kirjaamisen asiamukaista toteutumista seurataan potilaspalautteilla ja työntekijöiden keskisellä vertaisarvioinnilla.

Kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvät asiat käydään läpi esihenkilön ja perehdyttävän kollegan antaman alkuperehdytyksen yhteydessä. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Yksikön Mediatri-pääkäyttäjät toimivat tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjaamiseen liittyviä ohjeita. Opiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksillaan. Opiskelijaa ohjaava sairaanhoitaja tarkistaa opiskelijan laatimat kirjaukset ja tekee tarvittaessa täydennyksiä tai korjauksia. Erikoistuvat lääkärit

laativat kirjaukset itsenäisesti ja heillä on mahdollisuus kokeneen lääkärin tukeen. Lääketieteen kandidaattien kirjaukset tarkistavat, ja hoitotiivistelmien osalta myös allekirjoittaa, osaston erikoislääkäri.

Potilastietojen kirjauksia on tarkoitus seurata tulevaisuudessa auditointien kautta. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

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

Tarkastuspyynnön voi tehdä sähköisen asiointipalvelun kautta tai Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

Jos asiakas- ja potilasasiakirjoihin liittyen saadaan tietoon epäkohtia, tilanne korjataan välittömästi, kun se saadaan tietoon. Tapahtumaan johtaneet syyt selvitetään, käydään läpi henkilökunnan kanssa ja tehdään toimintasuunnitelma, jottei vastaavaa pääsisi tapahtumaan tulevaisuudessa. Tapahtumasta laaditaan haittatapahtumailmoitus Siun soten Laatuporttijärjestelmään, jossa käsittelyprosessi etenee aiemmin kuvatus kaltaisesti.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä asioita käydään läpi esihenkilön antaman alkuperähdytyksen yhteydessä. Opiskelijoiden tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvään perehdytykseen kuuluu yleinen opiskelijainfo ja opiskelijaohjaajien antama perehdytys. Perehdytyksessä painotetaan sitä, että henkilötietoja käsitellään huolellisesti ja tietoja käsitellään vain siinä määrin, kun se on työtehtävien kannalta tarpeellista. Uudet työntekijät ja opiskelijat sitoutuvat salassapitoon allekirjoittamalla salassapito- ja käyttäjäsitoumus-asiakirjan.

Esihenkilön vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilö valvoo henkilötietojen käsittelyä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Osaston toiminnassa muodostuu henkilötietoja sisältäviä paperisia asiakirjoja. Arkistoitavat potilasasiakirjat lähetetään säilytettäväksi arkistoon hoitojakson päätyttyä. Ei arkistoitavat asiakirjat hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät verkkovälitteiset organisaation tarjoamat koulutukset edellytetään kaikilta osaston työntekijöiltä viiden vuoden välein. Osaston esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista. Mikäli

tietosuoja- tai tietoturvaloukkaus havaitaan, osastolla toimitaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti: tietosuojarikkeen havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta esihenkilölle välittömästi ja esihenkilö tekee tietosuojaloukkauksilmoituksen viipymättä ja ilmoittaa tilanteesta tietosuojavastaavalle. Potilaaseen ja työntekijään otetaan yhteys kirjallisesti tai puhelimitse. Tietosuojaloukkaus selvitetään ja ratkaistaan tilannekohtaisesti. Siun sotessa tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: [Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](https://siunsote.fi/henkilotietojen_kasittely).

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan vastaanottomuistutus lähetetty väärään osoitteeseen.	Perehdytys, tiedottaminen	<u>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki)</u> Siun soten Tietosuoja- ja tietoturvakäsikirja -toimintaohje
Työpisteen lukitseminen paikalta poistuttaessa	Toimikortit poistetaan työpisteestä käyttöjen välissä, työpiste lukitaan siltä poistuttaessa.	Ulkopuolisten pääsy potilastietojärjestelmiin tulee olla estetty.

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.

Osaston 3K toimitilat sijaitsevat Keskussairaalan K-talon 3. kerroksessa. Kaikki potilashoittoon liittyvä työ toteutetaan tarkoitustaan vastaavissa tiloissa. Käyttöön varatut tilat on suunniteltu vuodeosastotoimintaa varten ja tiloja käyttävät vain niihin oikeutetut henkilöt.

Potilaskäyttöön tarkoitetuissa tiloissa on turvattu esteettömyys riittävän suurilla tiloilla. Osastolle on esteetön kulku hisseillä (esim. pyörätuolilla liikkuvia ja sänkykuljetuksia varten). Yksityisyyden suojasta huolehditaan mm. äänieristyksen toimivuuden varmistamisella. Potilashoitotiloissa varmistetaan toimintaan vaadittava riittävä valaistus ja välineet. Osastolle on laadittu oma poistumissuunnitelma. Hätäpoistumistiet on merkitty asianmukaisesti. Poistumissuunnitelmia ja muita turvallisuuteen liittyviä huomioitavia asioita kerrataan säännöllisesti osastokokouksissa, turvallisuuskierroilla ja perehdytyksessä.

Lääkesäilytystilat on järjestetty siten, että potilaiden ja asiattomien pääsy tiloihin on estetty kulunvalvonnalla.

Osastolla on käytössä henkilöstön kulunvalvonta. Yhdessä osaston valvontahuoneessa on käytössä kameravalvonta.

Osaston tiloissa on automaattiset paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmät sekä murtosuojausjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmien testaamiseen liittyvien käytäntöjen informoinnin päävastuu kuuluu osaston esihenkilöille.

Osastolla on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä potilashuoneissa, Wc-tiloissa ja tutkimuhuoneessa. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Potilaspaikkakohtaisen hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmän toimivuus tarkastetaan aina, kun uusi potilas otetaan vastaan osastolle. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille.

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
Hätäpoistumisteiden edustalle on sijoitettu tavaroita, jotka estävä esteettömän poistumisen tiloista.	Perehdytys, epäkohdista huomauttaminen ja muistuttaminen	Siunsojen turvallisuusohjeet, poistumissuunnitelmat
Hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmää ei muisteta testata uuden potilaan saapumisen yhteydessä.	Perehdytys, muistuttaminen	Siunsojen turvallisuusohjeet

Toimintaympäristössä, toimitiloissa tai teknologisissa ratkaisuissa huomattavia puutteita tai vikoja ei raportoida esihenkilöille ja niistä ei tehdä korjauspyyntöjä heti vian huomaamisen jälkeen.	Perehdytys, muistuttaminen	Siunsoten turvallisuusohjeet
---	----------------------------	------------------------------

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.

Hoitotyön osalta osastolla 3K ei ole etä- tai digipalveluita. Lääkärit tekevät ajoittain polikliinistä työtä osaston tiloissa. Polikliiniseen työhön liittyy myös lääkärin soittoaikoja. Potilaan yhteystiedot haetaan potilastietojärjestelmästä ja hänet tunnistetaan siellä olevien tietojen mukaisesti puhelimesta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Osastolla 3K on päivittäisessä käytössä potilaan tutkimiseen liittyviä välineitä (esim. verensokerimittarit) ja tarvikkeita sekä seurantavälineitä (esim. verenpainemittari, neurologian valvonnan monitorit). Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja ja rollaattoreita. Osastolla on hätätilanteita varten elvytyskärri, jossa on hätätilapotilaan hoitoon tarkoitettu välineistö. Osastolla on sähköinen laiterekisteri ja sen ylläpidosta vastaavat yksikön esihenkilöt.

Käytössä olevien laitteiden toimintakunto tarkastetaan osastolla säännöllisesti, esimerkkinä verensokerimittareiden kontrollointi säännöllisin väliajoin.

Kaikilla henkilöstöön kuuluvilla on velvollisuus tehdä vaara- ja poikkeamailmoitus havaitessaan vian terveydenhuollon laitteisiin liittyen. Ilmoitukset tehdään sekä suullisesti esihenkilöille, että Laatuportin kautta. Laatuportti ohjaa ilmoituksen tekemisen valmistajalle ja Fimealle. Tämän tekee yksikön esihenkilö ilmoituksen käsittelyn yhteydessä.

Vaaratilanneilmoituksia käsitellään yksikön palaverissa ja ilmoituskäytännöt kerrataan näissä yhteyksissä.

Yksikön esihenkilö seuraa ilmoituksia ja tekee tarvittavat kehittämistoimet yhdessä henkilöstön ja/tai laitevalmistajan kanssa.

Potilaat ja omaiset ohjeistetaan ottamaan yhteys välittömästi hoitohenkilökuntaan, jos he huomaavat poikkeaman tai vian laitteen toiminnassa.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Harvoin tapahtuva toiminta/riski --> toimintamalli unohtuu tai ei ole tiedossa (esimerkiksi laiteavusteiset hoidot)	Koulutukset, osaamisen turvaaminen ja vahvistaminen	SiunSoten perehdytysohjeet ja turvallisuusohjeet

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.

Osastolla 3K toteutetaan lääkehoitoa monipuolisesti erikoisalakohtaisesti. Lääkehoidon potilasohjausta annetaan lääkehoidon suunnittelun ja toteutuksen sekä potilaan kotiutuksen yhteydessä.

Osaston lääkehoitosuunnitelman laativat yksikön esihenkilöt yhteistyössä lääkäreiden, hoitohenkilöstön, lääkevastaavien ja osastofarmaseutin kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain, tai tarvittaessa toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastavat ylihoitaja ja palvelupäällikkö, ja sen hyväksyy osastonylilääkäri.

Lääkehoitosuunnitelma käydään läpi osastokokouksissa vähintään vuosittain päivityksen yhteydessä. Muutoksista ja tarkennuksista tiedotetaan tarvittaessa. Yksikön esihenkilöt vastaavat siitä, että henkilöstö on perehtynyt lääkehoitosuunnitelmaan. Sairaala-apteekin ja osastofarmaseutin asiantuntemusta hyödynnetään tarvittaessa lääkehoitoon liittyvässä perehdytyksessä. Lääkehoidon toteutumista seurataan päivittäisen toiminnan yhteydessä, potilaspalautteiden avulla ja vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta. Yhteistyötä lääkehoidon toteuttamisen seurannasta tehdään organisaation sairaala-apteekin kanssa.

Lääkehoitosuunnitelman läpikäynti on osa uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytystä. Opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa ohjaavan ammattilaisen valvonnassa. Lääkehoitoa saa toteuttaa vain lääkehoitoon perehtynyt ja vaadittavat lääkeluvat suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen varmistamiseksi henkilöstö suorittaa lääkelupaan liittyvät verkko-opinnot ja tarvittavat näytöt säännöllisesti. Näyttöjen vastaanottajalta edellytetään näyttöjen vastaanottamiseen kyseistä näyttöä koskevat, voimassa olevat yksikkökohtaiset lääkeluvat.

Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa potilasta tiedotetaan tapahtumasta ja siitä mahdollisesti seuraavista riskeistä ja jatkohoitotoimista. Potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille annetaan tapahtuma tiedoksi välittömästi, kun tapahtuma huomataan. Lääkäri arvioi tilanteen ja antaa osastolla toteutettavat jatkohoitto- ja seurantaohjeet. Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Henkilöstöä ohjeistetaan laatimaan lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoitus Laatuportti-järjestelmään viipymättä. Lähiesihenkilö käsittelee vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksen ja vie asian jatkokäsittelyyn edelleen osastokokoukseen. Käsittelyssä pyritään löytämään juurisyitä ja kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi lääkehoidon ohjauskäytänteiden muutos tai tarkennus.

Potilaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen ohjataan kotiolosuhteisiin tarvittavat toimintaohjeet lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden varalle.

<p>Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä</p> <p>Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Kyllä</p> <p>Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot: Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Jari Toivanen, jari.toivanen@siunsote.fi Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Mari Komi, mari.komi@siunsote.fi</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääke / neste antamatta	Perehdytys, kiiretilanteiden hallintakeinojen läpikäynti yksikössä, huolellisuudesta muistuttaminen, ajantasaiset lääkelistat, hoito-ohjeiden ja määräysten toteuttaminen ja ajantasaisuus Jokaisen lääkehoitoon osallistuvan tulee tutustua osaston 3K lääkehoitosuunnitelmaan	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Lääke annetaan vääränä ajankohtana	Ajantasaiset lääkelistat, hoito-ohjeiden ja määräysten tarkistaminen/toteuttaminen ja ajantasaisuuden varmistaminen. Lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkelistojen tarkastukset x 1 vrk:ssa	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Väärä annos tai vahvuus	Ajantasaiset lääkelistat, hoito-ohjeiden ja määräysten tarkistaminen/toteuttaminen ja ajantasaisuuden varmistaminen. Lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkelistojen tarkastukset x 1	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma

	vrk:ssa, huolellisuudesta muistuttaminen	
Väärä potilas	Potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ennen lääkkeen annostelua	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Väärä lääke	Ajantasaiset lääkelistat, hoito-ohjeiden ja määräysten tarkistaminen/toteuttaminen ja ajantasaisuuden varmistaminen. Lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkelistojen tarkastukset x 1 vrk:ssa, huolellisuudesta muistuttaminen	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Lääke jakamatta	Ajantasaiset lääkelistat, hoito-ohjeiden ja määräysten tarkistaminen/toteuttaminen ja ajantasaisuuden varmistaminen. Lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkelistojen tarkastukset x 1 vrk:ssa, huolellisuudesta muistuttaminen	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Virhe kaksoistarkastuksessa tai kaksoistarkastus tekemättä	Perehdytys, huolellisuudesta ja toimintatavoista muistuttaminen	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma
Potilas saa lääkkeen kahdesti	Lääkeannostelun kuittaaminen yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaisesti, huolellisuudesta muistuttaminen, perehdytys, kaksoistarkastus	Siunsoten lääkehoito-ohjeet Lääkehoitosuunnitelma

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta palvelua ja hoitoa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Terveysthuollon palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön

johtajan on seurattava tartuntatautiin ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobin esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Osastolla noudatetaan organisaation infektioiden torjunnan ohjeita ja hyödynnetään infektioiden torjunta - yksikön asiantuntijoiden osaamista. Hoitoon liittyvät infektiot ovat mahdollisia. Näitä voivat olla esimerkiksi pistoksiin liittyvät paikalliset infektiot. Osastolla hoidettavien infektioiden seuranta ja hoito kuuluu hoidosta vastaaville lääkäreille ja hoitajille.

Käsihygieniaan kiinnitetään huomiota asianmukaisesti. Käsihuuhteita on tarjolla henkilöstölle ja potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu käytettävyyttä. Henkilöstöllä on käytettävissä suojavälineitä ja niiden käytössä noudatetaan organisaation ohjeistuksia. Henkilöstön peruserokotussuojasta huolehditaan työterveyshuollossa ja peruserokotesuoja varmistetaan suullisesti rekrytointitilanteessa. Potilastyössä olevat työntekijät saavat vuosittaiset kausi-influenssarokotteet. Henkilöstön influenssarokotussuoja on toteutunut 3K:lla erinomaisesti.

Osastolla on hygieniavastaava, joka osallistuu hygieniahoitajien palaveriin ja tuo ajankohtaiset ja tiedotettavat asiat muun henkilöstön tietoon. Henkilöstön infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja koulutuksella.

Infektioihin liittyvää seurantaan tehdään yhteistyössä infektiotorjuntayksikön kanssa ja osaston toimintaa kehitetään tarvittaessa sieltä saatujen raporttien ja ohjeiden pohjalta. Toimintaa muutetaan tarvittaessa havaittujen puutteiden perusteella. Henkilöstö perehdytetään muuttuneisiin toimintamalleihin ja ohjeistuksiin.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Osaston siivous ja jätehuolto toteutuu Polkka Oy:n toimesta. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä. Paperin ja pahvin keräyksessä ja lajittelussa sekä tietosuojajätteen hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeita.

Osastolla muodostuva vaarallinen jäte on pisto- ja viiltojätettä ja lääke- tai nestehoitoon liittyvää jätettä, ja niiden kerääminen ja hävittäminen toteutuu organisaation ohjeiden mukaisesti.

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
Eristystarve jää ilmoittamatta potilassiirron yhteydessä	Raportoinnin tarkkuus, perehdytys	Siunsoten infektioiden torjuntayksikön ohjeet
Puutteellinen käsihygienia	Perehdytys, koulutus, eHuuhe-mittaukset ja tulosten läpikäynti yksikössä	Siunsoten infektioiden torjuntayksikön ohjeet
Asianmukaisten suojainten käyttö puutteellista tai väärää	Perehdytys, koulutus, aseptiikasta huolehtimisesta muistuttaminen, toimintaohjeiden kertaus, infokuvat toimistoissa oikeasta suojainten pukemisesta ja riisumisesta	Siunsoten infektioiden torjuntayksikön ohjeet
Eristystarve tiedottamatta yksikössä	Perehdytys, koulutus, huolellisuus, sovitusta käytännöistä muistuttaminen	Siunsoten infektioiden torjuntayksikön ohjeet
Pisto- tai viiltotapaturma	Särmäjäteastioiden täyttöasteen tarkkailu ja uuden astian käyttöönotto (vastuu kaikilla), toimintatapojen kertaus, perehdytys	Siunsoten infektioiden torjuntayksikön ohjeet

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Osastolla käytetään työ- ja potilasohjeita sekä palvelu- ja hoitoketjuja. Asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista (intra) ja niiden käyttöperiaatteita käydään läpi perehdytyksen yhteydessä (niin henkilöstö kuin opiskelijat) ja säännöllisesti myös esimerkiksi viikkopalavereissa ja koulutuksissa. Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio.

Osastolla laaditaan työ- ja potilasohjeita ja suunnitelmia myös muiden ammattilaisten ja potilaiden käyttöön. Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Ohjeita laativat ja päivittävät sairaanhoitajat ja lääkärit, joilla on Siunsoten intran sisällöntuottajaoikeus. Ohjeiden tarkastus tai hyväksyntä toteutuu lääketieteen ja hoitotyön esihenkilöiden toimesta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan

jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Nimetty sisällöntuottaja vastaa ohjeiden ajantasaisuudesta. Ohjeisiin määritellään voimassaoloaika, jolloin järjestelmä hälyttää päivityksen tarpeessa olevista ohjeista. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta.

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
Ohjetta ei osata hakea	Intran käyttöopastus, perehdytys	Siunsoten ohjeidenlaadintaohjeet
Ohje ei löydy	Intran käyttöopastus, perehdytys	Siunsoten ohjeidenlaadintaohjeet

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.

Osasto toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa (turvallisuusyksikkö, pelastuslaitos, apteekki, valvontapalvelut).

Osastolla noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet ovat löydettävissä organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Jokainen osaston työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät potilasturvallisuuteen liittyvät koulutuskokonaisuudet.

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

Potilasturvallisuuteen liittyviä viranomaisyhteistyökoulutuksia ei ole suoritettu	Työajan ohjaaminen koulutusten suorittamiseksi	Siunsojen perehdytysohjeet Siunsojen turvallisuusohjeet
---	--	--

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

<p>Osastolle on laadittu poistumisturvallisuusselvitys. Yksikössä on varauduttu sähkö- ja vesikatkoksiin organisaation ohjeiden mukaisesti esimerkiksi turvaamalla kriittisten laitteiden toiminta.</p> <p>Yksikön esihenkilöt vastaavat henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytyksestä yhteistyössä turvallisuusvastaavan kanssa. Henkilöstön häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen liittyvää osaamista ylläpidetään ja kehitetään organisaation järjestämällä säännöllisillä koulutuksilla, esimerkiksi viiden vuoden välein toteutuvilla paloturvallisuuskoulutuksilla.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Osaston tilojen terveellisyyteen vaikuttavat asiat tunnistetaan vuosittaisissa laatuportti-järjestelmään tehtävän riskienarviointin avulla. Tilojen terveellisyyteen liittyviä havaintoja tulee esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. Mikäli tiloihin liittyviä riskejä havaitaan, niistä ilmoitetaan organisaation

ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Tilojen terveellisyyteen liittyviin riskeihin puututaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

Potilas tunnistetaan osastolla organisaation tunnistusohjeen mukaisesti yhteydenottotavasta riippuen. Potilas voidaan tunnistaa myös hoitosuhteen perusteella. Etäyhteyksissä potilas tunnistetaan suullisen tunnistusohjeen mukaisesti. Osastolla jokaiselle potilaalle annetaan potilasranneke tunnistamista varten.

Esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että henkilöstö hallitsee organisaation tunnistusohjeet. Potilaan tunnistamisen toteutumiseen ei ole systemaattista seurantamenetelmää.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.2 Häätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Akutteihin häätätilanteisiin varautumiseksi henkilöstö veloitetaan osallistumaan vuosittain häätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutuskokonaisuuteen. MET- ja elvytyskriteerit ovat käytössä. NEWS-pisteytystä käytetään peruselintoimintojen arvioinnin tukena. Osaston toimistoissa on ilmoitustauluilla huoneentaulut MET-hälytys- ja elvytyskriteereistä. NEWS-pisteiden, potilaan kliinisen tilan arvion tai MET- tai elvytyskriteerien täytyessä, henkilöstö reagoi tilanteen vaatimalla tavalla. NEWS-pisteillä seurattavia peruselintoimintoihin liittyviä fysiologisia muuttujia ovat hengitys, happisaturaatio, kehonlämpötila, verenpaine, pulssi ja tajunnan taso. Sairaalassa on voimassa oleva sovittu konsultointikäytäntö häätätilapotilaiden osalta. Häätätilanteessa MET- tai elvytysryhmä saadaan paikalle minuuteissa ja läheisiltä osastoilta on saatavilla lisäapua ympäri vuorokauden.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Osaston 3K keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat muut sisätautien erikoisalajat, eri poliklinikat, terapiapalvelut ja jatkohoitopaikat (terveyskeskussairaalat, hoitokodit, muiden hyvinvointialueiden sairaalat). Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho varmistaa, että potilastietojärjestelmän kirjaukset on tehty huolellisesti. Tietoa voidaan välittää potilastietojärjestelmän sisällä työviesteillä ja sanomajakelulla sekä organisaation virallisilla viestintävälineillä. Potilaan asiassa on mahdollisuus järjestää tarvittaessa moniammatillinen tapaaminen eri toimijoiden kesken. Kukin potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluva taho huolehtii, että potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot välittyvät muille toimijoille. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään kuitenkin vain siinä määrin, kuin se on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy osastolta muualle, huolehditaan, että jatkohoidosta vastaava taho saa riittävät tiedot potilaan hoitoon liittyen.

Monialaisen yhteistyön käytännöt ja yhteistyökumppaneiden roolit huomioidaan työntekijöiden perehdytyksessä.

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.

Osastolla 3K kartoitetaan, hoidetaan ja seurataan potilaan kiputilannetta jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Kivun arviointiin käytetään VAS-kipumittaria, lisäksi käytetään numeerista 1–10 asteikkoa ja sanallista kipuasteikkoa. Kipumittareiden käyttö dokumentoidaan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen. Kivun hoitoon käytetään lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä keinoja. Kotiutustilanteessa potilaalle annetaan kivun mukaisia kotihoito-ohjeita.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan säännöllisillä organisaation järjestämällä kivun hoidon verkkokursseilla. Mikäli kivunhoitoon liittyvää osaamisen vajetta ilmenee esimerkiksi kehityskeskustelujen yhteydessä, tähän vastataan toimintayksikköön kohdennetulla koulutuksella.

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 3K ehkäistään kaatumisia ja putoamisia potilashuoneiden järjestelyllä, esteettömällä ympäristöllä, mahdollistamalla apuvälineiden käyttö sekä asianmukaisilla huonekaluilla ja työvälineillä (esimerkiksi tukeva seisomavaaka, istumavaaka). Systemaattista potilaan kaatumisriskin arviointia toteutetaan FRAT-mittarilla. Potilaan kaatumisriski kirjataan potilastietojärjestelmän kertomuskirjaukseen. Mikäli potilaalla todetaan kohonnut kaatumisriski, hänen jatkohoitonsa suunnitellaan siten, että kaatumisen riskiä voidaan vähentää. Lisääntyneen kaatumisriskin vuoksi voidaan konsultoida fysioterapeuttia riskin pienentämiseksi, jolleivät hoitotyön keinot ole riittäviä. Mikäli potilas kaatuu tai putoaa ollessaan hoidossa, tapahtuma kirjataan haittatapahtuma-kirjauksena potilastietojärjestelmään ja tapahtumasta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Kaatuminen tai putoaminen annetaan hoitavalle lääkärille tiedoksi ja hän puolestaan antaa jatkohoito ja -seurantaohjeet. Henkilöstön osaaminen kaatumisriskin arviointiin varmistetaan perehdytyksellä ja asioiden säännöllisellä kertaamisella. Työntekijöillä on käytettävissään organisaation tarjoamat verkkokoulutukset ja oheismateriaalit kaatumisen ehkäisyyn perehtymiseksi.</p>

<p>Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä / Ei</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Kaatumisriskin arviointi ei ole systemaattista	Työajan ohjaaminen kaatumisriskien arvioinnin tekemiseen, asiasta muistuttaminen	SiunSoten ohjeet kaatumisriskin ja putoamisen ehkäisemiseksi

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Osastolla kartoitetaan ja arvioidaan potilaan ravitsemustilannetta sekä annetaan ravitsemusneuvontaa. Ruokavalion ja ravitsemustilanteen kartoittamisen apuvälineinä käytetään esimerkiksi ruokapäiväkirjaa ja haastattelua. Vajaaravitsemusta pyritään ennaltaehkäisemään ravitsemussuositusten mukaisella neuvonnalla ja ohjauksella. Mikäli vajaaravitsemuksesta herää epäilystä, potilaan asiassa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia, joka edelleen arvioi vajaaravitsemustilaa tarkemmin erilaisten mittareiden avulla. Ravitsemuksen arviointi ja mahdolliset konsultaatiot kirjataan potilastietojärjestelmän kertomuslehdelle. Henkilöstön osaaminen ravitsemustilan arvioimiseksi varmistetaan koulutuksilla.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä / Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 3K käytetään Braden-luokitusta ja mittaamaan potilaan painehaavariskiä. Arviointia tehdään myös toistuvasti hoitotilanteiden yhteydessä. Mittaustulokset kirjataan potilastietojärjestelmään ja samalla tehdään hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan esimerkiksi vaihtuvapaineisen patjan tai decubituspatjan käyttöönoton tarve. Painehaavoja ennaltaehkäistään potilasta aktivoimalla, asentohoidoilla ja ihon kunnosta huolehtimalla. Apuna käytetään myös ravitsemuksellisia keinoja. Henkilöstön osaaminen varmistetaan koulutuksilla.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Kyllä / Ei

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 3K ei toteuteta leikkaushoitoa. Leikkaushoidon turvallisuutta varmistetaan kuitenkin leikkausta edeltävällä potilasohjauksella ja toimenpidevalmisteluilla.

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.

Osastolla 3K hoidetaan monisairaita ja mahdollisesti jo hoitoon tullessa sekavuudesta kärsiviä potilaita. Yksikössä on ympärivuorokautinen mahdollisuus lääkärikonsultaatiolle potilaan sekavuustilanteessa tai aivotoiminnan häiriötä epäiltäessä. Sekavuustilat, niiden diagnoosit, hoito-ohjeet, seuranta ja lääkitys kirjataan potilasasiakirjoihin.

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

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

Nikotiinituotteiden puheeksiottoon ja nikotiiniriippuvuuden arviointiin sekä tietojen kirjaamiseen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palveluissa on luotu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju sekä kirjaamisohje. Hoito- ja

palveluketju on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä ja henkilöstöä koulutetaan sen systemaattiseen käyttöön. Nikotiiniriippuvuuden arviointiin on eri palveluissa olemassa myös omia menettelyjä.

Nikotiiniriippuvaiselle tarjotaan ohjausta riippuvuudesta irtautumiseen potilaan niin halutessa. Nikotiinikorvaushoidon huomioi hoitava lääkäri tai hoitajat ja tätä voi ehdottaa myös potilas itse. Hoitajat konsultoivat hoitavaa lääkäriä nikotiinikorvaushoidon tarpeen tullessa ilmi. Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja koulutuksilla.

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.

Alkoholin riskikäytön tunnistamisen ja hoitoon ohjauksen arviointia tehdään osastolla harvoin, tämä ei ole jokapäiväistä toimintaa. Tarvittaessa asiassa konsultoidaan Siunsoten mielenterveys- ja päihdepalveluita.

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.

Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistamisen ja hoitoon ohjauksen arviointia tehdään osastolla harvoin. Huumausaineiden ja muiden päihdeiden käytön arviointi ei ole osastolla jokapäiväistä toimintaa, tarvittaessa asiassa konsultoidaan Siunsoten mielenterveys- ja päihdepalveluita.

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.

Peliongelman tunnistaminen ja hoitoon ohjauksen arviointi ei ole osaston päivittäistä toimintaa. Tarvittaessa asiassa konsultoidaan Siunsoten mielenterveys- ja päihdepalveluita.

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.

Mielenterveyspotilaan ollessa somaattisen syyn vuoksi osastohoidossa, konsultoidaan tarvittaessa sairaalapsykiatriaa ja järjestetään esim. psykiatrisen sairaanhoitajan käynti osastolla. Hoitosuhteessa tehdään potilaan psyykkisen tilan arviointia ja tarvittaessa konsultoidaan mielenterveys- ja päihdepalveluita.

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.

Itsemurhariskin tullessa esiin osastolla asiassa konsultoidaan välittömästi sairaalapsykiatriaa ja potilaan seuranta tehostetaan. Asiassa konsultoidaan samalla myös hoitavaa lääkäriä asianmukaisen hoitopaikan järjestämiseksi.

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.

Mikäli osastolla 3K epäillään tai todetaan potilaan joutuneen kohtaamaan esimerkiksi lähisuhdeväkivaltaa, otetaan asia puheeksi ja toimitaan potilaan toivomalla tavalla. Käytettävissä on Siun soten MARAK-parisuhdeväkivallan riskienarviointi ja uhrin auttamisen moniammatillinen menetelmä uhrin turvallisuuden parantamiseksi. Tarvittaessa voidaan tehdä myös Huoli-ilmoitus, jos iäkäs henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankalava

Henkilöstön koulutusten ajan tasalle saattaminen	Koulutussuunnitelman jatkuva päivittäminen, vuodenkello koulutuksille	Vuoden 2024 aikana vuodenkellon laatiminen, koulutussuunnitelmaa päivitetään viikoittain.

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).

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuutta seuraavat yksikön esihenkilöt ja suunnitelma päivitetään vuosittain tai tarvittaessa.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVSNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db91%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

<https://miunpalvelut.fi/> (linkki)

Omavalvonta - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/omavalvonta?inheritRedirect=true> (linkki)

Omavalvontaohjelma:

https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_Valvontapalvelut_SUUNNITELMA_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367 (linkki)

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)

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)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBgQAQ&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)

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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)

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

<https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus> (linkki)

Viestit – Suomi.fi:

<https://www.suomi.fi/viestit> (linkki)