

# Vatsakeskuksen omavalvontasuunnitelma

<b>Laatija(t)</b>	Mikko Heikura, ylilääkäri Inka Pursiainen, osastonhoitaja
<b>Tarkastaja</b>	Anu Harju, palvelupäällikkö Heli Karvinen, ylihoitaja
<b>Hyväksyjä</b>	Anu Harju, palvelupäällikkö Heli Karvinen, ylihoitaja
<b>Pvm.</b>	27.2.2024

## Sisällysluettelo

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

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute .....	18
6.5.2	Asiakasviestintä .....	18
<b>7</b>	<b>Henkilöstö .....</b>	<b>19</b>
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys .....	19
7.2	Rekrytointi .....	19
7.3	Perehdytys .....	20
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus .....	20
7.5	Johtamisosaaminen .....	21
7.6	Työhyvinvointi .....	22
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin .....	22
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen .....	22
<b>8</b>	<b>Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen .....</b>	<b>23</b>
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat .....	23
8.2	Tietosuoja ja tietoturva .....	24
<b>9</b>	<b>Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu .....</b>	<b>25</b>
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut .....	25
9.2	Etä- ja digipalvelut .....	26
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet .....	27
9.4	Lääkehoidon turvallisuus .....	29
9.5	Infektioiden torjunta .....	30
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy .....	30
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt .....	31
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat .....	32
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu .....	33
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa .....	33
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius .....	34
9.7.3	Terveydensuojelu .....	34
<b>10</b>	<b>Palvelun sisällön omavalvonta .....</b>	<b>35</b>
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen .....	35
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen .....	36

<b>10.3</b>	<b>Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....</b>	<b>36</b>
<b>10.4</b>	<b>Kivunhoito .....</b>	<b>37</b>
<b>10.5</b>	<b>Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....</b>	<b>38</b>
<b>10.6</b>	<b>Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito .....</b>	<b>39</b>
<b>10.7</b>	<b>Painehaavojen ehkäisy .....</b>	<b>39</b>
<b>10.8</b>	<b>Leikkaushoidon turvallisuus.....</b>	<b>40</b>
<b>10.9</b>	<b>Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen .....</b>	<b>40</b>
<b>10.10</b>	<b>Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö .....</b>	<b>41</b>
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus .....	41
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus .....	41
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus .....	42
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	42
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	42
<b>10.11</b>	<b>Itsemurhien ehkäisy .....</b>	<b>43</b>
<b>10.12</b>	<b>Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....</b>	<b>44</b>
<b>11</b>	<b>Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....</b>	<b>44</b>
<b>12</b>	<b>Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta .....</b>	<b>44</b>
<b>13</b>	<b>Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen .....</b>	<b>44</b>
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen .....	45
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	45
	<b>Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....</b>	<b>46</b>

## 1 Johdanto

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

Palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman 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

<b>Palveluntuottaja</b>	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
<b>Toimialue</b>	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
<b>Palvelualue</b>	Sairaalapalvelut
<b>Vastuualue</b>	Konservatiivinen klinikkaryhmä
<b>Palveluyksikkö</b>	Vatsakeskus, Tikkamäentie 16, Joensuu
<b>Palvelumuoto</b>	Vastaanottotoiminta
<b>Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan</b>	Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestö
<b>Asiakas- tai potilaspaikkamäärä</b>	15 500 käyntiä vuodessa
<b>Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)</b>	Ylilääkäri Mikko Heikura <a href="mailto:mikko.heikura@siunsote.fi">mikko.heikura@siunsote.fi</a> , 0133303075

	Osastonhoitaja Inka Pursiainen, <a href="mailto:inka.pursiainen@siunsote.fi">inka.pursiainen@siunsote.fi</a> , 0133303114
<b>Palvelupäällikkö</b>	Anu Harju, <a href="mailto:anu.harju@siunsote.fi">anu.harju@siunsote.fi</a> , 0133303064
<b>Palvelujohtaja</b>	Jukka Heikkinen, <a href="mailto:jukka.heikkinen@siunsote.fi">jukka.heikkinen@siunsote.fi</a> , 0133304183

## 2.1 Palveluyksikön johtaminen

Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.

Vatsakeskus on osa konservatiivista klinikkaryhmää. Vatsakeskuksen lähiesihenkilöinä toimivat ylilääkäri (lääketieteellinen johto) ja osastonhoitaja (hoitotyön johto). Päivittäistä yksikön toimintaa johtavat yhteistyössä ylilääkäri ja osastonhoitaja. Säteilytyön johtamisvastuu on keskussairaalan osastonyllyfysikolla.

## 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 (hoitohenkilöstö)	1 palveluntuottaja
Suolistosyöpäseulonnan kutsu- ja testipalvelut	1 palveluntuottaja

Henkilöstövuokrauksen ostopalveluista vastaa hoitohenkilöstön osalta osastonhoitaja. Lääkäreiden ostopalveluja ei yksikössä ole käytössä. Henkilöstövuokrauspalvelun kautta yksikköön tulee vain perehdytettyjä hoitajia. Palveluntuottaja varmistaa, että työntekijän lääkeluvat ja rokotussuoja ovat kunnossa. Palveluntuottaja järjestää esihenkilöille henkilöstövuokraamiseen liittyvän ohjelmiston käyttökoulutusta.

Suolistosyöpäseulonnan kutsu- ja testipalveluiden ostopalvelusta vastaa ylilääkäri.

Ostopalveluiden laatua ja asiakasturvallisuutta varmistetaan ja seurataan säännöllisesti asiakaspalautteiden sekä henkilöstön palautteiden ja käyttökokemuksen kautta.

**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.

Vatsakeskuksen perustehtävänä on tuottaa vatsaelinsairauksiin liittyviä tutkimuksia ja hoitoa Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen väestölle. Lisäksi organisoimme ja toteutamme kansalliseen suolistosyöpäseulontaan liittyviä palveluita. Yksikön toiminnan tavoitteena on organisaation strategian mukaisesti tuottaa vatsaelinsairauksien palvelut oikea aikaisesti ja laadukkaasti.

Yksikössä toteutetaan sekä gastroenterologian että gastrokirurgian polikliiniset palvelut, kuten lääkärien ja hoitajien vastaanottotoimintaa sekä erilaisia tähytystutkimuksia. Lisäksi yksikössä tehdään bronkoskopiaita keuhkolääkärien toimesta. Osa potilaiden lääkehoidoista toteutetaan suunnitellusti reumapoliklinikalla.

#### 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.

Vatsakeskuksen toiminnan lähtökohtana ovat keskeiset terveydenhuollon toimintaa ja potilaan hoitoa ohjaavat lait. Vatsakeskuksen potilaat ovat eri ikäryhmiin kuuluvia. Potilaaksi otto tapahtuu tasavertaisesti yksikköön tulleiden läheteiden perusteella. Toiminta vatsakeskuksessa on moniammatillista eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Vatsakeskuksen palveluiden tarkoitus on edistää terveyttä, hyvinvointia ja työkykyä sekä pyrkiä parantamaan potilaan elämänlaatua sairaudesta huolimatta. Vatsakeskus tuottaa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle tasalaatuista, turvallista ja riittävää hoitoa.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot näkyvät yksikön toiminnassa seuraavin tavoin:  
Asiakaslähtöisyys: Toimintamme pohjautuu potilaan lähtökohtiin ja tarpeisiin. Toimintaamme ohjaa yksilöllinen, voimavaralähtöinen työote.

Avarakatseisuus: Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista. Huomioimme erilaisten potilaiden tarpeet tasa-arvoisesti esimerkiksi toimintamalleja ja ohjeistuksia laadittaessa. Kehitämme ja edistämme toimintaamme jatkuvasti eteenpäin toiminnan tulosten ja saatujen palautteiden avulla.

Turvallisuus: Vatsakeskuksen potilashoito ja potilasohjeet perustuvat tutkittuun tietoon ja käypähoito-suosituksiin. Henkilöstön ammattitaito varmistetaan asiaankuuluvalla koulutuksella ja työhön perehdytyksellä. Riittäväällä henkilöstön määrällä ja osaamisella turvataan potilaiden hyvä hoito. Ammattilaisilla on käytettävissä laaja osaajien verkosto sekä oman yksikön sisällä että eri erikoisaloilta mm. lääkäreitä ja hoitajia sekä terapeutteja.

Yhdenvertaisuus: Vatsakeskuksessa pyritään järjestämään tasavertaista hoitoa kaikille potilasryhmille riippumatta esim. heidän iästään, kansalaisuudestaan, vammastaan tai vakaumuksestaan.

Vastuullisuus: Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektioimme omaa toimintaamme. Pysymme ajan tasalla sekä kansainvälisistä että valtakunnallisista hoidon suuntaviivoista. Koulutamme ja jaamme erikoisalatietoa myös muille terveydenhuollon ammattilaisille hyvinvointialueellamme.

## 4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen on varmistettava omavalvonnalla sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviensä lainmukainen hoitaminen. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen on valvottava toimintaansa siten, että sosiaali- ja



terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin asiakkaiden ja potilaiden tarve ja turvallisuus edellyttävät.

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

#### 4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Vatsakeskuksen omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja.

#### 4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Vatsakeskuksen omavalvontasuunnitelman laativat yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja. Esihenkilöiden laatima omavalvontasuunnitelma käydään läpi Vatsakeskuksen yhteisessä moniammatillisessa palaverissa keskustellen ja suunnitelmaa täydentäen.

Vatsakeskuksen potilaat voivat antaa asiakaspalautetta palvelusta ja palautteet huomioidaan omavalvontasuunnittelussa. Vatsakeskuksen 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 - suinsote.fi](https://www.suinsote.fi) (linkki).

Vatsakeskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena yksikön odotusaulan 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.

Lähiesihenkilöt vastaavat riskienhallinnasta. Lähiesihenkilöiden vastuulla on erilaisten turvallisuuskoulutusten järjestäminen yksikössä esim. paloturvallisuus- ja kaasukoulutukset, turvallisuuskierto, laite- ja kemikaaleihin liittyvät koulutukset sekä henkilöstön uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisevät koulutukset. Henkilöstölle painotetaan turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä viipymättä ja se käydään läpi perehdytyksessä. Tehtyjä turvallisuusilmoituksia tarkastellaan säännöllisissä, moniammatillisissa osastopalavereissa, riskienarvioinnissa sekä riski, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä.

Vatsakeskuksen jokaisella työntekijällä on vastuu tunnistaa ja ilmoittaa mahdollisista riskeistä sekä vaara- ja poikkeamatilanteista. Jokainen työntekijä voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä riskien sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä. Työntekijöillä on vastuu myös osallistua järjestettäviin koulutuksiin.

### 5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Vatsakeskuksessa ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat turvallisuuskierrat sekä vuosittain (tarvittaessa tiheämmin) toteutettava riskikartoitus. Riskikartoituksessa huomioidaan käytössä olevat työmenetelmät, prosessit, työolosuhteet sekä henkilöstö. Muutostilanteiden riskikartoitukset toteutamme esimerkiksi toiminnassa tapahtuvien muutosten yhteydessä.

Vatsakeskuksen toimenpiteisiin liittyviä riskejä on tunnistettu ja niihin on moniammatillisesti laadittu yhteisiä, käytössä olevia tarkistuslistoja esim. anestesiapotilaiden toimenpidevalmisteluihin ja toimenpiteen jälkeiseen kotiutukseen liittyen. Potilasturvallisuutta pyritään jatkuvasti edistämään muun muassa ottamalla käyttöön

erilaisia tarkastusmenetelmiä (esimerkiksi tarkistuslistat ja potilasturvallisuutta lisäävät tekniset ratkaisut). Vatsakeskuksessa on aloitettu laatuohjelman (SHQS-itsearviointi) käyttöönotto.

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

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

Henkilöstö voi ilmoittaa yksikön vaara- ja poikkeamatilanteista sekä niiden riskeistä erilaisia menetelmiä käyttäen mm. Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta) ohjelmistolla, sähköisellä (esim. sähköposti, Teams) tai suullisella ilmoitusmenettelyllä.

Potilaat voivat ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella (Siun soten verkkosivujen kautta), suullisella, kirjallisella tai sähköisellä (esim. sähköposti) ilmoitusmenettelyllä.

Niin henkilöstön kuin potilaidenkin antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kannustetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään näkyvyyden lisäämiseksi. Vatsakeskuksen henkilöstö voi tehdä ilmoituksen Laatuportin Patu-ohjelmiston kautta myös riskeistä tai vaara- ja poikkeamatilanteista, jotka liittyvät toisen yksikön toimintaan.

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

### 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.

Vatsakeskuksessa tietoa vaara- ja poikkeamatilanteista sekä laatu-poikkeamista kerätään Laatuportin PaTu-ilmoitusten ja Mediatrin haittatapahtumakirjausten kautta. Riskit ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään joko yhteisissä viikkopalavereissa, kuukausittaisissa moniammatillisissa palavereissa tai yksilökeskusteluissa. Ilmoitukset voidaan lähettää tarvittaessa myös toisen yksikön tai ylemmän johdon

käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä tarvittaessa myös yhteistyössä muiden yksiköiden tai osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden (esim. laitevalmistajien tai laite-edustajien) kanssa.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset pyritään ottamaan käsittelyyn viipymättä ja ratkaisemaan mahdollisimman nopealla aikataululla ilmoituksen laadusta riippuen. Työtaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta).

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat yksikön lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamailmoitukset käydään yleensä suullisesti yksikössä yhdessä henkilöstön kanssa läpi.

## 5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Vatsakeskuksessa riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat yksikön lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Vaaratilanneilmoitus käydään yhdessä henkilöstön kanssa läpi ja sen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä pohditaan. Vaikuttavien tekijöiden myötä riskit vaaratapahtuman uusiutumiseen arvioidaan. Vaaratapahtumaan pyritään löytämään keskustellen yhdessä sovittu kehittämistoimenpide, joka kirjataan vaaratilanneilmoitukseen. Kehittämistoimenpide ja sen tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti.

Yksikön lähiesihenkilöt varmistavat tiedotuksella, että toimenpide-ehdotus on kaikilla tiedossa, jolloin vaaratapahtuman riskiä voidaan pienentää tai se voidaan ennaltaehkäistä kokonaan. Lähiesihenkilöt vastaavat kehittämistoimenpiteen seurannasta ja toteutumisesta sekä sen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään.

Potilaan tai hänen läheisensä antama palaute käsitellään Vatsakeskuksessa yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluontoisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn. Lähiesihenkilö on tarvittaessa potilaaseen yhteydessä (potilaan toiveesta tai lisätietoja varten) ja antaa hänelle selvityksen (sähköisesti tai puhelimitse) kyseessä olevaan palautteeseen.

## 5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Vatsakeskuksen lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Kehittämistoimenpiteinä voivat olla mm. potilas- tai työohjeiden päivittäminen / korjaaminen tai toimintatapoihin tehtävä muutos.

## 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.

Potilasta informoidaan vaaratapahtumasta yksilöllisen tarpeen ja tapahtuman mukaisesti. Jos potilas havaitsee vaaratapahtuman ja ilmoittaa siitä yksikköön, annetaan hänelle suullisesti ohjeistus käytössä olevista toimintatavoista esim. potilasasiavastaavan yhteystiedot tai ohjataan antamaan asiakaspalaute tai tekemään vaaratilanneilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta. Potilaalle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua hoitajan / lääkärin / erityistyöntekijöiden kanssa tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vaaratapahtuma jää ilmoittamatta	Systemaattinen ilmoituskäytäntö, dokumentointi	Tuki ja kannustus ilmoitusten tekemiseen

## 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.

Potilaan hoidon tarpeen arviointi alkaa lääkärille tulleen konsultaation (toinen erikoisala) tai lähetteen perusteella (perusterveydenhuolto, yksityinen lääkäriasema tai toinen hyvinvointialue). Kiireelliset lähetteet (1-7 vrk) pyritään käsittelemään päivittäin, muut 3 viikon sisällä.

Vatsakeskuksessa hoidon tarpeen arvioi lähetteessä määritellyn erikoisalan lääkäri. Hoidon tarpeen arvioinnissa lähetteen tukena käytetään esimerkiksi tutkimustuloksia ja potilastietojärjestelmään kirjattuja terveystietoja.

Hoidon tarpeen arvioinnin toteutumista seurataan potilastietojärjestelmästä saatujen tilastotietojen kautta.

## 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.

Palveluun/hoitoon pääsyn toteutumista seurataan Vatsakeskuksessa sähköisen potilastietojärjestelmän kautta hoitoon pääsy- ja hoitotakuutiedoilla. Yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja käyvät yksikön potilastietojärjestelmän potilasjonot läpi kuukausittain ja arvioivat hoitoon pääsyn toteutumista. Yksikön potilasjonotiedot katsotaan myös moniammatillisesti kuukausittaisissa palaverissa.

Mikäli hoitoon pääsyn tavoitteeseen ei päästä, pyritään siihen löytämään juurisyyt ja kehitetään mahdollisimman nopeasti ratkaisutoimenpiteitä tilanteen korjaamiseksi. Esihenkilöt vievät asiaa eteenpäin organisaation johdolle ja esittävät mahdollisia korjaustoimenpiteitä. Organisaation viestintäyksikkö vastaa raportoinnista väestölle.

## 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.

Potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvä hoitosuunnitelma kirjataan sähköisen potilastietojärjestelmän potilaskertomukseen. Potilaan hoidon suunnitelma tehdään tai päivitetään jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Lääkärin tekemät suunnitelmat kirjataan potilastietojärjestelmän KIR- tai SIS-lehdelle (riippuen hoitavan lääkärin erikoisalasta) ja hoitaja tekee kirjaukset potilastietojärjestelmän HOI-ESH-lehdelle. Hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen hoitoonsa osallistuvien läheisten ja/tai eri erikoisalojen asiantuntijoiden kanssa joko poliklinikakäynnillä tai puhelimitse.

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

### 6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Potilasta kuullaan aina hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyvissä asioissa. Hänen näkemyksensä ja voimavaransa (henkiset, fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset) huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle kerrotaan aina hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, mikäli erilaisia vaihtoehtoja on käytettävissä.

Vastaanottotoiminta perustuu potilaiden vapaaehtoisuuteen. Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys on toimintamme lähtökohta. Potilasta kannustetaan ja osallistetaan aktiiviseen itsehoitoon. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehtäessä. Potilaan yksityisyys pyritään varmistamaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta ja tarvittaessa tehdään toimintatapamuutoksia.

Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Hoidon toteuttamisessa noudatetaan sovittuja periaatteita ja niihin liittyviä keskusteluja käydään sekä viikkopalavereissa että erilaisissa koulutuksissa. Henkilöstön osaaminen varmistetaan sekä organisaation sisäisillä että ulkopuolisen järjestäjän koulutuksilla.

### 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 työntekijän perehdytyksessä. Tarvittavat ohjeistukset ovat löydettävissä kirjallisena ja organisaatiossa järjestetään sisäisiä koulutuksia.

Potilaalle tiedotetaan tai ohjataan edeltävästi, mikäli tehtävällä toimenpiteellä on vaikutusta itsemääräämisoikeuteen liittyviin asioihin esim. autolla ajokielto annetun lääkityksen jälkeen. Joissakin tapauksissa voimme joutua rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, mikäli kyseessä on henkeä uhkaava tai äkillinen toimenpide ja potilaan toimintakyky on alentunut.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on tarpeellista vain, jos potilasturvallisuus (potilas on vaaraksi itselle tai muille) vaarantuu hoitokäynnillä. Rajoittaminen mitoitetaan oikein ja valitaan aina asiakasta kohtaan lievin rajoittamisvaihtoehto. Asiakkaan vointia seurataan rajoittamistoimien aikana jatkuvasti tarkkailemalla ja tarvittaessa tilanteeseen puuttumalla. Uhkaavasti käyttäytyvä potilas voidaan tarvittaessa poistaa vastaanotolta esimerkiksi lääkintävahtimestareiden tai poliisin avulla, mikäli keskustelu ei ole tilanteen hallintakeinona riittävä. Vatsakeskuksessa ei ole käytössä rajoittamisvälineitä.

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

### 6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

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

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

Palvelua järjestetään vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Äkillisissä tapauksissa (esim. toimenpiteen yhteydessä) käytetään vieraskielisten potilaiden hoidossa organisaatiossa työskenteleviä vieraskielen osaajia tulkkeina. Osa keskeisimmistä potilasohjeista on saatavilla vieraskielisinä (venäjäksi ja englanniksi). Aistivamma huomioidaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla.

### 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.

Tarvittaessa potilasta ohjataan tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinko tai vaarailmoitus organisaation verkkosivujen kautta. Henkilöstö voi ohjata potilasta ilmoituksen tekemisessä.

Reklamaatiot tulevat kirjaamoon ja sieltä tarvittaessa palvelupäällikön kautta yksikköön. Yksikön toimintaa koskevat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään tapahtuman mukaan joko yksilöllisesti tai moniammatillisesti. Asiakaspalautteet tai reklamaatiot otetaan ensisijaisesti yleisellä tasolla



keskusteluun moniammatillisissa osastopalavereissa. Käsittely voi johtaa korjaaviin toimenpiteisiin, joiden toimeenpanosta ja seurannasta vastaavat yksikön lähiesihenkilöt.

### Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

#### Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Marjo Kantola ([marjo.kantola@siunsote.fi](mailto:marjo.kantola@siunsote.fi)) (sähköpostiosoite)

Hanna Mäkijärvi ([hanna.makijarvi@siunsote.fi](mailto: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 tietoturvalisest [Viestit - Suomi.fi](#) (linkki) -palvelun kautta.

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

## 6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

### 6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilailta saadaan asiakaspalautetta palvelusta suullisesti, sähköisesti Laatuporttijärjestelmän kautta tai sähköpostitse sekä kirjallisesti. Asiakaspalautetta kerätään tällä hetkellä säännöllisesti toimenpidekäynneistä. Potilas saa palautekyselyn kontaktin jälkeen tekstiviestillä. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista.

Asiakaspalautteita ja vastausprosenttia seurataan raportointijärjestelmän kautta vähintään kuukausittain. Palautteet huomioidaan toimintayksikköme kehittämisessä ja niitä käsitellään kuukausittain tai tarvittaessa tiheämmin moniammatillisissa kokouksissa. Palautteiden avulla voidaan toimintatapoihin suunnitella konkreettisia kehittämistoimenpiteitä.

### 6.5.2 Asiakasviestintä

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

Yksikössä toteutetaan potilasviestintää sähköisesti Siun soten internet-sivuston ja paikallislehtien kautta. Organisaation sisäisiä tiedotteita julkaistaan yksikön infotaululla. Sosiaalisen median käyttöä kehitämme yksikön toiminnan julkisessa markkinoinnissa.

**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

## 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.

Vatsakeskuksessa työskentelee 20 sairaanhoitajaa, n.11 erikoislääkärinä, useita erikoistuvia lääkäreitä, yksi osastonhoitaja. Henkilöstön määrä on yhteensä noin 31 työntekijää. Yksikössä voi työskennellä vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Sihteereitä yksikössä työskentelee 6 ja 2 laitoshuoltajaa.

Työntekijöiden työvuorosunnittelu, työajanseuranta ja vuosilomasuunnittelu toteutuu organisaatiossa käytössä olevissa sähköisissä järjestelmissä organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Yksikön esihenkilöt suunnittelevat henkilöstön sijoittelun polikliinisen mukaisen toiminnan mukaisesti. Työajat ja vuosilomat suunnitellaan organisaation yhteiseen sähköiseen järjestelmään.

Vatsakeskuksen poissaolojen sijaisjärjestelyissä hyödynnetään organisaation sisäistä ja ulkoista sijaisjärjestelmää ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden erikoisalojen kanssa, esimerkiksi siirtämällä työntekijöitä yksiköiden välillä potilaiden palveluntarve huomioiden.

Ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön riittävyys varmistetaan rekrytointi-, perehdytys sekä koulutussuunnittelukäytännöillä. Henkilöstövoimavarojen riittävyyttä seurataan säännöllisesti keskustellen, sekä muun muassa keräämällä tietoa potilasmäärästä, potilaskontakteista, henkilöstön työajan riittävyydestä (ylityöt) ja poissaoloista.

Poikkeusolojen (esim. työnseisaukset) toimenpiteenä suunniteltua toimintaa voidaan supistaa tai rajoittaa. Yksikössä tehdään virka-ajan ulkopuolista työtä päivystyksellisten toimenpiteiden yhteydessä. Tuolloin työntekijä hälytetään vapaa-ajalta työhön. Hälytystöitä varten yksikössä on laadittuna vapaaehtoisuuteen perustuva lista työntekijöistä.

### 7.2 Rekrytointi

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

Vatsakeskuksen toiminta on erityisosaamista vaativaa toimintaa, joten ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytointeissa. 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 esihenkilö ja lääkirikrytoinnista vastaavat erikoisalojen ylilääkärit.

Yksikköön on rekrytointivaiheessa osaamisvaatimukset, jotka pohjautuvat yksikön erityispiirteisiin ja lainsäädäntöön. Rekrytoinneissa huomioidaan yksikössä harjoittelun suorittaneet opiskelijat.

### 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.

Perehdytysprosessi on suunniteltu organisaation perehdytysohjeiden mukaisesti. Uusi työntekijä perehtyy sekä organisaation toimintatapoihin että yksikön erityispiirteisiin.

Sairaanhoitajan alkuvaiheen perehtymiseen varataan työntekijälle kolmen viikon ajanjakso. Työntekijälle nimetään yksiköstä varsinainen perehdyttävä ja varaperehdyttävä. Esihenkilö perehdyttää työntekijän käytännön asioihin ja kliiniseen työhön perehtyminen tapahtuu työparimallin (perehdyttävä, työntekijä) mukaisesti.

Perehdytys toteutetaan Siun soten perehdytysohjelman sekä yksikön oman perehdytysuunnitelman mukaisesti. Opiskelijoiden yleisperehdytyksestä vastaa oppilaitos ennen harjoittelua ja työyksikön perehdytyksen antaa opiskelijaohjaajat. Mikäli opiskelija tulee työskentelemään yksikössä työntekijänä, annetaan perehdytys uuden työntekijän perehdytyksen mallin mukaisesti. Samoin toimitaan myös aikaisemmin työyksikössä työskennelleen työntekijän kohdalla.

Työntekijän perehtymisen etenemistä seurataan yksilökeskustelujen kautta. Perehtymisen onnistumista arvioidaan hyödyntämällä työntekijän, perehdyttäjien ja muun henkilöstön palautetta. Tarvittaessa perehtymissuunnitelmaa muokataan työntekijän tarpeiden mukaisesti. Esihenkilö dokumentoi perehdytyksen etenemistä perehdytysjakson aikana käytyjen keskustelujen perusteella. Perehtyjä dokumentoi läpikäytyjä asioita perehdytysuunnitelmassa mukana oleviin tarkistuslistoihin.

### 7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Vatsakeskuksen henkilöstöltä edellytetään gastroenterologisen hoidon osaamista. Yksikön erikoisalan laaja-alaisuuden vuoksi työssäoppiminen korostuu ja työntekijältä edellytetään omaehtoista oppimista. Esihenkilöt tekevät jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta. Yksikön henkilöstön osaamisen kehittäminen on

suunnitelmallista ja yksikön toiminnan tarpeisiin pohjautuvaa. Osaamisenkehittämisessä huomioidaan työntekijöiden yksilölliset osaamistarpeet.

Osaamista kehitetään yhteisillä osastotunneilla, yhteistyökumppaneiden tarjoamilla koulutuksilla ja alueellisilla-, valtakunnallisilla- ja kansainvälisillä koulutuspäivillä. Koulutuksista saatua tietoa hyödynnetään koko yksikön tarpeisiin. Yksikössä toteutetaan organisaation ohjeen mukaiset asiakas- ja potilasturvallisuusosaamista kehittävät koulutukset mm. lääkehoidon, säteilyturvallisuuden, infektioiden torjunnan, laite- ja potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset. Lisäksi yksikössä on nimettyjä vastuuhenkilöitä esim. hygieniä-, lääke-, turvallisuus- ja säteilytyönvastaava, joiden tehtävänä on jakaa oman vastuualueensa tietoa ja osaamista koko työyksikölle.

Yksilökehityskeskustelut toteutuvat vuosittain jokaisen työntekijän kohdalla. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet sekä osaamisen kehittymisen seuranta.

## 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 tehtäväsältöjä ja työnjakoa arvioidaan esihenkilön ja työntekijän kanssa yhdessä. Näin mahdollistetaan lähijohtamiselle aikaa priorisoida ja tehdä tärkeysjärjestykseen asetetut tehtävät, esimerkiksi osastonhoitajan tehtäväjako apulaisosastonhoitajan kanssa.

Yksikön johtamisosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla osaamisen kehittämisellä mm. koulutusten muodossa. Siun sote kouluttaa johtajia aktiivisesti. Lisäksi johtamisosaamista on mahdollista kehittää organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla. Oman työn johtaminen ja kollegiaalinen tuki varmistaa tehtävien organisointia. Lähiesihenkilötyöhön varmistetaan riittävästi aikaa suunnittelulla ja työnjaollisilla keinoilla. Työajan riittävyyttä ja tehtävien organisointia käydään läpi säännöllisesti palvelualueen

lähiesihenkilöiden ja keskijohdon palavereissa. Johtamisosaamista seurataan ja arvioidaan lähiesihenkilön, henkilöstön ja potilaiden antaman palautteen kautta mm. Mitä siulle kuuluu kyselyt ja kehitykeskustelut.

## 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.

Vatsakeskuksen henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta, jota toteutetaan vähintään kerran vuodessa, työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ. Työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä osastokokouksissa, kehittämispäivissä, koulutuksissa ja Teams-ryhmäkeskusteluissa.

Kriisitilanteet (esim. uhka- tai väkivaltatilanne, potilaan äkillinen kuolema) ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon tai työnohjaukseen.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä siulle kuuluu -kysely), kehitykeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen.

## 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.

Haastavia potilastilanteita varten yksikössä on sovittuja yhteisiä toimintamalleja esim. potilaan saadessa vakavan sairauden diagnoosi. Potilaalle järjestetään keskusteluapua tarpeen mukaan yksikön ulkopuoliselle erityistyöntekijälle (esim. psykiatrinen hoitaja). Tiedossa oleviin mahdollisiin väkivalta- ja uhkatilanteisiin varaudutaan lisähenkilöstöllä esim. vahtimestarit ja tiedottamalla yksikön henkilöstöä. Henkilöstön osaaminen haastavien asiakas- ja potilastilanteiden ehkäisyssä tai hoitamisessa varmistetaan yksikön sisäisillä koulutuksilla ja toimintaohjeilla.

## 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 sähköisten kanavien kautta ajantasaisesti tai osastotunneilla / moniammatillisissa palavereissa. Potilaspalautetta saadaan mm. arkikohtaamisista potilashoidon yhteydessä, sanomalehtien yleisöosastopalstoilta, sosiaalisesta mediasta ja Siun soten verkkosivujen kautta.

Onnistumisia ja positiivisia palautteita voidaan hyödyntää toimintamalleja kehitettäessä. Organisaatio mahdollistaa palkitsemisen erinomaisesta toiminnasta ja tätä mahdollisuutta hyödynnetään Vatsakeskuksessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaavan henkilöstön saatavuus	Uusien osaajien kouluttaminen ennakoivasti. Yksikön vetovoiman ja houkuttelevuuden ylläpitäminen.	
Resurssin riittävyys mm. äkillisten poissaolojen aikana	Osaajien perehdyttäminen sisäisen sijaistoiminnan henkilöstössä.	

## 8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

### 8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

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

Asiakas- ja potilasasiakirjamerkinnät laaditaan Mediatri-potilastietojärjestelmään. Henkilöstö on ohjeistettu tekemään kirjaukset potilastietojärjestelmään välittömästi potilaskontaktin jälkeen, tai kuitenkin viimeistään saman päivän aikana, mikäli työ keskeytyisi akuutin tilanteen vuoksi. Kirjauksissa käytetään yhteisesti sovittuja kirjauksen mallipohjia, joilla varmistetaan, että kirjaus sisältää potilashoitoon liittyvät oleelliset seikat.

Potilastietoja käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti noudattaen asiakastiedon käsittelyn ja salassapidon säännöksiä ja lakeja. Kirjaamisen asianmukaista toteutumista seurataan työntekijöiden keskinäisellä vertaisarvioinnilla ja kirjaamisen sisäisillä auditoinneilla.

Tietojärjestelmiin ja kirjaamiseen 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 potilastietojen käyttöä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Yksikön Mediatripääkäyttäjät toimivat esihenkilöiden tukena valvontatyössä. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia kirjaamiseen liittyviä ohjeita.

Sairaanhoitajaopiskelijat kirjaavat toteuttamaansa hoitotyötä omilla potilastietojärjestelmätunnuksilla. 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. Hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirjaamiskoulutukseen. Osaamista ja koulutuksiin osallistumista käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluissa.

## 8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

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

Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilö valvoo potilastietojen käyttöä ja vastaa siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Vatsakeskuksen toiminnassa muodostuu henkilötietoa sisältäviä paperisia asiakirjoja, jotka hävitetään asianmukaisesti organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä. Arkistoitavat asiakirjat säilytetään yksikössä organisaatiossa määriteltyjen ohjeiden mukaisesti.

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



Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Asiakas- ja potilastietojen salassapito vaarantuu avoimissa tiloissa esim. puhelujen tai tietokoneen näyttöjen kautta	Asianmukaisten työtilojen ja suojien käyttö	

## 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.

Vatsakeskus sijaitsee Keskussairaalan J-siiven pohjakerroksessa. Toimitilat on suunniteltu erityisesti Vatsakeskuksen toimintaa varten. Sekä lääkärin että hoitajien potilasvastaanotot ovat tarkoitustaan vastaavissa tiloissa ja vastaanottohuoneissa. Potilaat valmistellaan toimenpiteitä varten erillisissä hoituhuoneissa. Toimenpiteet tehdään niille varustelluissa tähyshuoneissa ja röntgentutkimusta vaativat toimenpiteet tehdään niille erityisesti suunnitellussa läpivalaisuhuoneessa. Toimenpiteiden jälkeinen potilaiden tarkkailu / seuranta toteutetaan seurantalaitteilla varustetussa tilassa.

Seinäopasteet yksikköön ovat sekä pääoven että päivystyksen puolelta. Ajanvarauskirjeen mukana toimitetaan asiakkaille kartta, johon on merkitty yksikön sijainti. Potilaiden ilmoittautuminen tapahtuu yksikön tiloissa ja ilmoittautumisautomaatti tulosteessa potilaalle näkyy oikea odotusaula.

Tilat on rakennettu esteettömiksi. Yksikön tiloissa esteettömyys on turvattu riittävän suurilla huonetiloilla, leveillä käytävillä sekä sähköovilla.

Hätäpoistumistiet on merkitty yksikössä asianmukaisesti. Poistumissuunnitelmia ja muita turvallisuuteen liittyviä huomioitavia asioita kerrataan säännöllisesti osastokokouksissa, turvallisuuskiertoilla ja perehdytyksessä.

Vatsakeskuksen lääkesäilytystilana on erillinen huone. Potilaiden ja asiattomien pääsy tiloihin on estetty lääkehuoneen kulunvalvonnalla.

Vatsakeskuksen toimenpidetilojen ovet toimivat kulunvalvonnalla. Vastaanottotilojen ja henkilöstön käytössä olevien tilojen ovet pidetään lukittuina ja ne toimivat sähköisellä avaimella. Yleisissä aulatilaisissa ja käytävillä on kulunvalvontakamerat. Kulunvalvontakameroiden käytöstä ja tallenteista vastaa organisaatiossa turvallisuuspäällikkö. Yksikössä on käytössä kolme henkilöturvahälytintä, joita sihteerit tai laitoshuoltajat voivat kuljettaa mukana tarvittaessa työskennellessään yksin esim. ilta-aikaan.

Yksikön tiloissa on automaattiset paloilmoitin- ja sammutusjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmät testataan säännöllisesti talonsisäisesti ja koulutuksen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille.

Vatsakeskuksessa on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä wc-, vastaanotto- ja tähystyshuoneissa sekä tarkkailutilassa. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön. Toimenpidepotilaille ohjeistetaan hoitajakutsun teko. Hoitajakutsun potilas voi tehdä tarkkailu- tai potilas wc-tiloista. 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

## 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.

Yksikössä toteutetaan puhelinvälitteisiä etävastaanottoja sekä lääkärin että hoitajien vastaanotoilla. Avanne- ja IBD-hoitajien vastaanotoille ajanvarauksia voi tehdä sähköisen ajanvarauksen kautta. Potilaan tunnistaminen etävastaanotoilla tehdään organisaation ohjeen mukaisesti ja sähköisessä ajanvarauksessa vahvan tunnistautumisen kautta. Etä- ja digiasioinnissa pätevät samat tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvät ohjeistukset ja säännöt, kuin muissakin yksikön asioinneissa.

Lääkäri tai hoitaja arvioi potilaan kanssa hänen valmiuksiaan (mm. digiosaaminen ja tunnistautumisen mahdollisuus) etä- ja digiasiointiin. Mikäli potilaalla ei ole valmiutta etä- tai digiasiointiin, hänelle tarjotaan mahdollisuutta fyysiseen vastaanottokäyntiin. Vatsakeskuksen henkilöstö ohjeistaa potilaita etä- ja digipalveluiden käyttöön. Ohjauksessa hyödynnetään kirjallista ohjausmateriaalia. Henkilöstön etä- ja digipalveluosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja jatkuvalla koulutuksella. Perehdytyksessä ja koulutuksessa esihenkilöiden tukena toimii yksikön digimentori.

**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.

Vatsakeskuksen päivittäisessä käytössä on potilaan tutkimiseen liittyviä toimenpiteissä käytettäviä välineitä (esim. tähystinlaitteet oheislaitteineen) ja tarvikkeita sekä verenkierron seurantavälineitä (esim. sydänkäyrä monitorit, verenpainemittarit), hengityksen seurantalaitteita (esim. saturaatiomittarit) ja hengitystä tukevia laitteita (esim. korkeavirtauksinen nenäkanyyli, hengityskone). Hätätilanteiden hoitoon tarvittavat välineet on koottu siirrettävään elvytyskärriin, joka sisältää mm. välineet verenkierron ja hengityksen tukemiseen sekä defibrillaattorin.

Lisäksi yksikössä on toimenpidelaitteiden pesuun tarkoitetut pesukoneet ja kuivauskaapit. Liikkumisen apuvälineinä voidaan käyttää yhteiskäyttöön tarkoitettuja apuvälineitä, kuten pyörätuoleja ja rollaattoria. Asiantuntijahoitajat voivat antaa potilaille kotikäyttöön hoitoa varten erityislaitteita ja tarvikkeita (esim.

suolihuuhtelulaitteet ja kapselikamerat). Hoitajat vastaavat potilaille annettavasta käyttökoulutuksesta ja ohjauksesta. Lisäksi laitteiden ja tarvikkeiden käytöstä on tehty kirjalliset potilasohjeet.

Yksikössä on käytössä yleinen laiterekisteri (esihenkilöt vastaavat) ja lääkintälaitteiden osalta rekisteriä ylläpitää lääkintälaittehuolto. Lääkintälaitteet rekisteröidään hankittaessa ja niiden säännöllisestä huollosta vastaa lääkintälaittehuolto tai laitteen toimittaja. Yksikössä on laitevastaavat, joiden tehtävänä on huolehtia laite huoltoon tarvittaessa tai olla yhteydessä laitetoimittajiin esim. käyttöohjeistuksen tai vikatilanteen vuoksi. Uuden laitteen hankinnan yhteydessä laitteen toimittaja vastaa käyttökoulutuksesta koko henkilöstölle. Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään laitteiden käyttöön osana muuta perehdytystä. Laitteiden kirjalliset käyttöohjeet säilytetään yksikössä kaikkien käyttäjien saatavilla. Häätötilanteita varten tarvittavien laitteiden käyttökoulutus on pakollinen vuosittain kaikille potilastyöhön osallistuville työntekijöille.

Yksikön henkilöstö käy käyttökoulutuksen lääkkeellisten kaasujen (esim. happi, ilma ja hiilidioksidi) käyttöön liittyen ja näiden käyttö ohjataan osana uuden työntekijän perehdytystä.

Terveysthuollon laitteeseen ja tarvikkeeseen liittyvä vaaratilanneilmoitus kirjataan Laatuporttiin. Lisäksi siitä tehdään reklamaatio toimittajalle ja ilmoitus Fimeaan. Mikäli laitteen käyttökunnossa havaitaan jokin poikkeama, lopetetaan laitteen käyttö ja siitä tehdään välittömästi tarkastuspyyntö lääkintälaittehuollolle tai toimittajalle. Vaaratilanteen ennaltaehkäisyssä käyttäjien perehdytys, laitteiden käyttöohjeet ja varalaitteen olemassaolo on ensisijaisen tärkeää. Vaaratilanneilmoitusten perusteella kehitetään olemassa olevia ohjeita, toimintatapoja ja koulutuksia. Potilaita ohjataan mahdollisessa laitteen vikatilanteessa ottamaan yhteyttä yksikköön ja lopettamaan viallisen laitteen käytön välittömästi vian huomattessaan.

**Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä**

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

#### 9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Vatsakeskuksen lääkehoitosuunnitelman on laatinut lääkehoitovastaavat yhdessä yksikön esihenkilöiden kanssa. Lääkehoitosuunnitelma tarkastetaan ja päivitetään vuosittain tai tarvittaessa toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastaa ja hyväksyy yksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Sairaala-apteekin farmaseutin osastokäynti toteutuu yksikössä vuosittain osana turvallista lääkehoitoa. Farmaseutti tarkastaa mm. yksikön lääkkeisiin ja lääkkeiden säilytykseen sekä käyttöön liittyvät asiat ja lääkehoitosuunnitelman.

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain lääkevastaavan ja esihenkilön toimesta. Muutoksista ja tarkennuksista tiedotetaan koko yksikön henkilöstöä. Yksikön esihenkilöt vastaavat siitä, että henkilöstö on perehtynyt lääkehoitosuunnitelmaan. Sairaala-apteekin asiantuntemusta hyödynnetään tarvittaessa lääkehoitoon liittyvässä perehdytyksessä. Lääkehoidon toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamailmoitusten kautta. Yhteistyötä lääkehoidon toteuttamisen seurannasta tehdään organisaation sairaala-apteekin kanssa.

Lääkehoitosuunnitelman läpikäynti on osa uuden työntekijän ja opiskelijan perehtymistä. Opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa ohjaavan ammattilaisen valvonnassa. Yksikössä lääkehoidon toteuttamiseen voi osallistua toimenpiteen aikana hoitajien ja lääkäreiden lisäksi anestesiapuolen asiantuntijat (lääkäri + hoitaja). Lääkehoitoa saa toteuttaa vain lääkehoitoon perehtynyt ja vaadittavat lääkeluvat suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen varmistamiseksi henkilöstö suorittaa lääkelupaan liittyvät verkko-opinnot ja antaa tarvittavat näytöt säännöllisesti. Näyttöjen vastaanottajalta edellytetään näyttöjen vastaanottamiseen liittyvä pätevyys (verkko-opinnot).

Lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista kerrotaan potilaalle ja tilannearvio huomioiden tarvittaessa potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Henkilöstöä ohjeistetaan laatimaan lääkehoitoon liittyvistä vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään viipymättä. Lähiesihenkilö käsittelee vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksen ja vie asian jatkokäsittelyyn edelleen osastokokoukseen. Vaara- tai poikkeamatilanteen käsittelyssä pyritään löytämään juurisyytä ja kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi lääkehoidon ohjauskäytäntöiden muutos / tarkennus tai työohjeiden / toimintatapojen kehittäminen.

Potilaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen kerrotaan toimintaohjeet ja yhteystiedot lääkehoitoon liittyvien vaara- ja poikkeamatilanteiden varalle (esimerkiksi anestesiassa tehdyn toimenpiteen jälkeen).

**Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä**

**Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei**

**Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:**

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Mikko Heikura

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Inka Pursiainen

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Korkean riskin lääkehoito (anestesia- ja hengitykseen vaikuttavat lääkkeet)	Henkilöstön perehdytys, koulutus ja työohjeet	

## 9.5 Infektioiden torjunta

### 9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Vatsakeskuksessa noudatetaan organisaation hyväksymiä infektioiden torjunnan ohjeita ja hyödynnetään infektioiden torjunta -yksikön asiantuntijoiden osaamista. Hoitoon liittyvät infektiot ovat hyvin harvinaisia, mutta mahdollisia. Suurimman riskin infektioiden leviämiseen henkilöstöön tai muihin potilaisiin tuo tartuntavaarallisten potilaiden toimenpiteet (esim. tuberkuloosi, clostridium ja koronapotilaat). Tällaisten tartuntavaarallisten tautien leviämistä ennaltaehkäistään huolehtimalla tarpeenmukaisesta ja hyvästä suojautumisesta organisaation ohjeiden mukaisesti sekä asianmukaisesti suunnitellulla toimenpidejärjestyksellä.

Käsihygieniaan kiinnitetään erityistä huomiota. Käsihuuhtelukulutustavoite on yksikölle määritetty ja se on toteutunut kiitettävästi. Käsihuhuhteita on tarjolla sekä henkilöstölle että potilaille ja niiden sijoittelussa on huomioitu käytettävyys. Henkilöstöllä on käytettävissä suojakäsineitä, suojatakkeja ja kasvomaskeja. Suojasuojien käytössä noudatetaan organisaation ohjeistuksia. Hoitotarvikkeita ja -välineitä varten on helposti saatavilla pintadesinfektioaineita, joita henkilöstö on ohjattu käyttämään pinnoille ja eritteille.

Potilastyössä olevat työntekijät saavat vuosittaiset kausi-influenssarokotteet. Henkilöstön influenssarokotussuoja on toteutunut Vatsakeskuksessa erinomaisesti.

Yksikössä on hygieniavastaava, joka osallistuu säännöllisesti organisaation hygieniahoitajien palaveriin ja tuo ajankohtaiset ja tiedotettavat asiat muun henkilöstön tietoon osastokokouksissa. Henkilöstön infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaosaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja tarvittavilla koulutuksilla.

Infektioihin liittyvää seurantaan tehdään Vatsakeskuksessa yhteistyössä infektioidentorjuntayksikön kanssa ja heiltä saatujen raporttien perusteella kyseiseen toimintaan kiinnitetään tarvittaessa huomiota. Toimintaa muutetaan tarvittaessa havaittujen puutteiden perusteella ja henkilöstö perehdytetään muuttuneisiin toimintamalleihin ja ohjeistuksiin huolellisesti. Mikäli toimenpiteessä otetussa näytteessä potilaalla todennetaan jokin yleisvaarallinen tartuntatauti tai infektio, ottaa hygieniahoitaja tai hoitava lääkäri potilaaseen yhteyttä jatkohoidon järjestämistä varten. Yksikön esihenkilöä tiedotetaan asiasta, mikäli työntekijä on altistunut infektiolle toimenpiteen aikana. Esihenkilö tiedottaa hoitajaa / hoitajia ja tekee tarvittavat ohjeistetut toimenpiteet sekä huomioi asian koko työyksikön osalta.

### 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.

Yksikön siivous ja jätehuolto toteutuu Polkka Oy:n toimesta. Siivoussuunnitelma on laadittu Polkka Oy:n ja työyksikön kanssa yhteistyössä. Materiaalien kierrätyksessä esim. paperin, pahvin, muovin ja lasin keräyksessä ja lajittelussa sekä tietosuojojätteen hävittämisessä noudatetaan organisaation ohjeita.

Vatsakeskuksessa muodostuva vaarallinen jäte on pisto- ja viiltojätettä sekä eritejätettä ja sen kerääminen ja hävittäminen toteutuu organisaation ohjeiden mukaisesti. Pisto- ja viiltojätteiden astioiden säännölliseen vaihtoon kiinnitetään erityistä huomiota pisto- ja viiltotapaturmien ennaltaehkäisemiseksi. Keräysastioita on jokaisessa toimenpidehuoneessa sekä tiloissa, joissa valmistellaan potilaita toimenpiteisiin. Hoitajat vaihtavat keräysastiat tarvittaessa.

**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
Asianmukainen suojaus tai siivoaminen jää toteutumatta puutteellisen tiedottamisen vuoksi	Suullisen (raportti esim. toisesta hoitoyksiköstä, sisäinen viestintä) ja kirjallisen tiedottamisen (esim. varoituskylttien käyttö) tehostaminen. Yhdenmukainen raportointi.	

## 9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Vatsakeskuksessa henkilöstö käyttää oman työn tukena erilaisia työ- ja potilasohjeita (kirjalliset ja videot). Kaikki ohjeet ovat sähköisessä muodossa. Asiakirjat löytyvät organisaation sisäisestä tiedostopankista (intra), sekä yksikön omasta Teams-kansiosta. Yksikössä käytössä olevat yleisimmät potilasohjeet ovat tallennettu siten, että ne on liitettävissä myös Suomi.fi kautta tehtävään ajanvaraukseen. Ohjeiden tekeminen sähköiseen muotoon mahdollistaa ohjeiden uusimman version käytön. Yksikön ohjeiden sisältö suunnitellaan ja laaditaan yhteistyössä henkilöstön kanssa. Ohjeiden tarkastus tai hyväksyntä toteutuu joko lääketieteen tai hoitotyön esihenkilön toimesta. Yksikön digivastaava muokkaa ja vie tehdyt ohjeet sähköiseen ympäristöön sekä päivittää ohjeita tarvittaessa.

Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Uuden työntekijän perehdytyksessä käydään läpi työ- ja potilasohjeiden sijainti sekä niiden tilannekohtainen käyttö. Uusista ohjeista ja ohjeiden päivityksistä tiedotetaan koko henkilöstöä. Sähköisillä ohjeilla on voimassaoloaika, jolloin järjestelmä hälyttää päivityksen tarpeessa olevista ohjeista. Jos toimintaan tulee muutoksia, ohjeet tarkistetaan ja päivitetään samassa yhteydessä. Ohjeiden laatijalla ja hyväksyjällä on ohjeiden päivitysvastuu. Myös henkilöstöllä on vastuu raportoida ohjeista, joissa havaitaan päivittämisen tarvetta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti myös käyttäjien palautteen kautta.



**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
Työ- tai potilasohje puuttuu uuden toimintamallin alettua.	Toimintamallin hyvä yhteistyössä tehty etukäteissuunnittelu ja valmistelu.	

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

### 9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

<p>Vatsakeskus toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa (turvallisuusyksikkö, pelastuslaitos, sairaala- apteekki, valvontapalvelut).</p> <p>Yksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet ovat löydettävissä organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Jokainen Vatsakeskuksen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät koulutuskokonaisuudet.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

### 9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Vatsakeskukseen on laadittu palo- ja pelastussuunnitelma. Yksikössä on varauduttu sähkö- ja vesikatkoksiin organisaation ohjeiden mukaisesti esimerkiksi kriittisten laitteiden toiminta turvaamalla.

Varautumissuunnittelua käydään läpi yksikössä säännöllisesti ja tarvittaessa.

Vatsakeskuksen henkilöstö ja opiskelijat perehdytetään turvallisuussuunnitelmiin. 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 paloturvallisuuskoulutuksella, kaasukoulutuksella ja erilaisilla turvallisuuskävelyillä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

### 9.7.3 Terveysthuojelu

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

Vatsakeskuksen tilojen terveysthuojelun vaikuttavat asiat tunnistetaan vuosittaisissa laatuportti-järjestelmään tehtävässä riskienarvioinnissa. Tilojen terveysthuojelun (esim. lämpötila) liittyviä havaintoja tulee esiin henkilöstön tai potilaiden antaman palautteen kautta. Mikäli tiloihin liittyviä riskejä havaitaan, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Tilojen terveysthuojelun 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. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

### 10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilas tunnistetaan Vatsakeskuksessa organisaation tunnistusohjeen mukaisesti yhteydenottotavasta riippuen. Vastaanotolle / toimenpiteeseen tuleva potilas tunnistetaan nimellä ja henkilötunnuksella. Anestesiassa tehtäville tutkimuspotilaille laitetaan tunnistusranneke toimenpiteeseen tultaessa. Osastopotilaille ja päivystyspotilaille ranneke on laitettu (tunnistus tehty) jo omassa hoitoyksikössä. Etäyhteyksissä potilas tunnistetaan suullisen tunnistusohjeen mukaisesti. Yksikön ajanvarauspotilaat ilmoittautuvat yksikössä olevan ilmoittautumisautomaatin kautta Kela-kortilla.

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

Päivystykselliset ja välitöntä hoitoa vaativat potilaat ilmoitetaan Vatsakeskukseen toimenpidettä varten muista hoitoyksiköistä esim. teho-osastolta tai päivystyksestä. Tällaisten potilaiden hoitoon osallistuvat tarvittaessa anestesialääkäri ja -hoitaja. Potilaan äkillisessä voinnin muutoksessa henkilöstö toimii talossa olevan MET-kriteeristön mukaisesti. Akuutteihin häätätilanteisiin varautumiseksi henkilöstö veloitetaan osallistumaan vuosittain häätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutuskokonaisuuteen.

**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.

Vatsakeskuksen keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat muut hyvinvointialueet (konsultaatio ja hoidon toteutus), keskussairaalan eri yksiköt esim. röntgen, teho-osasto, leikkaussali, päivystys- ja päivystysosasto, lastenkeskus, sisätautien ja kirurgian vuodeosastot ja tk-sairaalat. Muita keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat mm. hoitotarvikejakeluyksikkö ja ravitsemusterapia.

Muiden erikoisalojen asiantuntijoita voidaan tarvittaessa konsultoida joko suullisesti tai kirjallisesti. Hoidon suunnittelun avuksi voidaan järjestää moniammatillisia yhteistyöpalavereja. Asiantuntijoiden huolellisilla ja ajantasaisilla kirjauksilla varmistetaan potilaan asianmukainen hoito.

Potilaan siirtyessä hoitoyksiköiden välillä, turvataan potilaan hoidon jatkuvuus huolellisella sähköisellä kirjauksella (lääkäri, hoitaja) ja suullisella raportilla. Uuden työntekijän perehdytyksessä käydään läpi potilasryhmien palveluketjut ja yhteistyöyksiköille sovitut toimintatavat.

**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.

Kivunhoito huomioidaan toimenpiteiden yhteydessä ja sen jälkeen. Potilaat haastatellaan ennen toimenpidettä ja kivunhoidon tarvetta pyritään arvioimaan ennakoivasti. Toimenpiteen aikana pyritään optimaaliseen kivunhoitoon potilaan oman suullisen arvion perusteella. Toimenpiteen jälkeistä kipua voidaan hoitaa joko potilaan oman suullisen arvion perusteella ja VAS- kipumittarilla saadun tuloksen perusteella. Potilaan arvio kivusta ja mittarilla saatu tulos kirjataan potilastietojärjestelmään. Yksikössä käytetään kivunhoitoon lääkkeellisiä menetelmiä. Potilaan hoitava lääkäri tai tarvittaessa anestesia- ja kivunhoitoon määrää kivunhoidossa käytettävät lääkkeet.

Uusi työntekijä suorittaa kivunhoidon verkkokurssin ja siihen liittyvän lääkeluvan. Hänet perehdytetään kivun arviointiin ja hoitoon työssä oppimisen yhteydessä. Käytössä olevista kipulääkkeistä on tehty kirjalliset ohjeet osana yksikön lääkehoitosuunnitelmaa.

**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.

Potilaiden liikkumista ja toimintakykyä arvioidaan systemaattisesti havannoimalla poliklinikkakäynnillä. Arvio kirjataan potilastietojärjestelmään osana muuta käyntitekstiä. Vatsakeskukseen on hankittu potilaiden liikkumisen apuvälineeksi kaksi pyörätuolia ja rollaattori. Toimenpiteessä tai toimenpiteen jälkeen annetun lääkityksen vaikutusta seurataan sekä potilaan fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn. Potilas kotiutetaan toimintakyvyn palautuessa ennalleen. Tarvittaessa potilasta seurataan yksikön tarkkailutilassa tai siirretään vuodeosastolle yön yli seurantaan.

Kaikki käytössä olevat potilassängyt on varustettu laidoilla putoamisriskin minimoimiseksi. Nukutetun potilaan turvana on erilliset potilasvyöt toimenpiteen aikana.

Uusi työntekijä perehdytetään potilaan toimintakyvyn arviointiin, apuvälineiden käyttöön ja turvallisen kotiuttamisen arviointiin työssä oppimisen ohella. Kaatuminen / putoaminen kirjataan potilastietojärjestelmään ja tapahtumasta tehdään Laatuportti-ilmoitus.

**Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei**

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

## 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.

Poliklinikkakäynnin yhteydessä potilaan ravitsemustilaan kiinnitetään huomiota esim. potilaan yleistilaa arvioimalla, mittaamalla potilaan paino (vertaus aik. mitattuun painoon), haastattelemalla potilasta / läheistä tai hyödyntämällä NRS2002- vajaaravitsemusriskimittaria. Arvio ja mittauksen tulos kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilasta ohjataan ravitsemuksen tehostamisessa ja tarvittaessa tehdään ravitsemusterapeutin konsultaatio.

Uusi työntekijä perehdytetään ravitsemustilan arviointiin ja vajaaravitsemusriskimittarin käyttöön työssä oppimisen ohella.

**Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä**

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

## 10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Ei koske yksikköä.

**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.

Ei koske yksikköä.
--------------------

**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.

Ei koske yksikköä.
--------------------



**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-, huumausaine- ja rahapelihaittojen sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisyn ja vähentämisen. [Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma](#) (linkki) tukee ehkäisevän päihdetyön järjestämistä koskevan lain toimeenpanoa ja antaen suuntaviivat tehtävälle työlle.

#### 10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Lääkärin ja hoitajien vastaanotoilla potilaalta kysytään tupakoinnista tai muusta nikotiinituotteen käytöstä ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Tupakoivan tai nikotiinituotetta käyttävän potilaan kanssa käydään tupakoimisen lopettamista tukeva keskustelu. Nikotiiniriippuvaista potilasta ohjataan tupakoinnin lopettamisessa ja vieroituksessa sekä nikotiinikorvaustuotteiden käytössä.

#### 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.

Potilaan alkoholin käytöstä kysytään lääkärin ja sairaanhoitajien vastaanottokäynneillä ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat yksikön henkilöstön työtehtäviin. Alkoholin riskikäyttöä voidaan kartoittaa Audit-C-kyselyllä ja riskipisteiden ylityttyä tarvittaessa Audit-kyselyllä.

Potilasta ohjataan ja motivoidaan alkoholin käytön lopettamisessa. Potilaalle annetaan tarvittaessa tietoa ja yhteydenotto-ohjeita myös jatkohoitoon. Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan.

### 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 käytettävien aineiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat yksikön henkilöstön työtehtäviin. Henkilöstön tehtävänä on erityisesti tunnistaa seurannassa olevien potilaiden huumaavien aineiden ja muiden päihteiden käyttöä. Potilaan huumausaineiden ja muiden päihteiden käytöstä kysytään aina vuosikäyntien yhteydessä ja tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Mikäli potilas tuo ilmi huumaavien aineiden käyttöä, hänet ohjataan jatkohoitoon. Potilaan luvalla voidaan ottaa yhteys mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoriin. Organisaatiossa on julkaistu ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju päihteidenkäytön tunnistamiseen, hoitoon ja seurantaan.

### 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.

Ei koske yksikköä.

### 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.

Mielenterveyden haasteiden varhainen tunnistaminen, arviointi ja perustason tuki kuuluvat yksikön henkilöstön työtehtäviin. Yksikössä hoidettavat pitkäaikaissairaudet (IBD-sairaudet, syöpätaudit) voivat kuormittaa mieltä ja vaarantaa mielen hyvinvointia aiheuttaen stressiä, unettomuutta, uupumusta, ahdistusta tai masennusta. Mielenterveyden haasteet voivat myös vaikuttaa sairauden omahoidon toteutumiseen.

Jokaisessa Siun soten alueen kunnassa on mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoava yksikkö, minne potilas ohjataan jatkohoitoon, mikäli perustason keskusteluapu ei ole riittävää.

**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.

Ei koske yksikköä.

**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 ihmisoikeussopimusveloitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta.

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

Ei koske yksikköä.

**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

## 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).

Yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja valvovat yksikön toimintaa sekä päivittävät omavalvontasuunnitelman vuosittain.
--

### 13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

<b>Paikka</b>	
<b>Päiväys</b>	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

## Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM\\_2021\\_13\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM_2021_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

(linkki)[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM\\_2021\\_13\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM_2021_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf\\_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0\\_zx7DOg57-OfwykI2VU\\_1&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_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](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%2Dbef1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

[https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote\\_Valvontapalvelut\\_SUUNNITELMA\\_Omavalvontao\\_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367\\_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_Valvontapalvelut_SUUNNITELMA_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367_(linkki))

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM\\_J02\\_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y\\_\(linkki\)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y_(linkki))

Tartuntatautilaki (1227/2016):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449\\_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usq=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449_(linkki))

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK\\_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdGQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20\\_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449\\_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_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\\_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBaxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZI-YMwnYOP-zj&opi=89978449_(linkki))

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM\\_2021\\_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y\\_\(linkki\)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y_(linkki))

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

[https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon\\_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon_(linkki))

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

[https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus\\_\(linkki\)](https://www.siunsote.fi/vaaratilanneilmoitus_(linkki))

Viestit – Suomi.fi:

[https://www.suomi.fi/viestit\\_\(linkki\)](https://www.suomi.fi/viestit_(linkki))