

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Patologia

Laatija(t)	Niina Issakainen, osastonhoitaja Risto Pirinen, ylilääkäri
Tarkastaja	Satu Rantala, kuvantamiskeskus palvelupäällikkö, ylihoitaja
Hyväksyjä	Satu Rantala, kuvantamiskeskus palvelupäällikkö, ylihoitaja
Pvm.	26.3.2024

Sisällysluettelo

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

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

10.3	Kivunhoito	36
10.4	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	36
10.5	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	36
10.6	Painehaavojen ehkäisy	36
10.7	Leikkaushoidon turvallisuus.....	36
10.8	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	37
10.8.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	37
10.8.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	37
10.8.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	38
10.8.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	38
10.8.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	38
10.9	Itsemurhien ehkäisy	38
10.10	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	39
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	39
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	39
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	41
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	41
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	41
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	42

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Kuvantamiskeskus
Palveluyksikkö	Patologian laboratorio ja obduktio Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Patologian yksikkö tarjoaa patologian alan tutkimuksia Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yksiköille ja muille yksiköille, esimerkiksi yksityisille lääkäriasemille. Tutkimuksia tehdään lähettävän yksikön pyynnöstä. Patologialla tutkitaan vuosittain noin 14000 histologista ja 4000 sytologista näytettä sekä tehdään noin 75 lääketieteellistä ruumiinavausta.

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Niina Issakainen, Osastonhoitaja niina.issakainen@siunsote.fi p. 013 330 3514 Risto Pirinen, Ylilääkäri risto.pirinen@siunsote.fi p. 013 330 3713
Palvelupäällikkö	Satu Rantala satu.m.rantala@siunsote.fi p. 013 330 3131
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Kuvantamiskeskus on terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialueen alla olevaa sairaalapalvelua. Kuvantamiskeskuksen palvelupäälliköllä on yksikön ylin päätäntävalta ja hän johtaa kaikkia kuvantamiskeskuksen yksiköitä organisaatiossa asetettujen strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Palvelupäällikkö hoitaa myös ylihoitajan virkatehtävät. Palvelupäällikkö toimii lähiesihenkilönä ylilääkäreille, fyysikoille ja RIS/PACS-tuen työntekijöille. Koska palvelupäälliköllä on myös ylihoitajan virkatehtävä, toimii hän lähiesihenkilönä myös osastonhoitajille.</p> <p>Patologian yksikkö on osa kuvantamiskeskusta. Yksikköön kuuluvat sekä patologian laboratorio että obduktio.</p> <p>Patologian yksikön toimintaa johtaa ylilääkäri. Patologian ylilääkärillä on yksikön lääketieteellinen hallinnollinen vastuu. Patologian osastonhoitajalla on yksikön hoitotieteellinen hallinnollinen vastuu. Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö toimii ylilääkärin ja osastonhoitajan esihenkilönä. Yksikön lääkäreiden sekä sairaalasolubiologin esihenkilönä toimii yksikön ylilääkäri ja hoitohenkilökunnan esihenkilönä osastonhoitaja.</p>

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
---------	------------------

Radiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, isotooppilääketieteen ja patologian erikoisaloilla ostopalveluna lausuntopalveluja	Useita eri palveluntuottajia
Radiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, isotooppilääketieteen ja patologian erikoisaloilla ostopalveluna lääkäriyövoimaa paikan päällä tapahtuviin palveluihin	Useita eri palveluntuottajia

Kuvantamiskeskuksen ostopalvelusopimusten hankinnasta vastaa kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö yhteistyössä yksikön vastuuhenkilöiden kanssa. Lääketieteellinen vastuu ostopalveluista on erikoisalan ylilääkärillä. Ostopalvelun laatu ja asiakasturvallisuus varmistetaan laatimalla ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden laatu- ja asiakasturvallisuusehdot (mm. lausuvan lääkärin pätevyys, palvelukieli, tietosuoja- ja tietoturva-asiat, tuotetun palvelun vaatimukset esim. sanelupohja).

Patologia voi ostaa näytteiden valmistus-, tutkimus-, ja konsultaatiopalveluita alihankintalaboratorioilta. Yleisimmät tarpeet ovat diagnostisesti haastavien näytteiden konsultaatiopalvelut, näytteiden tutkiminen ruuhkanpurkuna ja harvemmin käytettävät erikoistutkimukset. Patologia voi myös ostaa lääkäriyövoimaa paikan päällä tapahtuviin palveluihin. Ostopalvelusopimuksissa on määriteltyjen ehtojen täyttymistä seurataan lähettäviltä yksiköiltä ja omalta henkilökunnalta saadun palautteen perusteella ja seuraamalla lausuntojen vastausaikoja. Ilmoitettuja vaaratapahtumia ja poikkeamia seurataan. Lausuntojen laatua seurataan pistokokein. Palveluntuottajan kanssa pidetään säännöllinen palaveri kaksi kertaa vuodessa, joissa toiminnan laatua arvioidaan ja tehdään tarvittavia korjaus- tai kehittämistoimenpiteitä. Havaituista puutteista tai virheistä reklamoidaan välittömästi palveluntuottajalle.

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).

Kuvantamiskeskus tuottaa terveydenhuoltolain mukaisia terveydenhuollon palveluja kolmessa eri yksikössä; kliininen fysiologia ja kliininen neurofysiologia, röntgen ja patologia. Palvelut tuotetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen potilaille. Toimimme moniammatillisessa yhteistyössä tutkimuksiin lähettävien potilasta hoitavien yksiköiden kanssa tavoitteenamme tuottaa potilastutkimusprosessin mukainen laadukas tutkimus, joka antaa potilasta hoitavalle taholle mahdollisimman suuren päätöksenteontuen potilaan hoidossa. Pyrimme toimimaan aina asiakkaan parhaaksi ja kehittämään avarakatseisesti niin toimintakulttuuriamme, ammattitaitoamme kuin palveluitammekin palvelujen kysynnän aiheuttamien tarpeiden mukaisesti.

Patologian yksikkö tarjoaa kliinisen patologian palveluita hyvinvointialueen yksiköille osallistumalla diagnostiikkaan, hoidon seurantaan ja laadunvarmennukseen tutkimalla histologiaa ja sytologiaa näytteitä sekä tekemällä lääketieteellisiä ruumiinavauksia ja tarjoamalla vainajansäilytyspalvelua. Patologia tarjoaa palveluita tarvittaessa myös muille hyvinvointialueille tai yksityisille lääkäriasemille. Yksikkö antaa myös patologian tutkimuksiin liittyvää neuvontaa ja osallistuu patologian ja soveltuvin osin muiden alojen tutkimus-, kehitys- ja koulutustoimintaan. Tavoitteena on tuottaa oikea diagnoosi, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle ja tarjota riittävät tiedot hoidon toteuttamiseksi. Pyrimme toimimaan asiakkaan parhaaksi ja kehittämään toimintaa, ammattitaitoa ja palveluita palvelujen kysynnän mukaisesti.

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.

Kuvantamiskeskus toteuttaa terveydenhuoltolain keskeisiä periaatteita sekä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen arvoja. Yksiköissä laaditaan vuosittain yhteisten arvojen mukainen toimintasuunnitelma, jossa arvot kuvataan käytännön toimintana.

Patologian toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot: asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus.

Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on asiakkaiden tarpeita vastaavat patologian palvelut. Asiakastytytyväisyyttä seurataan säännöllisillä kyselyillä. Palautteeseen reagoidaan ja toimintatapoja muutetaan vastaamaan

asiakkaiden ja toimintaympäristön tarpeita. Lisäksi tarjoamme asiakkaille patologian neuvonta- ja ohjauspalveluja.

Kehitämme toimintaamme avoimin mielin ja kaikkiin kehitysideoihin suhtaudutaan avoimesti. Toimintaympäristömme on moniammatillinen ja huomioimme toiminnassamme myös muiden tarpeet ja saamamme palautteen.

Potilas- tai tietoturvallisuudesta huolehditaan Siun soten tietosuoja- ja tietoturvapoliittikan mukaisesti. Henkilökunnan osaamista ylläpidetään koulutuksien avulla. Henkilökunnan työturvallisuudesta sekä työhyvinvoinnista huolehditaan varmistamalla, että työvälineet ja työskentelyolosuhteet ovat asianmukaiset. Turvallisuutta ylläpidetään turvallisuuskierroksien ja omavalvonnan avulla. Varmistamme, että yksikön toiminta on turvattu varautumalla poikkeustilanteisiin, esimerkiksi henkilökunnan poissaoloihin, häiriöihin tarvikkeiden saatavuudessa tai sähkönjakelussa. Ylläpidämme turvallisuutta myös yksikön sisäisellä avoimella ja matalan kynnyksen viestinnällä.

Kaikki näytteet ovat samanarvoisia ja niitä käsitellään yhtäläisellä huolellisuudella, tarkkuudella ja huomioimalla näytteiden ainutlaatuisuus. Näytteiden kiireellisyyden priorisointi perustuu lääketieteelliseen tarpeeseen. Työyhteisön jäseniä kohdellaan yhdenvertaisesti ja tasa-arvoisesti.

Jokainen työntekijä vastaa omalla toiminnallaan palvelujen kokonaisuudesta ja sitoutuu työskentelemään huolellisesti sekä työohjeiden mukaisesti. Yhteiset toimintatavat ohjaavat toimintaamme ja laboratorioprosessimme ovat aukottomia ja jäljitettävissä. Huomioimme taloudellisen vastuun ja ympäristövastuun mm. välttämällä turhia töitä ja resurssien tuhlausta. Seuraamme toimintamme tasoa mm. laaduntarkkailukierrosten avulla. Puutteita havaitessamme etsimme vaihtoehtoisia toimintatapoja ja kehitämme toimintaamme.

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Patologian omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaavat osastonhoitaja ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat yksikön omavalvontasuunnitelman luonnoksen. Tämän jälkeen yksikön koko henkilökunta tutustuu omavalvontasuunnitelmaan oman työnsä asiantuntijan roolissa ja osallistuu yhteiseen moniammatilliseen kokoukseen, jossa omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja korjataan yhteisymmärryksessä. Asiakkaat ja tutkimuksiin lähettävät yksiköt voivat antaa palautetta julkisesti esillä olevasta suunnitelmasta ja suunnitelmaa voidaan kehittää annetun palautteen perusteella.

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).

Valmiin omavalvontasuunnitelman tulostettu versio on yksikön neuvotteluhuoneessa.

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.

Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö johtaa, seuraa ja kehittää koko kuvantamiskeskuksen prosessien ja turvallisuuden hallintaa, turvaamista ja käytännön toteuttamista. Turvallisuusasioita käydään kuvantamiskeskuksen johtotiimissä kaksi kertaa kuukaudessa ja lisäksi tarpeen mukaan akuuteissa tapahtumissa.

Jokainen kuvantamiskeskuksen esihenkilö vastaa oman yksikkönsä prosessien ja turvallisuuden päivittäisen hallinnan ja turvaamisen toteuttamisesta, seuraamisesta, ilmoitusvelvollisuuden ilmituomisesta henkilöstölle sekä pitkäntähtäimen kehittämisestä. Vastuuhenkilöiden (toiminnasta vastaava johto, esihenkilöt) vastuuseen kuuluu tämän lisäksi huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Jokainen työntekijä on vastuussa oman toimintansa ja yksikön prosessien riskien tunnistamisesta ja esille tuomisesta sekä turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä ja salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Patologian yksikössä riskienarviointi tehdään Laatuportin riskienarviointi työkalun avulla ja sitä päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan tai tilojen muuttuessa. Yksikön tiloissa on tehty työterveyshuollon ja työsuojelun työpaikkakäynnit säännöllisesti viiden vuoden välein. Työpaikkakäynnillä tiloja ja toimintaa arvioidaan ja yhdessä sekä pohditaan tunnistettujen vaaratekijöiden ennaltaehkäisyn menetelmiä. Yksikössämme suoritetaan moniammatillisesti turvallisuuskiertoja vuosittain organisaation valitsemien erilaisten turvallisuusteemojen mukaisesti. Turvallisuuskierrosta vastaa yksikön osastonhoitaja, joka kutsuu kierrolle osallistumaan joka vuosi yksikön turvallisuus/potilasturvallisuusvastaavan, työsuojelun edustajan sekä yksikön eri ammattiryhmien edustajat. Tehdyt riskien arvioinnit sekä turvallisuuskiertojen raportit ovat näkyvillä työntekijöille yksikkömme verkkokansiossa. Työntekijät voivat tehdä ilmoituksen läheltä piti tilanteista omassa yksikössä tai toisessa yksikössä Laatuporttijärjestelmän kautta.

Näytteiden tutkimiseen liittyviä riskejä arvioidaan uusien menetelmien käyttöönoton sekä työpistekohtaisten sisäisten auditointien yhteydessä. Tutkimusprosesseihin liittyviä riskejä tunnistetaan myös patologian

tietojärjestelmään tehtyjen näytetapahtuma ilmoitusten perusteella. Vastuualueella on käytössä laatuohjelma (SHQS), jonka avulla voidaan tunnistaa mm. johtamiseen ja laadunhallintaan liittyviä riskejä.

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).

Yksikön kaikkien ammattiryhmien työntekijät tekevät ilmoituksen riskeistä ja vaara- ja poikkeavista tilanteista sekä hyvistä käytänteistä omassa yksikössä tai toisessa yksikössä Laatuportin PaTu lomakkeen avulla, mutta tilanteista keskustellaan hyvin usein myös kasvokkain esihenkilön ja/tai asiantuntijan kanssa jo ennen ilmoituksen tekemistä. Tutkimuksiin lähettävät yksiköt voivat samalla tavoin osoittaa ilmoituksia meidän yksikköömme. Kirjaamme ylös myös suullisesti, intrasivujen palautelomakkeen kautta tai sähköpostilla annetut palautteet ja kehitysehdotukset yksikön verkkokansioon. Yksikön työntekijät kirjaavat kaikki näytekohtaiset poikkeamat ja muut tapahtumat laboratorion tietojärjestelmään.

Jos patologian 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.

Laatuporttiin kirjatusta ilmoituksista tulee sähköpostiviesti yksikön esimiehille (osastonhoitaja ja ylilääkäri). Ilmoitusten käsittely pyritään aloittamaan mahdollisimman pian ja ilmoituksen lukija organisoii asian käsittelyn 14 vrk kuluessa sen ryhmän kanssa, jota asia koskee. Käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuporttiin. Ilmoitukset käsitellään yksikön viikkokouksissa, ja tapahtuma ja sen juurisyyt käydään läpi ja päätetään tarvittavat toimenpiteet yhdessä. Ilmoitusten käsittelyaika riippuu tapahtuman luonteesta ja laajuudesta. Ilmoituksen käsittely ja dokumentointi tallentuu Laatuporttiin. Laatuportissa ilmoituksia voidaan käsitellä myös myöhemmin ja erilaisia raportteja voidaan tehdä esim. eri tapahtumatyypeistä. Ilmoituksen tekijä saa Laatuportin kautta tiedon tapahtuman käsittelystä.

Näytekohtaiset poikkeamat eli näytetapahtumat käydään kootusti läpi kuukausittain yksikön kokouksessa ja käsittely dokumentoidaan kokouksen pöytäkirjaan. Poikkeamien käsittelyn hoitaa yleensä osastonhoitaja ja hän tai ylilääkäri ottavat tarvittaessa yhteyttä myös sidosryhmiin.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Ilmoitusten käsittelyssä käsittelijä kirjaa yhdessä suunnitellut ja sovitut kehittämistoimenpiteet sekä asiasta vastaavat henkilöt ja kehittämisajankalun. Toimenpiteiden toteuttaminen koskee jokaista työntekijää, mutta asiaa organisoii ja aikataulusta vastaa vastuuhenkilöksi nimetty henkilö esihenkilön tukemana. Seuranta ja toteuma kirjataan Laatuporttiin. Kehittämistoimenpiteiden aikataulu vaihtelee sovitun toimenpiteen mukaan. Toteutettujen kehittämistoimenpiteiden arviointia tehdään yksikön sisällä kokouksissa keskustellen sekä seuraamalla Laatuportin vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia ja näytetapahtumia (näytteen käsittelyyn liittyvät poikkeavat asiat kirjataan).

Asiakkaiden, potilaiden sekä heidän läheistensä antamaa palautetta vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksissa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä kuten yksikön sisäisiä ilmoituksia. Palautteen antajaan ollaan aina yhteydessä, mikäli hän on antanut yhteystietonsa. Yhteydenottaja on normaalisti yksikön esihenkilö.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Yhdessä sovitut korjaavat toimenpiteet tiedotetaan henkilökunnalle osastokokouksessa sekä tarvittaessa yksikön aamukokouksessa. Tiedottamisen apuna ovat yksikön sisäiset kokousmuistiot sekä Teams-kanava. Yhteistyötahoille tiedottaminen tapahtuu organisaatiossa käytössä oleva sisäisen tiedotuskanavan Intran avulla tai tarvittaessa sähköpostilla organisaation ulkopuolisille tahoille.

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.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin. Hoitava lääkäri tai yksikkö tiedottaa tapahtumasta potilaalle/asiakaalle.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etenkin läheltä piti -ilmoituksia jää tekemättä	Yksikön sisäinen tiedottaminen ja koulutus ilmoitusten tärkeydestä ja velvollisuudesta	Organisaatio ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta
Kehittämistoimenpiteiden toteutuminen jää välillä kirjaamatta	Säännölliset tarkistukset sille, että kaikki on tullut kirjattua	Organisaatio ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta

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

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

Yksikössämme tehtäviin potilastutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähetettävä lääkäri valitsee tutkimusvalikoimasta tutkimuksen, jonka avulla näkee saavansa hoitopäätöksen teon tueksi tarvittavia vastauksia kysymyksiin potilaan tilasta. Lähetettävä lääkäri arvioi myös tutkimukseen kiireellisyyden. Säteilytutkimuksissa potilaan tutkimukselle tutkimusyksikön lääkäri tai tehtävään valtuutettu hoitaja antaa oikeutuksen eli luvan tehdä potilaalle säteilytutkimus. Tutkimuslähetteitä voidaan seurata tutkimusyksikön nearIS- tai QPati-toiminnanohjausjärjestelmästä. Valmiista tutkimuksesta tulee tutkimukseen lähetettävälle lääkärille automaattiviesti potilastietojärjestelmään. Viestin näkee myös lähetettävän yksikön viestien käsittelijä. Kuvantamiskeskus pyrkii tuottamaan kiireelliset tutkimukset kahden viikon sisällä ja ei-kiireelliset tutkimukset kuukauden sisällä. Totetumista seurataan T3 (3.vapaa-aika)-mittarin ja tutkimusten läpimenoaikojen avulla. Lisäksi seurataan tutkimusten toteutuneita lukumääriä.

Yksikössämme tehtäviin tutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähetettävä lääkäri arvioi tutkimuksen tarpeellisuuden ja keskustelee asiasta asiakkaan/potilaan kanssa. Lähetettävä lääkäri arvioi myös tutkimuksen kiireellisyyden. Patologian yksikkö ei ole suorassa kontaktissa potilaisiin/asiakkaisiin eikä osallistu suoraan palvelutarpeen arviointiin tai sen seurantaan.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Tutkimus suoritetaan lähetettävän lääkärin määrittelemässä ajassa (päivystys, kiireellinen ja normaali kiireellisyys). Viikoittain tutkimusyksikkö seuraa tutkimusjonojensa pituutta T3 mittarin (monenko päivän päästä on 3. vapaa aika ajanvarauksessa) avulla tai läpimenoaikamittareiden avulla. T3- ja läpimenoajat käydään läpi kuvantamiskeskuksen johtoryhmässä kahden viikon välein. Jonomittari T3 on näkyvissä myös organisaation sisäisessä tiedotuskanavassa.

Patologian tutkimusten saatavuutta seurataan läpimenoaikamittareiden avulla. Mittareita seurataan viikoittain sekä kuukausittain. Tulokset käydään läpi yksikön yhteisissä kokouksissa. Patologian vastausaikatilastot eivät ole julkisesti saatavilla.

Patologian yksikkö on määrittänyt, että 80 % ei-kiireellisistä tutkimuksista on vastattuna ja lähetettävän yksikön käytettävissä seitsemässä työpäivässä. Kiireellisissä näytteissä vastaava tutkimusvastaustavoite on 1-3 työpäivää. Jos tavoitteeseen ei päästä, pyrimme tekemään toimenpiteitä vastausajan lyhentämiseksi.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Patologian yksikkö toimii osana potilaan hoitoprosessia eikä tutkimusyksikkönä vastaa potilaan terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmasta, vaan tarvittaessa tuottaa patologian tutkimuksia näiden tueksi.

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.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

Vainajaa katsomaan saapuneiden omaisten tarpeet huomioidaan mm. suomalla mahdollisuus oman kulttuurin mukaiseen muistohetkeen tai vainajan valmisteluun.

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.

Patologian yksikköä koskevat muistutukset, kantelut ja potilasvahingot menevät tiedoksi yksikön ylilääkärille ja kuvantamiskeskuksen palvelupäällikölle, jotka tekevät vastineen organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Muistutukset, kantelut ja reklamaatiot sekä asiakaspalautteet käsitellään yksikössä lain säätelällä tavalla. Huomioitavaa on, että esimerkiksi muistutukset ja kantelut ovat salassapidettäviä asioita ja juurisyidenkään selvityksessä ei tuoda esille salassa pidettäviä tietoja.

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

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä

Kirjaamo

Tikkamäentie 16

80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

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

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

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

Käyntiosoite: Torikatu 18 A, 3. krs, 80100 Joensuu

Viestejä voi lähettää tietoturvallisesti [Viestit - Suomi.fi](https://www.viestit-suomi.fi) (linkki) -palvelun kautta.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin. Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot löytyvät organisaation nettisivuilta.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Patologian yksikkö kerää vuosittain palautetta tutkimuksiin lähetettävien yksiköiden henkilökunnalta. Palaute käsitellään ja toimintaa kehitetään sen perusteella. Patologian yksikkö ei kerää suoraa asiakas-/potilaspalautetta.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Patologia viestii sisäisten asiakkaiden eli tutkimuksiin lähetettävien tahojen kanssa puhelimitse sekä sähköisten kanavien (intra, sähköposti, Teams) kautta. Tarvittaessa järjestetään myös yhteistyöpalavereita.

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
Henkilöstöressurin (lääkäri ja laboratoriohoitaja) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen.	Siun soten työkyvyn tuen toimintamallit.
Toimivan ja tarvittavan laitekannan varmistaminen kiristyvässä taloustilanteessa	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laitteiden elinkaari ja realistiset hinta- arviot	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden

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.

Patologialla työskentelee yhteensä noin 25 henkilöä. Yksikön omaa henkilökuntaa ovat laboratoriohoitajat, obduktiopreparaattorit, lääkärit ja sairaalasolubiologi. Toimistopalvelut tuottavat sihteeripalvelut ja Polkka laitoshuoltopalvelut. Patologian yksikössä ei työskennellä iltaisin tai viikonloppuisin.

Patologian hoitohenkilökuntaan kuuluu 13 laboratoriohoitajaa, kaksi obduktiopreparaattoria sekä osastonhoitaja. Yksikössä työskentelee kolme erikoislääkärinä, yksi erikoistuva lääkäri sekä yksi sairaalasolubiologi.

Laitoshuoltajia yksikössä on kaksi ja osastonsihteeireitä kaksi.

Henkilöstön riittävyys varmistetaan poissaolojen seuraamisella, aktiivisella rekrytoinnilla sekä positiivisen työnantajakuvan ylläpitämisellä. Rekrytoinnissa huomioidaan että työntekijällä on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 5§:n mukainen laillistus tai lupa toimia kyseisessä tehtävässä.

Yksikkö toimii virka-aikana yhdessä vuorossa. Hoitajien työvuorosunnittelu tehdään osastonhoitajan toimesta kolmen viikon jaksoissa jaksotyön työaikalain mukaisesti Numeron-järjestelmään. Numeronissa jokaisen työntekijän osaaminen on syötetty ohjelmaan. Laboratorion hoitohenkilökunnalla on viikon työkierto.

Äkillisissä poissaoloissa työtehtäviä yhdistetään ja näin pyritään varmistamaan etenkin kiireellisten tutkimusten tekeminen. Yksikössä lomien suunnittelussa huomioidaan myös henkilöstön riittävyys mm. toimintaa supistamalla ja ajoittamalla lomat ennakoidusti hiljaisempiin aikoihin. Erikoislääkäreiden poissaoloja voidaan paikata käyttämällä ostopalveluja.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointi aloitetaan rekrytointihakemuksen laadinnalla. Hakemuksessa kuvataan tarkoin mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan. Yksikön toiminnan luonteen vuoksi yksikössä työskentelee vain laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Poikkeuksena bioanalytiikan tai lääketieteen opiskelijat, joita on mahdollista rekrytoida määräaikaaisesti rajoitettuihin työtehtäviin. Jokaiselle yksikköön töihin tulevalle henkilölle pidetään työhaastattelu, jossa selvitetään työntekijän soveltuvuutta yksikköön sekä tarkistetaan hänen kielitaitonsa ja kelpoisuutensa tutkinto- ja työtodistusten sekä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) avulla. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan yhden

kuukauden kuluessa töiden alkaessa. Työntekijöiltä edellytetään, että heidän rokotekattavuutensa on lainmukainen ja se tarkistetaan suullisesti ennen työsuhteen alkamista.

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.

Patologialla jokaiselle uudelle työntekijälle tehdään henkilökohtainen yleisperehdytysuunnitelma ja hoitohenkilökunnalle lisäksi työpistekohtainen perehdytysuunnitelma. Jokainen uusi työntekijä suorittaa Siun soten yleisperehdytysopinnot ja perehtyy näin organisaation toimintaan. Osastonhoitaja toteuttaa hoitohenkilökunnan yleisen perehdytyksen yksikön toimintaan.

Hoitohenkilökunnan osalta toteutetaan myös työpistekohtainen perehdytys niin uusille kuin vanhoillekin työntekijöille työpisteiden vastuuhoitajien ja työpisteiden muiden työntekijöiden toimesta. Perehdytyksessä käytetään työpistekohtaista perehdytyskorttia. Aluksi työntekijälle on merkitty kullekin työpisteelle perehdyttävä, jonka kanssa toimitaan työpisteessä yhdessä ja perehdytään työpisteen tehtäviin. Kun perehdytys etenee ja työntekijä voi toimia työpisteessä itsenäisesti, hänelle yleensä nimetään taustahenkilö, joka auttaa tarvittaessa. Yksikössämme kehoitetaan aina kysymään ja pohtimaan asioita yhdessä, jos jokin asia askarruttaa tai on epäselvä. Perehdytystä seurataan perehdytyskeskusteluiden avulla ja perehdytys dokumentoidaan perehdytyskortteihin. Yleisperehdytys dokumentoidaan ja arkistoidaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Jos todetaan, että perehdytys ei ole edennyt suunnitellusti, sitä täydennetään tarvittavin osin. Perehdytyskortit ja materiaalit päivitetään tarvittaessa.

Lääkärin perehdytyksestä vastaa ylilääkäri ja siihen osallistuvat myös osastonylilääkäri, erikoislääkärit, sairaalasolubiologi ja soveltuvien osin myös muu laboratorion henkilökunta. Perehdytyksen laajuus riippuu perehdytettävän henkilön kokemuksesta ja koulutuksesta. Erikoistuvan lääkärin perehdytyksessä tutustutaan yleiseen laboratorion toimintaan, tietojärjestelmiin, lääkärin työskentelyyn hänelle kuuluvissa työpisteissä ja perehdytään vähitellen näytediagnostiikkaan ja vastausten laadintaan erikoislääkärin ohjauksessa. Ns. yleisperehdytys kestää kuusi kuukautta (ei aikaisempaa patologian kokemusta, samalla erikoislääkärikoulutuksen koejakso). Mikäli erikoistuvalla lääkärillä on jo aikaisempaa kokemusta patologiassa työskentelystä, suunnitellaan ohjaus tilanteen mukaan. Jokaisella erikoistuvalla on oma nimetty lähikouluttajaksi erikoislääkäri, joka seuraa erikoistuvan työskentelyä ja koulutuksen etenemistä. Eteneminen ja suoritteet sekä myönnetty luvat kirjataan valtakunnalliseen ELSA-järjestelmään.

Uuden erikoislääkärin perehdytys keskittyy laboratorion yleisten toimintatapojen läpikäyntiin ja muuhun tapauskohtaiseen perehdytykseen työskentelyn lomassa, siltä osin kuin opastusta eri asioissa tarvitaan.

Sairaalasolubiologille ei ole toistaiseksi omaa perehdytysuunnitelmaa, koska yksikössä työskentelee ainoastaan yksi (1) sairaalasolubiologi.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Patologialle palkataan vain terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneita henkilöitä. Yksikössämme vaaditaan patologian alan mukaista tutkimusprosessien perusosaamista, tietoteknistä perusosaamista sekä erilaisten laitteiden ja ohjelmien käyttöosaamista. Lisäksi tarvitaan yleisiä sairaalamaailman osaamista, kuten hygienia-, tietoturva- ja tietosuojaosaaamista.

Kuvantamiskeskuksen johto on täyttänyt Osaamisen kehittämisen suunnitelma –asiakirjaan arvion tulevaisuuden työn muutoksista ja niiden syistä sekä henkilöstön osaamistarpeista. Patologialle laaditaan tämän asiakirjan ja yksikön osaamistarpeiden pohjalta yksikön oma koulutussuunnitelma.

Työntekijän esihenkilö arvioi omassa työssään päivittäin sekä työvuorosuunnittelussa henkilöstön osaamista kokonaisuutena suhteessa yksikön toiminnassa tarvittavaan osaamiseen. Yksikön henkilökunta osallistuu vuosittain patologian alan koulutuksiin. Koulutuksiin osallistuneet välittävän koulutuspalautteen koko yksikölle osastokokousten yhteydessä. Vuosittaisissa kehityskeskusteluissa tehdään jokaisen työntekijän kanssa kehityssuunnitelma seuraavalle vuodelle ja kehityskeskusteluissa nousee esille kouluttamistarpeita. Organisaatiomme järjestää yleisiä koulutuksia mm. elvytys-, alkusammutus-, tietoturva-, tietosuoja- ja potilasturvallisuuskoulutuksia verkko-opintoina sekä sisäisenä koulutuksena. Organisaation pakollisiin koulutuksiin on määritelty suorittamisaikataulu, jota noudatetaan. Käydyt koulutukset kirjataan Onni-HR-järjestelmään, josta saadaan myös koulutusraportit.

7.5 Johtamisosaaminen

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

Kuvantamiskeskukseen palkataan esihenkilöiksi tarvittavan ammatillisen pätevyyden omaavia esihenkilöitä, joiden soveltuvuutta yksikköön mitataan työhaastattelussa. Lähiesihenkilöiden tulee olla oman yksikkönsä osaamisalueen asiantuntijoita. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtävänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Organisaatio järjestää johtamisvalmennusta säännöllisesti ja lisäksi on

mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään kehityskeskustelut samoin kuin kaikille muillekin työntekijöille.

Patologian yksikköön palkataan esihenkilöksi tarvittavan ammatillisen pätevyyden omaavia esihenkilöitä, joiden soveltuvuutta yksikköön mitataan työhaastattelussa. Lähiesihenkilöiden tulee olla oman yksikkönsä osaamisalueen asiantuntijoita. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtävänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Organisaatio järjestää johtamisvalmennusta säännöllisesti ja lisäksi on mahdollisuus tarpeiden perusteella täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Myös esihenkilöille pidetään kehityskeskustelut vuosittain.

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.

Kuvantamiskeskuksessa käytetään henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tukevia organisaation työkykyjohtamisen työvälineitä HAVAHU:a (varhaisen välittämisen toimintaperiaate) ja sairauspoissaolojen hallintamallia. Käytössämme on myös SISU-työn toimintamalli, jolla tuemme työntekijän työhön paluuta lyhyen sairaspöissaolon jälkeen tai tarjoamme mahdollisuuden tehtäviltään kevennettyyn työhön sairausloman sijasta ja näin vähennetään sairauspoissaoloja. Työnantaja tukee työkykyä TYHY-toiminnassa.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäin toimimalla yhdessä sekä vuosittain organisaation valitsemalla MSK-kyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Tarvittaessa hyödynnämme organisaatiossa käytössä olevia työkaluja kriisitilanteissa (tapahtuman purkuistuntomalli). Henkilöstön sairauspoissaoloja seurataan säännöllisesti kuvantamiskeskuksen johtotiimin kokouksissa. Palvelupäällikkö käy säännöllisesti esihenkilöiden kanssa läpi työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin liittyviä asioita ja osallistuu tarvittaessa työkykyneuvotteluihin.

Patologian yksikössä koko henkilökunta työskentelee arkipäivätyössä. Käytössä on henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tukevat organisaation työkykyjohtamisen työvälineet HAVAHU (varhaisen välittämisen toimintaperiaate) ja sairauspoissaolojen hallintamalli. Näiden työvälineiden avulla voidaan arvioida monipuolisesti työssä suoriutumista sekä tunnistaa varhain työkykyä vaarantavat tekijät ja ennaltaehkäistä sairaspöissaoloja. Käytössä on myös SISU-työn toimintamalli, jolla tuetaan työntekijän työhön paluuta lyhyen sairaspöissaolon jälkeen tai tarjotaan mahdollisuus tehtäviltään kevennettyyn työhön sairausloman sijasta ja

näin vähennetään sairauspoissaoloja. Työnantaja tukee työyksiköitä TYHY-toiminnassa ja meillä on 1-2 kertaa vuodessa järjestetty yhteinen toimintailta. Olemme laatimassa yksikköön yhteisiä pelisääntöjä ja tarvittaessa henkilökunnalla on mahdollista saada työnohjausta.

Työn fyysisiä riskejä, kuten pisto- ja viiltotapaturmia ja kemikaalialtistusta, arvioidaan Laatuportin riskien arvioinnin yhteydessä ja oppimalla turvallisuushavainnoista. Niihin varaudutaan perehdyttämällä työntekijät riskien mahdollisuuteen ja käyttämällä tarvittavia suojautumiskeinoja.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäin toimimalla yhdessä sekä vuosittain organisaation valitsemalla MSK-kyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Hyvinvoinnista kertovat myös sairauspoissaololuvut, joita seurataan säännöllisesti yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Tarvittaessa hyödynnämme organisaatiossa käytössä olevia työkaluja kriisitilanteissa (tapahtuman purkuistuntomalli).

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.

Vainajien omaisia kohdattaessa, voi joskus esiintyä haastavia asiakastilanteita. Tilanteiden haastavuus voi liittyä työn aiheuttamaan henkiseen kuormaan tai omaisten käytökseen. Yksikössä pyritään mahdollistamaan parityöskentely ennakolta haastaviksi arvioiduissa tilanteissa. Tarvittaessa on myös mahdollista kutsua vahtimestari avuksi. Tarvittaessa hyödynnämme organisaatiossa käytössä olevia työkaluja kriisitilanteissa (tapahtuman purkuistuntomalli).

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.

Hyvistä ja toimivista käytänteistä voidaan keskustella yksikössä työn lomassa, viikoittaisissa osastokokouksissa sekä päivittäisissä aamupalavereissa. Nopean viestinnän tukena meillä on yksikön oma Teams-kanava sekä sähköposti. Henkilöstöllä on käytettävissä Laatuportin hyvien käytänteiden ilmoituskanava. Organisaation palkitsemismuotona on henkilökohtainen kertapalkitseminen onnistuneesta ja hyvästä työsuorituksesta. Myös työyksikköä voidaan palkita yhteisesti hyvin toteutuneista asioista esim. hyvät palautteet opiskelijaohjauksesta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laboratorion työpistekohtaiset perehdytysuunnitelmat osittain päivittämättä	Päivitetään suunnitelmat ajan tasalle	Siun soten perehdytysohjeet. Yksikön perehdytysohjeet.
Sairaalasolubiologin perehdytysuunnitelma puuttuu	Tehdään perehdytysuunnitelma	

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.

Patologia yksikkö on tutkimusyksikkö, jonka toiminnanohjausjärjestelmänä on QPati-ohjelma. Lähettävät yksiköt tekevät tutkimusten lähetteet nearIS-ohjelmaan, josta ne siirtyvät QPatiin. QPatissa käsitellään patologialle tehtyjä läheteiden ja patologian näyteprosessien tietoja sekä tutkimusten vastauksia eikä patologian järjestelmästä näe muita potilastietoja. Tutkimuksen vaiheet, yksityiskohtaiset tiedot ja vastaukset kirjataan tietojärjestelmään ajantasaisesti työvaiheiden mukaisesti.

Tutkimuksissa tuotettu kirjallinen tieto tallennetaan Meitan palvelimelle ja kuvamateriaalia tallennetaan myös kuva-arkistoon (Neagenin PACS), josta kuvia voidaan katsella neaLink-katselimen kautta. Mikäli tutkimukseen liittyy paperidokumentaatiota, esim. konsultaatiolähetteet ja -vastaukset, ne skannataan QPatiin ja toimitetaan postitse lähettävään yksikköön. QPatista tulostetut lähetelomakkeet arkistoidaan määräajaksi, joka jälkeen ne hävitetään tietosuojajätteenä. QPatin ja nearIS:n sekä nearIS-järjestelmän ja Mediatrin välillä on tiedonsiirtoyhteys. Obduktiossa vainajien säilytysten kirjaamiseen käytetään Attune-ohjelmaa, joka on integroitu QPatiin.

Potilastietojärjestelmään (Mediatri) ei tehdä patologialla kirjauksia, mutta tarvittaessa Mediatrista luetaan tutkimuksissa tarvittavia potilastietoja.

Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan. Jokaisella työntekijällä on henkilökohtaiset QPati-tunnukset. Opiskelijoilla ei ole QPati-tunnuksia, koska opiskelijat eivät itsenäisesti kirjaa mitään tietoja, vaan kirjaaminen tapahtuu aina yhdessä ohjaajan kanssa. Potilaan tietoja käsittelevät vain tutkimusta tekevät ja tutkimukseen osallistuvat työntekijät. Kaikkitehdyt kirjaukset ovat jäljitettävissä ja QPatiin jää lokitieto tietoja katselleesta tai kirjauksia tehneestä henkilöstä.

Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Hoitohenkilöstö perehdytetään asiakas- ja tietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla osastonhoitajan yleisperehdytyksessä ja tarkemmin työpistekohtaisesti työpisteen vaatimalla tavalla. Muiden ammattiryhmien kohdalla oma ammattiryhmä perehdyttää uuden työntekijän järjestelmien käyttöön.

Kirjaamisohjeet on kuvattu työpisteohjeissa. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen ja havaintojen perusteella. Palautetta voivat antaa tutkimusprosessissa mukana olevat tahot, potilasta hoitava taho ja potilaat.

Asiakkaalla/potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä ja oikeus saada tieto hänestä itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista, jollei laissa toisin säädetä. Tarkastuspyynnön voi tehdä sähköisen asiointipalvelun kautta tai Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö-lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

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.

Organisaation tietosuoja ja tietoturva käsikirja perehdytetään jokaiselle kuvantamiskeskukseen työntekijöille oman esihenkilön antamassa yleisperehdytyksessä. Tietoturva- ja tietosuoja asioita organisaatiossa seuraa tietoturva-asiantuntijat ja heidän esille tuomiaan asioita käsitellään yksiköiden kokouksissa. 5 vuoden välein työntekijät käyvät myös tietoturva ja -uoja verkko-opinnot osaamisen varmistamiseksi ja esihenkilö seuraa näiden toteutumista. Jokainen työntekijä ja opiskelija on sitoutunut noudattamaan organisaation salassapito ja-käyttäjäsitoumusta allekirjoittamalla sitoumusdokumentin.

Organisaatiossa on tietosuojan valvontasuunnitelma, jonka mukaisesti toiminnan asianmukaisuutta valvotaan. Valvonnassa esille tulleisiin epäkohtiin puututaan valvontasuunnitelman mukaisesti. Jokaisella ammattiryhmällä on ilmoitusvelvollisuus huomaamistaan epäkohdista. Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle sekä tekemään tietoturvaloukkausilmoituksen organisaation ohjeiden mukaisesti. Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista on ilmoitettava myös tietojärjestelmän valmistajalle.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot: tietosuoja@siunsote.fi

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
Oikean tiedon kirjaaminen oikeaan paikkaan ja oikea-aikaisesti, jotta tutkimusprosessin tieto säilyy eheänä.	Sovitut kirjaamisperiaatteet	Yksikön työohjeet.

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.

Patologian laboratorion tilat sijaitsevat Tikkamäellä keskussairaalan päätalossa. Obduktio-yksikkö ja kappeli ovat päätalon G-siivessä K-kerroksessa. Kaikki tilat ovat lukittuja. Omaiset pääsevät kappeliin henkilökunnan saattamana. Kappelin sisäänkäynnille on opasteet ja sinne on esteetön pääsy. Asiakasparkkipaikkoja löytyy sekä obduktion edestä että G2-siiven parkkipaikalta. Patologian laboratorio ei ole avoinna asiakkaille ja henkilökunnan saapuminen laboratorioon on opastettu sairaalan K-kerroksen kautta. Toimitiloihin on laadittu yksikön paloturvallisuusohje, joka päivitetään kolmen vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa.

Patologian laboratorion tilat on suunniteltu laboratoriokäyttöön ja obduktion tilat ruumiinavauskäyttöön ja vainajasäilytykseen. Tilojen kunnosta ja toimivuudesta huolehditaan asianmukaisesti. Tilojen poistumisreitit on merkattu. Tiloissa on henkilökunnalle tarvittavat sosiaalitalat.

Mikäli tilojen kunnossa havaitaan puutteita, tehdään puutteista välittömästi korjaustyöpyyntö kiinteistön vikailmoitusohjelmaan.

Patologian kaikki tilat ovat lukittuja. Laboratorion ja obduktio-yksikön tiloja valvotaan kulunvalvonnan avulla. Lisäksi osaa tiloista valvotaan kameravalvonnan avulla. Turvallisuusyksikkö vastaa valvonnasta. Siun sotessa on

laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä **Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi)** (linkki). Kaikissa patologian tiloissa on automaattinen palohälytysjärjestelmä.

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
Vainajansäilytystilän riittävyys	Tilasuunnittelu ja lisätilojen rakentaminen	Investointisuunnitelmassa huomioiminen

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Yksikössämme ei ole potilaille/asiakkaille tarjottavia etä- tai digipalveluja.

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 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Patologialla käytössä olevia lääkinnällisiä laitteita käytetään in vitro -diagnostiikkaan. Yksikön laitteet ovat lääkintälaittehuollon laiterekisterissä ja patologialla on myös oma laitelistaus.

Laitteille on määritelty tietyt huoltovälit ja huoltojen toteutumista valvotaan. Lääkintälaittehuolto vastaa laitteiden määräaikaishuolloista tai huoltojen sopimisesta laitetoimittajien kanssa. Laitteiden käyttäjät vastaavat laitetoimittajien suosittelusta käyttäjähuolloista ja laitteiden toimintakunnon varmistamisesta. Kaikki poikkeustilanteet kirjataan ylös laitekohtaiseen kirjanpitoon. Yksikön osastonhoitaja ja sairaalasolubiologi toimivat laitteiden käyttäjien tukena ja valvovat ohjeiden noudattamista. Laitteongelmatilanteissa työpisteessä työskentelevän hoitaja aina vastuullinen keskustelemaan sairaalasolubiologin/osastonhoitajan kanssa tilanteesta. Tarvittaessa otetaan yhteyttä lääkintälaittehuoltoon ja/tai laitetoimittajaan.

Laitteiden käyttö perehdytetään työntekijöille työpisteperehdytyksen yhteydessä. Uusia laitteita hankittaessa laitteen toimittaja perehdyttää työntekijät laitteen käyttöön. Laitteiden käyttöohjeet löytyvät työpisteistä. Jos ohjeet ovat englanniksi, niin laitteen käytöstä on tehty lyhyt suomenkielinen työohje. Opiskelijat käyttävät laitteita vain ohjaajan valvonnassa. Yksikön työntekijät suorittavat laiteturvallisuuden verkkokurssin viiden vuoden välein organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

Laitteita hankittaessa hankinnan kriteerit määritellään niin, että laite on potilas- ja työturvallinen. Kaikkein hankittujen laboratoriolaitteiden tulee täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2017/746 in vitro -diagnostiikkaan tarkoitetuista lääkinnällisistä laitteista. Ennen käyttöönottoa laitteen asianmukainen toiminta tarkastetaan ja dokumentoidaan.

Patologiassa kriittiset laitteet ovat sellaisia, joiden toimintahäiriö aiheuttaa kohtuutonta viivästystä potilaan kannalta kriittisiin tutkimuksiin. Kriittisiä laitteita ovat mm. kuduskuljettimet sekä perusvärjäysautomaatti ja immunohistokemian värjäysautomaatit. Tällä hetkellä lähes kaikille laitteille on varalaitte. Osa käytössä olevista laitteista on kytketty varavoimaan tai UBS:n laitetoimittajan suosittelulla tavalla.

Laitteiden toimintahäiriöissä laitteen käyttö lopetetaan ja häiriön syy selvitetään ennen laitteen uudelleenkäyttöä. Laitteiden toimintahäiriöistä kerätään tiedot laitekohtaisiin tiedostoihin, joiden avulla seurataan ongelmien esiintymistä, laajuutta ja toistumistiheyttä. Vaara- ja poikkeamailmoitukset tehdään Laatuporttiin. Näytteiden prosessissa tapahtuvat poikkeamat kirjataan näytekohtaisesti myös patologian tietojärjestelmään. Laatuportissa ilmoituksen käsittelijä voi tehdä ilmoituksen myös suoraan Fimealle. Vaaratilanneilmoitukset ilmoitetaan laitetoimittajalle puhelimitse tai lähetetään tarvittaessa sähköpostitse. Vaara- ja poikkeamatilanteiden toimintamallit on kuvattu työpistekohtaisissa ohjeissa ja apuna toimivat myös yksikön sairaalasolubiologi ja lääkitälaittehuolto.

Vaaratilanneilmoitukset käsitellään osastokokouksissa ja pohditaan yhdessä kuinka kehittää toimintaa esim. päivittämällä työohjeita/toimintatapaa, perehdyttämällä henkilökuntaa, kysymällä toimintaohjeita laitetoimittajalta. Vaaratilanneilmoituksista ja niiden käsittelystä saadaan raportit laatuporttiohjelmistosta sekä patologian tietojärjestelmästä.

Asiakkaat tai potilaat eivät käytä patologian yksikön lääkintälaitteita.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Laitekanta on osittain vanhaa	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laite-elinkaaret ja realistiset hinta-arviot
Tarvikkeiden ja reagenssien saatavuus	Kilpailutus ja hankintasopimukset	Hankintaohje

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.

Patologian yksikössä ei toteuteta lääkehoitoa.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Ei

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Patologian yksikössä ei toteuteta lääkehoitoa.

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Patologian laboratorio ei ole avoinna potilaille/asiakkaille. Obduktion kappelissa on helposti saatavissa käsien desinfiointiaainetta annostelijoissa sekä asiakkaille että henkilökunnalle. Ohjeet käyttöön löytyvät annostelijoiden läheisyydestä. Tarjolla on myös kasvomaskeja, joita omaiset voivat käyttää.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Patologian laboratorion ja obduktion siisteydestä huolehtii Polkka Oy yhdessä laaditun siivoussuunnitelman mukaisesti. Polkka Oy:n laitoshuoltajat huolehtivat myös patologian välinehuollosta. Välinehuollon ohjeistus on laadittu yhdessä infektiotorjuntayksikön kanssa. Laboratorion henkilökunta huolehtii työpisteissä syntyvän tietoturvajätteen toimittamisesta sille varattuun tietoturvalle jätteen keräilyalustaan. Muutoin työpisteissä syntyvän jätteen käsittelystä huolehtii laitoshuoltaja. Yksikön huuhteluhuoneesta löytyy kierrätysastioita ja kierrätystä toteutetaan yksikössä organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

Tartuntavaarallinen jäte kerätään erikseen ja jätteen käsittelyssä noudatetaan organisaation ohjeistusta. Myös kemikaalijäte kerätään erikseen ja hävitetään lainsäädännön mukaisesti.

Siivoukseen liittyvistä laatueroista tehdään ilmoitus Laatuporttiin sekä Polkka Oy:n patologian yksiköstä vastaavalle henkilölle.

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

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

<p>Jokaiseen patologian työpisteeseen on laadittu omat työohjeet. Ohjeiden säilytyspaikka on yksikön oma verkkokansio, jonne pääsy rajataan käyttöoikeuksin. Ohjeisiin on merkitty ohjeen laatija ja hyväksyjä sekä hyväksymispäivämäärä. Ohjeita päivitetään tarvittaessa ja ne tarkastetaan vähintään vuosittain.</p> <p>Työpistevastuuhoitaja vastaa siitä, että työpisteessä on saatavilla työpisteen ajan tasaiset ohjeet (sähköinen ja paperinen versio). Ohjeiden laatijana voi toimia myös sairaalalubiologi tai osastonhoitaja. Osastonhoitaja tai ylilääkäri hyväksyvät työohjeet. Yksikön potilasohjeet ja ohjeet lähetettävälle yksiköille on tallennettuna myös tiedostopankkiin, jossa ohjeen hyväksyjänä on aina ylilääkäri. Tiedostopankin ohjeille on tiedostopankissa määritelty vastuuhenkilö, jolle ohjelma lähettää tiedon vanhenevista ohjeista. Ohjeet ovat laadittu Siun soten saavutettavuusvaatimukset täyttävälle työohjelijalle.</p> <p>Yleisperehdytyksessä tutustutaan tiedostopankin ja yksikön verkkokansioiden käyttöön. Työpisteperehdytyksessä opetellaan käyttämään työpisteeseen liittyviä ohjeita.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Verkkokansio ei täytä arkistointivelvoitteita	Tiedostopankin hyödyntäminen	Kaikki arkistointia velvoittavat ohjeet siirretään tiedostopankkiin.
Työpisteen ohjeen paperiversion päivittäminen sähköisen version päivittyessä	Työpistevastuuhoitaja	Työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvaus laaditaan

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.

Patologian yksikkö toimii yhteistyössä organisaation sisäisten toimijoiden (mm. turvallisuusyksikkö, apteekki, tietosuojavastaava, pelastuslaitos) sekä ulkopuolisten toimijoiden (esim. tietojärjestelmä- tai laitetoimittajat) kanssa asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Yhteistyötahojen kautta voimme saada omaan yksikköömme asiantuntijan apua mm. koulutuksiin, ennakointiin tai ongelmatilanteisiin liittyen.

Yksikössä noudatetaan organisaatioon laadittuja asiakas- ja potilasturvallisuusohjeistuksia. Ohjeistukset on löydettävissä työntekijöiden käytössä olevasta sisäisestä viestintäkanavasta (Intra). Jokainen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Patologian yksikössä on laadittu varautumissuunnitelma tietojärjestelmä- ja sähkökatkojen, henkilökunnan poissaolojen sekä reagenssien ja tarvikkeiden saatavuuden ongelmien varalle. Yksikön henkilökunta ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuussuunnitelmaan yleisperehdytyksessä esihenkilön tai yksikön turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikkömme on osallistunut organisaation sähkökatkohanjoituksiin säännöllisesti. Yksikön henkilökunta osallistuu säännöllisesti organisaation järjestämään paloturvallisuutta taidolla opintokokonaisuuteen sekä ensiapukoulutukseen.

Obduktio-yksikkö vastaa suuronnettomuustilanteessa vainajien säilytyksestä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Riskit hallitaan tunnistamalla riskit ja ennaltaehkäisemällä vaaratilanteet. Henkilökuntaa kannustetaan tekemään tapahtuneista ja läheltä piti vaaratilanteista vaaratilanneilmoitukset Laatuportin kautta, jotta tilanteista voidaan oppia ja toimintaa voidaan kehittää.

Työskentelyssä käytettävistä kemikaaleista pidetään yllä kemikaaliluettelo, josta löytyy kemikaalien tuoteselosteet ja käyttöohjeet sekä käyttöturvallisuustiedotteet. Kemikaalien säilyttäminen yksikössä tapahtuu kemikaalien vaatimalla tavalla. Syöpävaarallisten kemikaalien käyttöä seurataan ja raportoidaan Työterveyslaitoksen ohjeiden mukaisesti (ASA-ilmoitus). Mahdollisten sisäilmaongelmien havaitsemiseksi on noudatetaan organisaation ohjeistusta.

Yksikössä on ohjeet mikrobeilta ja muilta taudinaheuttajilta suojautumiseen ja tarvittavat suojarusteet. Ohjeet on laadittu yhdessä infektioyksikön edustajan kanssa.

Riskien arvoitus tapahtuu vuosittain Laatuportin riskienhallintatyökalun avulla. Yksikössä on osallistuttu organisaation määrittämille turvallisuuskierroille. Uusille työntekijöille perehdytetään myös tiloihin liittyvät asiat esihenkilön antamassa yleisperehdytyksessä sekä työpistekohtaiset tila-asiat työpistekohtaisessa perehdytyksessä.

Tilojen suunnittelussa on huomioitu niiden soveltuvuus henkilöstön työskentelyyn ja laitteiden käyttöön mm. kemikaalisuojelu, vetokaapit, ilmanvaihto. Jos tiloissa huomataan esim. ilmanvaihdon häiriö, tilanteesta ilmoitetaan välittömästi tarvittaville tahoille ja pyydetään apua tilanteen normalisoimiseksi. Tarvittavia tahoja voivat olla esimerkiksi kiinteistöhuolto, laitetoimittaja, lääkintälaittehuolto, turvallisuusyksikkö.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Patologian laboratoriossa näytteet tunnistetaan lähettävien yksiköiden näytepurkkeihin kiinnittämien tietojen perusteella. Näytteiden merkitsemisestä on tehty ohje, joka on saatavilla Siun soten intrassa. Epäselvissä tapauksissa näyte lähetetään takaisin lähettävään yksikköön tunnistettavaksi ja merkattavaksi. Tutkimusta ei koskaan tehdä, jos näytettä ei voida tunnistaa.

Obduktio-yksikössä vainajat tunnistetaan potilasrannekkeiden perusteella. Jos vainajalla ei ole ranneketta valmiiksi, on vainajaa tuovan tahon vastuulla huolehtia, että vainajalle kiinnitetään oikeat henkilötiedot sisältävä ranneke.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Patologian laboratorioon saapuu nimettömiä tai puutteellisesti merkattuja näytteitä	Lähtävän yksikön tulee merkitä näytepurkit asianmukaisesti näytteenoton yhteydessä	Siunsote TSHP TYOOHJE Potilaan tunnistaminen ja tunnistevalineiden kaytto.docx (sharepoint.com) Siunsote PAT OHJE naytteiden pakkaaminen ja kuljettaminen.docx (sharepoint.com)

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin. Potilasta hoitava yksikkö vastaa hoitoon liittyvästä tiedonvälityksestä. Potilaan hoidon kannalta kriittiset tutkimusvastaukset välitetään patologialta suoraan hoitavalle lääkärille.

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

--	--	--

10.3 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.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.4 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.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.5 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.6 Painehaavojen ehkäisy

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.7 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.8 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 palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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.

10.8.1 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.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.8.2 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.

Ei koske palveluyksikköemme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.8.3 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.

Ei koske palveluyksikköemme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.8.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään vahvistamalla rahapelaamiseen vaikuttavia suojaajia tai vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Suojaajat 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 palveluyksikköemme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.8.5 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.

Ei koske palveluyksikköemme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.9 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 palveluyksikköemme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

10.10 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

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

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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 kehittämisajankalenteri
Etenkin läheltä piti -ilmoituksia jää tekemättä	Yksikön sisäinen tiedottaminen ja koulutus ilmoitusten tärkeydestä ja velvollisuudesta	Organisaatio ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta
Kehittämistoimenpiteiden toteutuminen jää välillä kirjaamatta	Säännölliset tarkistukset sille, että kaikki on tullut kirjattua	Organisaatio ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta
Henkilöstöressurssin (lääkäri ja laboratoriohoitaja) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimmiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen.	Siun soten työkyvyn tuen toimintamallit.
Toimivan ja tarvittavan laitekannan varmistaminen kiristyvässä taloustilanteessa	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laitteiden elinkaari ja realistiset hinta- arviot	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden

Henkilöstöresurssin (lääkäri ja laboratoriohoitaja) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimmiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen.	Siun soten työkyvyn tuen toimintamallit.
Laboratorion työpistekohtaiset perehdytysuunnitelmat osittain päivittämättä	Päivitetään suunnitelmat ajan tasalle	Siun soten perehdytysohjeet. Yksikön perehdytysohjeet.
Sairaalasolubiologin perehdytysuunnitelma puuttuu	Tehdään perehdytysuunnitelma	
Oikean tiedon kirjaaminen oikeaan paikkaan ja oikea-aikaisesti, jotta tutkimusprosessin tieto säilyy eheänä.	Sovitut kirjaamisperiaatteet	Yksikön työohjeet.
Vainajansäilytystilaa riittävyys	Tilasuunnittelu ja lisätilojen rakentaminen	Investointisuunnitelmassa huomioiminen
Laitekanta on osittain vanhaa	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laite-elinkaaret ja realistiset hinta-arviot
Tarvikkeiden ja reagenssien saatavuus	Kilpailutus ja hankintasopimukset	Hankintaohje
Verkkokansio ei täytä arkistointivelvoitteita	Tiedostopankin hyödyntäminen	Kaikki arkistointia velvoittavat ohjeet siirretään tiedostopankkiin.
Työpisteen ohjeen paperiversion päivittäminen sähköisen version päivittyessä	Työpistevastuuhoitaja	Työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvaus laaditaan
Patologian laboratorioon saapuu nimettömiä tai puutteellisesti merkattuja näytteitä	Lähtävän yksikön tulee merkitä näytepurkit asianmukaisesti näytteenoton yhteydessä	Siunsote TSHP TYOOHJE Potilaan tunnistaminen ja tunnistevalineiden kaytto.docx (sharepoint.com)

		Siunsote PAT OHJE naytteiden pakkaaminen ja kuljettaminen.docx (sharepoint.com)
--	--	---

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

<p>Patologian yksikön omavalvontasuunnitelma päivitetään organisaation ohjeiden mukaisesti kerran vuodessa. Päivittämisestä ja suunnitelman toteumisesta vastaavat ylilääkäri ja osastonhoitaja</p> <p>Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, muistutus, kantelu ja potilasvahinko raporteista saatavaa tietoa sekä asiakas-/potilaspalautteita.</p>

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	26.3.2024

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatus internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

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

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db9e1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

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