

Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Röntgen

Laatija(t)	Perttu Puhakka, yllääkäri Hanna Toivanen, osastonhoitaja Irja Kätkönen, apulaisosastonhoitaja Sami Stefanius, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Satu Rantala, Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja
Hyväksyjä	Satu Rantala, Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja
Pvm.	26.03.2024

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut	6
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	7
3.1	Toiminta-ajatus	7
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	8
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	9
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t).....	9
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	9
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	10
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	10
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	10
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	11
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	18
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	18
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	18
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	19
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	19
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	21

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	21
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö	22
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	22
7.2	Rekrytointi	23
7.3	Perehdytys	23
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	24
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	26
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	26
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	27
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	28
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	29
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	30
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	30
9.2	Etä- ja digipalvelut	32
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	33
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	34
9.5	Infektioiden torjunta	35
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	35
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	36
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	37
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	38
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	38
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	38
9.7.3	Terveydensuojelu	40
10	Palvelun sisällön omavalvonta	40
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	40
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	41

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	42
10.4	Kivunhoito	43
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	44
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	45
10.7	Painehaavojen ehkäisy	45
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	46
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	46
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	47
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	47
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	47
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	47
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	48
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	48
10.11	Itsemurhien ehkäisy	48
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	49
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	49
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	49
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	50
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	50
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	51
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	52

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	Röntgen, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Potilastutkimusyksikkö, joka palvelee koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen yksiköitä sekä heidän asiakkaitansa/potilaitansa. Tuotamme ajanvaraukseen perustuen potilastutkimuksia virka-aikana seitsemässä yksikössä eripuolilla maakuntaa sekä 24/7 Tikkamäellä. Vuodessa röntgenissä käy tutkimuksissa n. 45 000 asiakasta ja tutkimuksia heille tehdään n. 105 000.

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri Perttu Puhakka, perttu.puhakka@siunsote.fi , 013 330 3721 Osastonhoitaja Hanna Toivanen, hanna.l.toivanen@siunsote.fi , 013 330 3434
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 terveyst- 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>Röntgen kuuluu kuvantamiskeskukseen. Röntgenin toimintaa johtaa ylilääkäri. Osastonhoitajalla on hoitotieteellinen hallinnollinen vastuu ja hän toimii hoitohenkilökunnan esihenkilönä. Röntgenissä on kaksi apulaisosastonhoitajaa, jotka työskentelevät läheisessä yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Säteilyn käytön turvallisuudesta vastaa STV (säteilyturvallisuusvastaava), joka röntgenissä on osastonyliffysikko.</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. Listaust palveluyksikön ostopalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Radiologian erikoisalalla ostopalveluna lausuntopalveluja	Useita eri palveluntuottajia

Radiologian erikoisalalla 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).

Röntgenin ostopalvelusopimusten hankinnasta vastaa kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö yhteistyössä röntgenin ylilääkärin kanssa. Lääketieteellinen vastuu ostopalveluista on ylilääkärillä. Ostopalvelun laatu ja asiakas-/potilasturvallisuus varmistetaan laatimalla ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty ostopalveluiden laatu- ja asiakas-/potilasturvallisuusehdot (mm. lausuvan lääkärin pätevyys, palvelukieli, tietosuoja- ja tietoturva-asiat, tuotetun palvelun vaatimukset esim. sanelupohja). Ehtojen täyttymistä seurataan mm. reagoimalla potilailta, tutkimuksiin lähettäviltä yksiköiltä ja omalta henkilökunnalta saatuun palautteeseen. Palautekanavana toimii mm. vaara- ja poikkeustilanneilmoitukset sekä lisälausuntopyynnöt.

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.

Röntgen tuottaa terveydenhuoltolain 7a pykälän mukaisia terveydenhuollon palveluja. Palvelut tuotetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen asiakkaille/potilaille. Toimimme moniammatillisessa yhteistyössä tutkimuksiin lähettävien asiakasta/potilasta hoitavien yksiköiden kanssa. Tavoitteenamme on tuottaa potilastutkimusprosessin mukainen laadukas tutkimus, joka antaa asiakasta/potilasta hoitavalle taholle mahdollisimman suuren päätöksenteontuen potilaan hoidossa. Pyrimme toimimaan aina asiakkaan/potilaan parhaaksi ja kehittämään avarakatseisesti niin toimintakulttuuriamme, ammattitaitoamme kuin palveluitammekin palvelujen kysynnän aiheuttamien tarpeiden mukaisesti.

Röntgenissä on maakunnallisesti yhtenäiset tutkimusprotokollat ja laitekanta. Tavoitteenamme on tarjota tasalaatuiset palvelut koko maakunnan alueella.

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 terveysterveystarpeet. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveysterveystarpeiden 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.

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

Asiakaslähtöisyys: tutkimukset suoritetaan oikea-aikaisesti yhteistyössä asiakkaiden/potilaiden kanssa huomioiden heidän yksilölliset tarpeensa.

Avarakatseisuus: olemme valmiita muutoksiin ja suhtaudumme niihin ennakkoluulottomasti.

Turvallisuus: huolehdimme radiologisten tutkimusten tietosuojasta, huolehdimme henkilöstömme osaamisesta säteily- ja potilasturvallisuus huomioiden. Opastamme asianmukaisen lähetteen laadinnassa sekä annamme ohjausta ja opastusta mitä kannattaa tutkia ja missä vaiheessa.

Yhdenvertaisuus: röntgenin toimipisteet on sijoitettu tasapuolisesti eripuolille hyvinvointialuetta, kuvantamislaitteet mahdollistavat kaikkien asiakas-/potilasryhmien tutkimisen (esim. lapset ja aikuiset), tutkimus-/työohjeet ovat koko henkilöstön saatavilla, asiakkaat/potilaat saavat palvelua ja ohjausta henkilökohtaisesti, tarjoamme palveluita tasapuolisesti kaikille niitä tarvitseville sidosryhmille.

Vastuullisuus: teemme työmme ammattitaitoisesti ja huolehdimme ammatillisesta kehittymisestämme. Toimimme taloudellisesti niin, että käytettävissä olevilla taloudellisilla resursseilla saadaan tuotettua mahdollisimman iso terveyshyöty alueemme asukkaille. Kehitämme prosessejamme kestäväen kehityksen arvojen mukaisesti.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Röntgenin omavalvontasuunnitelmasta vastaa osastonhoitaja, apulaisosastonhoitajat 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.

Röntgenin omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään Siun soten terveydenhuollon omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja, apulaisosastonhoitajat ja ylilääkäri laativat yksikön omavalvontasuunnitelman luonnoksen. Tämän jälkeen yksikön koko henkilökunta lukee

omavalvontasuunnitelman oman työnsä asiantuntijan roolissa ja osallistuu yhteiseen moniammatilliseen kokoukseen, jossa omavalvontasuunnitelmaa täydennetään ja korjataan yhteisymmärryksessä. Potilaat 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 - siunsote.fi](https://www.suinsote.fi) (linkki).

Valmiin omavalvontasuunnitelman tulostettu versio löytyy röntgenin julkiselta ilmoitustaululta ilmoittautumistoimiston viereiseltä seinältä.

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.

Röntgenin esihenkilöt vastaavat yksikkönsä prosessien ja turvallisuuden päivittäisen hallinnan ja turvaamisen toteuttamisesta, seuraamisesta, ilmoitusvelvollisuuden ilmi tuomisesta henkilöstölle sekä pitkäntähtäimen kehittämisestä. Röntgenin jokainen työntekijä on vastuussa oman toimintansa ja yksikön prosessien riskien

tunnistamisesta ja esille tuomisesta sekä turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta.

Röntgenin henkilökunnan vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä ja salassapitosäynnösten estämättä, mikäli he huomaavat tai saavat tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

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

Röntgenissä riskienarviointit laaditaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Tehdyt riskienarviointit ovat henkilökunnan luettavissa sähköisesti Laatuportti-järjestelmässä ja jokainen työntekijä veloitetaan perehtymään laadittuihin arviointeihin ja suunnitelmiin.

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.

Röntgenissä riskienarviointi/riskianalyysi tehdään Laatuportti-järjestelmän riskienarviointityökalun avulla ja sitä päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan tai tilojen muuttuessa. Tiloissamme on tehty säännöllisesti viiden vuoden välein sekä uusien tilojen käyttöönoton yhteydessä työterveyshuollon ja työsuojelun työpaikkakäynnit. Näillä käynneillä tiloja ja toimintaa tarkastellaan vaaratekijöiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Tehdyt riskienarviointit sekä turvallisuusraportit ovat nähtävillä Laatuportissa, jonka kautta työntekijät voivat tehdä ilmoituksen läheltä piti -tilanteista omassa tai toisessa yksikössä.

Henkilöstöön kohdistuva työperäisten riskien arviointi tapahtuu myös Laatuportissa. Arviointi on jaettu kuuteen osa-alueeseen, joita ovat hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät.

Henkilöstön kelpoisuus, pätevyys ja soveltuvuus haettavana olevaan tehtävään varmistetaan rekrytointivaiheessa. Henkilöstö perehdytetään tehtäväänsä organisaation käytännön mukaisesti. Röntgenissä luodaan jokaiselle työntekijälle henkilökohtainen perehdytysuunnitelma, jonka etenemistä seurataan ja arvioidaan perehdytyksen edetessä.

Henkilöstön osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen toteutetaan yksikön oman osaamisen kehittämisen suunnitelman ja täydennyskoulutus suunnitelman mukaisesti.

Asiakkaisiin/potilaisiin kohdistuvien riskien arviointi toteutetaan myös Laatuporttijärjestelmää käyttäen. Järjestelmään kirjataan läheltä piti- ja vaaratilanneilmoitukset. Röntgenissä tällaisia riskejä voivat olla esimerkiksi asiakkaan/potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ja siihen liittyvä tietosuojariski sekä mahdolliset säteilyturvallisuuspoikkeamat ja laiteongelmat.

Vuoden 2024 aikana röntgenissä laaditaan hoito- ja palveluketjujen kehittämiseen liittyen prosessikuvaukset, joita voidaan hyödyntää myös näihin liittyvien riskianalyysojen tekemisessä.

Kriittiset toiminnot ja työvaiheet pyritään tunnistamaan ennakoiden ja aina mahdollisimman varhaisessa vaiheessa mm. työpistekohtaisten ohjeiden avulla ja erilaisilla teknisillä ratkaisuilla (esim. asiakkaan/potilaan tunnistamiseen tarvittavat tiedot ovat näkyvillä kuvauslaitteilla). Henkilöllisyys varmistetaan vakiintuneen käytännön mukaisesti vähintään kahteen kertaan: asiakkaan/potilaan ilmoittautuessa tutkimukseen sekä saapuessa tutkimushuoneeseen. Kriittinen työvaihe on usein myös asiakkaan/potilaan asettautuminen ja asetteleminen oikeaan tutkimusasentoon, jolloin sekä asiakkaan/potilaan turvallisuus varmistetaan tilanteeseen nähden riittävällä henkilöstöresurssilla sekä erilaisilla apuvälineillä.

Röntgenin tuottaman palvelun luonteen vuoksi yksikössä asioi vuorokauden aikana suuri määrä asiakkaita/potilaita sekä henkilökuntaa, jotka liikkuvat yksikön eri tiloissa. Tämän vuoksi noudatamme röntgenissä tarkasti infektioden torjunnan yksikön ohjeistuksia ja pyrimme näin estämään infektioden leviämisen.

Muutostilanteiden riskikartoitus tehdään röntgenin jokaisessa yksikössä aina, kun tiloihin tulee toimintaan vaikuttavia tai siinä huomioon otettavia muutoksia, joko asiakkaan/potilaan tai henkilökunnan osalta. Röntgenissä käytettävät laitteet vaativat tilojen rakenteilta ja suunnittelulta erityisiä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat olennaisesti sekä työ- että asiakas/potilasturvallisuuteen.

Mikäli röntgenin toiminnassa huomataan vaara- tai poikkeamatilanne, siitä tehdään ilmoitus Laatuporttijärjestelmään, jonka pohjalta tehdään tarvittavat toimenpiteet vaaran/riskin poistamiseksi. Ilmoituksen voi tehdä henkilökunnan lisäksi myös palvelua käyttävä henkilö tai hänen läheisensä Siun soten nettisivujen kautta.

Myös erilaisista muistutuksista ja kanteluista nousevat riskit huomioidaan röntgenissä ja niissä esillä olleita asioita käydään läpi esihenkilöiden toimesta asianomaisten työntekijöiden kanssa, jotta toimintaa voidaan kehittää.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella ilmoitetaan vaaratilanteista, poikkeamista ja turvallisuushavainnoista Laatuportti -järjestelmään. Järjestelmään ilmoitetaan asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamien lisäksi myös

henkilöstön työturvallisuusilmoitukset sekä henkilökuljetuksiin, ruokahuoltoon, pyykki- ja laitoshuoltoon, palo- ja toimintaympäristöturvallisuuteen, ympäristöturvallisuuteen, säteilyturvallisuuteen ja tietosuojan/-turvaan liittyvät poikkeamat. Myös palveluja käyttävät ja heidän läheisensä sekä yhteistyökumppanit voivat tehdä [vaaratilanneilmoituksen Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

Röntgenin kaikkien ammattiryhmien työntekijät ovat velvollisia tekemään ilmoituksen riskeistä ja vaara- ja poikkeavista tilanteista sekä hyvistä käytänteistä omassa yksikössä tai toisessa yksikössä Laatuportti-järjestelmän kautta. Tutkimuksiin lähettävät yksiköt voivat myös tehdä ilmoituksia meidän yksikköömme. Potilaat ilmoittavat riskeistä, vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportti-järjestelmän kautta (Siun soten nettisivut), minkä lisäksi potilaat voivat antaa palautetta suullisesti suoraan henkilöstölle.

Säteilyä synnyttävien laitteiden käyttöön liittyvät vaaratapahtumat ilmoitetaan Laatuporttiin, josta ilmoituksen voi tehdä suoraan myös Fimealle ja laitteen valmistajalle. Lisäksi yksikön säteilyturvallisuusvastaava tekee ilmoituksen Säteilyturvakeskukseen

Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin, josta voidaan lähettää ilmoitus myös suoraan Fimealle. Vakavassa vaaratilanteessa ilmoitus tehdään 10 vrk kuluessa ja muissa vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi tehdään ilmoitus laitteen valmistajalle.

Lääkkeiden haittavaikutukset ilmoitetaan Laatuporttiin, josta ilmoituksen voi tehdä suoraan myös Fimealle.

Tietojärjestelmiin liittyvät merkittävät poikkeamat ilmoitetaan Laatuportin lisäksi tietojärjestelmän valmistajalle sekä Valviralle sähköisellä lomakkeella.

Jos röntgenin 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.

Laatuportti-järjestelmään kirjatusta ilmoituksista tulee sähköpostiviesti yksikön esihenkilöille (osastonhoitaja, ylilääkäri, palvelupäällikkö) ja fyysikolle. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa. Ilmoitukset käsitellään moniammatillisissa henkilöstöpalavereissa, joita järjestetään kerran kuussa. Ilmoitusten käsittelyaika riippuu tapahtuman luonteesta ja laajuudesta. Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa. Säteilyturvailmoituksien käsittelyn ja dokumentoinnin tekee fyysikko, joka

myös raportoi tarvittaessa säteilyturvakeskukselle säteilyn käyttöön liittyvistä laatupoikkeamista. Ilmoituksen käsittely ja dokumentointi tallentuu laatuporttiin ja sen kautta ilmoitukseen voidaan palata myöhemminkin ja ajaa mm. erilaisia raportteja esim. eri tapahtumatyypeistä. Ilmoituksen jättäneeseen asiakkaaseen otetaan yhteyttä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa sitä varten. Ilmoittajaa informoidaan kehittämistoimenpiteisiin ryhtymisestä.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Ilmoitusten käsittelijä, esihenkilö tai fyysikko, kirjaa Laatuportti-järjestelmään suunnitellut ja sovitut kehittämistoimenpiteet, niiden aikataulun ja niistä vastaavat henkilöt. Organisaation tavoite on, että vähintään 10 % ilmoitusten käsittelijästä sisältää kehittämistoimenpiteen.

Toimenpiteiden toteuttamiseen osallistuu koko henkilöstö siltä osin kuin ne heitä koskevat. Riskien ennaltaehkäiseviä toimia ovat esim. henkilöstön koulutus- ja perehdytys, organisaation ja toimintayksiköiden erilaiset ohjeet ja suunnitelmat (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys ja infektioidentorjunnan ohjeistus).

Asiakkaiden/potilaiden sekä heidän läheistensä vaara- ja poikkeamatilanne ilmoituksissa antamaa palautetta hyödynnetään toiminnan ja tilojen kehittämisessä. Asiakaspalautteen perusteella on esimerkiksi pukuhuoneen äänieristystä parannettu. Palautteen antajaan ollaan aina yhteydessä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa. Yhteydenottaja on normaalisti yksikön esihenkilö, paitsi säteilypoikkeamatapauksissa yhteydenottaja on fyysikko.

Toteutettujen kehittämistoimenpiteiden arviointia tehdään yksikön sisällä mm. kokouksissa tapahtuvien keskusteluiden ja potilailta saatavien palautteiden perusteella sekä seuraamalla laatuporttijärjestelmän vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten määrää ja tapahtumatyyppejä.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Röntgenin sisällä korjaavista toimenpiteistä ja muutoksista tiedotetaan mm. erilaisissa palavereissa (röntgenhoitaja-, radiologi-, potilaskuljetus- ja moniammatillisissa palavereissa) sekä sähköpostilla.

Yhteistyötahoille tiedottaminen tapahtuu organisaatiossa käytössä olevan sisäisen tiedotuskanavan kautta tai sähköpostilla. Organisaation ulkopuolisille tahoille tiedotetaan sähköpostilla. Ilmoituksen käsittelijä voi lähettää ilmoituksen tiedoksi toiselle henkilölle, tarvittaessa myös Siun soten ulkopuolelle, mikäli myös toisen yksikön/yhteistyökumppanin toiminta vaikutti tapahtumaan tai vastaavan tapahtuminen olisi mahdollista myös toisessa yksikössä.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Asiakasta/potilasta informoidaan välittömästi tapahtuman yhteydessä ja hänelle kerrotaan tarvittaessa potilasasiamiehen yhteystiedot. Hänet ohjataan tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta laatuporttiin. Sähköisen järjestelmän kautta saatuun asiakas-/potilasilmoitukseen vastataan ottamalla ilmoituksen tekijään yhteyttä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi asiakkaan/potilaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa. Asiakkaalle/potilaalle kuvataan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ilmoituksia jää tekemättä	Yksikön sisäinen tiedottaminen ja koulutus ilmoitusten tekemisestä	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin -ohje Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa -ohje Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus) Sote-toimintalaki

Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintaohje	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma
--	-------------------------	--

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Yksiköissämme tehtäviin potilastutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähettävä lääkäri valitsee tutkimusvalikoimasta tutkimuksen, jonka avulla näkee saavansa hoitopäätöksen teon tueksi tarvittavia vastauksia kysymyksiin potilaan tilasta. Lähettävä 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 lähettävälle lääkärille automaattiviesti potilastietojärjestelmään. Viestin näkee myös lähettävän 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.

Röntgenissä tehtäviin tutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähettävä lääkäri valitsee tutkimusvalikoimasta tutkimuksen, jonka avulla hän arvioi saavansa hoitopäätöksen teon tueksi tarvittavia vastauksia. Lähettävä lääkäri arvioi myös tutkimuksen kiireellisyyden. Lähettävä lääkäri voi tarvittaessa konsultoida röntgenlääkärinä tutkimuksen tarpeellisuudesta, tekotavasta ja aikataulusta.

Röntgenhoitaja arvioi osaltaan lähetteen perusteella tutkimuksen aiheellisuuden, kuvausalueen sekä kuvaustavan ennen kuvauksen aloittamista ja epäselvissä tapauksissa keskusteleo tutkimusta pyytävän lääkärin kanssa ja/tai konsultoi röntgenlääkärinä. Juridisesti tutkimuksen oikeutuksesta päättää röntgenlääkäri, joka myös ohjeistaa tutkimuksen suoritustavan.

Tutkimuslähetteitä voidaan seurata tutkimusyksikön nearIS-toiminnanohjausjärjestelmästä. Röntgen pyrkii tuottamaan kiireelliset tutkimukset kahden viikon sisällä ja ei-kiireelliset tutkimukset kuukauden sisällä.

Toteutumista seurataan T3 (3.vapaa-aika) -mittarin ja tutkimusten läpimenoaikojen avulla. Lisäksi seurataan toteutuneita tutkimusmääriä.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

Tutkimus suoritetaan lähettävän 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.

Röntgen pyrkii tuottamaan kiireelliset tutkimukset kahden viikon sisällä ja ei-kiireelliset tutkimukset kuukauden sisällä (yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019). Tutkimuksen kiireellisyyden määrittää lähettävä lääkäri. Palvelujen saatavuuden toteutumista seurataan T3 (3. vapaa-aika) -mittarin ja tutkimusten läpimenoaikojen avulla. Lisäksi seurataan tutkimusten toteutuneita lukumääriä. T3- ja läpimenoajat käydään läpi kuvantamiskeskuksen johtoryhmässä kahden viikon välein. Jonomittari T3 on näkyvissä myös organisaation sisäisessä tiedotuskanavassa.

Jos kiireellisiin magneetti- tai tietokonetomografiatutkimuksiin pääseminen ruuhkautuu, järjestämme ns. jononpurkua lisätyönä ilta-ajoilla.

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.

Röntgenin palveluiden tuottaminen suunnitellaan asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti, niin että palvelulle /hoidolle asetetut tavoitteet täyttyisivät. Röntgen toimii osana asiakkaan/potilaan hoitoprosessia tuottaen tutkimuksia, mutta ei tutkimusyksikkönä vastaa asiakkaan/potilaan hoito- tai kuntoutussuunnitelman tekemisestä ja seurannasta.

Kaikki röntgenissä tuotettu kuvantamispalvelu perustuu tutkittuun tietoon ja kaikkiin tutkimuksiin on laadittu työohjeet, joita henkilökunta noudattaa. Esimerkiksi tietokonetomografiassa ja magneetissa kyseiseen työpisteeseen sijoitettu radiologi ohjeistaa tutkimuksen suorittamisen jokaiselle asiakkaalle/potilaalle röntgenläheteessä olevan kysymyksenasettelun mukaisesti peilaten ohjeistusta tutkittuun tietoon.

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.

Jokaista asiakasta/potilasta kohdellaan röntgenissä yksilöllisesti huomioiden kuitenkin, että tutkimus on suoritettava tietyn protokollan mukaisesti. Tutkimusten aikana asiakkaalle/potilaalle kerrotaan mitä ollaan tekemässä ja miksi. Asiakas/potilas voi halutessaan kieltäytyä tutkimuksesta/toimenpiteestä tai keskeyttää tutkimuksen/toimenpiteen toteuttamisen tutkimuksen/toimenpiteen aikana. Röntgenhoitaja tallentaa tutkimuksen ja kirjaa röntgenin toiminnanohjausjärjestelmän kuvauksen huomiot -kenttään potilaan tahdonilmauksen, kuten kieltäytymisen tutkimuksesta/toimenpiteestä tai esimerkiksi varjoaineesta. Röntgenlääkäri kirjaa röntgenlausuntoon tämän tahdonilmauksen.

Röntgenissä asiakkaiden/potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen seuranta toteutetaan tarkkailemalla asian esille nousemista asiakas- ja potilaspalautteissa.

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.

Röntgentutkimuksissa voidaan käyttää asiakkaan/potilaan turvallisuuden varmistamiseksi ja tutkimuksen onnistumiseksi apuvälineitä (esim. erilaiset tuet kuvauslaitteilla). Potilaan ollessa lepositeissä, ne voidaan tarvittaessa avata tutkimuksen ajaksi. Levottomien ja kivuliaiden potilaiden tutkimuksiin pyydetään tarvittaessa apua hoitavasta yksiköstä (esim. lääkitys). Rajoittamisessa valitaan aina asiakasta kohtaan lievin rajoittamisvaihtoehto, jolla tutkimus pystytään turvallisesti tekemään. Tutkimusenaikaiset ennakoimattomat tilanteet kirjataan röntgenin potilastietojärjestelmään. Työntekijän yleisperehdytyksessä käydään läpi ohjeet potilaan itsemääräämisoikeudesta ja sen rajoittamisesta sekä henkilökunnan turvallisuusohjeet. Vahtimestarit ovat tarvittaessa käytettävissä henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi.

Röntgenissä käytettäviin rajoitustoimiin liittyen asiakkaiden/potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan tarkkailemalla asian esille nousemista asiakas- ja potilaspalautteissa.

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 terveystalvueluuta toteutettaessa.

Kohtelemme jokaista asiakasta/potilasta yksilöllisesti emmekä hyväksy epäasiallista kohtelua. Vieraskielisiä asiakkaita varten osasta tutkimuksia on olemassa ohjeistusta englanniksi ja venäjäksi. Lähettävayksikkö hankkii tarvittaessa tulkin sekä vieraskielisille että aistivammalaisille. Röntgenin jokaisella työntekijällä on velvollisuus puuttua epäasialliseen kohteluun ja viedä asia eteenpäin esihenkilöille tiedoksi jatkotoimenpiteitä varten. Esihenkilö keskustelee aina asianomaisen kanssa ja ohjaa oikeanlaiseen toimintaan.

Asiakkaan/potilaan kohteluun liittyviä asioita seurataan asiakas- ja potilaspalautteiden avulla. Lisäksi tarkastellaan tuodaanko tähän liittyviä seikkoja tietoon henkilöstön toimesta esihenkilöille.

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.

Röntgeniä koskevat muistutukset, kantelut ja potilasvahingot menevät tiedoksi ylilääkärille ja kuvantamiskeskuksen palvelupäällikölle ja he yhdessä tekevät niihin vastineen organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Mikäli asiakas/potilas on yhteydessä yksikköön asiakaspalauttekanavan kautta, tulleet palautteet käsittelee osastonhoitaja ja/tai ylilääkäri. Muistutukset, kantelut ja reklamaatiot sekä asiakaspalautteet käsitellään yksikössä lain säätlemällä tavalla. Huomioitavaa on, että esimerkiksi muistutukset ja kantelut ovat salassa pidettäviä asioita ja juurisyidenkään selvityksessä ei tuoda esille salassa pidettäviä tietoja. Ostopalveluna tuotetuissa palveluissa ilmaantuviin puutteisiin puututaan asian vaatimalla tavalla, kuten pyytämällä lisälausunto.

Muistutus-, kantelu- ja potilasvahinko -tapauksissa asiakasta/potilasta neuvotaan tarvittaessa toimimaan Siun soten internet-sivuilta löytyvän ohjeistuksen (muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely) mukaisesti ja/tai kääntymään sosiaali- ja potilasasiavastaavan puoleen.

Viranomaisohjeet ja -päätökset sekä niihin tulleet muutokset tuodaan henkilöstön tietoon ja toimintaa kehitetään havaittujen puutteiden korjaamiseksi.

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.

Muistutus-, kantelu- ja potilasvahinko -tapauksissa asiakasta/potilasta neuvotaan tarvittaessa toimimaan Siun soten internet-sivuilta löytyvän ohjeistuksen mukaisesti ja/tai kääntymään sosiaali- ja potilasvastaavan puoleen.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien nimet ovat näkyvillä Tikkamäen röntgenin toimiston vierellä olevalla ilmoitustaululla.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Röntgenissä kerätään jatkuvaa asiakas-/potilaspalautetta sähköisen Laatuportti-järjestelmän kautta. Lähiesihenkilöt saavat yksikkökohtaiset raportit asiakaspalautteista Laatuportista. Saadut palautteet käsitellään yksikön kokouksissa lähiesihenkilöiden johdolla. Lisäksi röntgenissä kerätään hoitotyön potilaspalautetta (HoPP) neljä kertaa vuodessa. HoPP-kyselyt toteutetaan joko paperisena tai sähköisenä. Toimintaa kehitetään palautteiden pohjalta ja esimerkiksi opasteita on parannettu saatujen palautteiden perusteella.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Röntgentutkimuksiin valmistautumisesta on tehty kirjalliset potilasohjeet. Asiakas/potilas saa kirjalliset valmistautumisohjeet lähettävästä yksiköstä. Ohjeissa on puhelinnumero, josta asiakas/potilas voi tarvittaessa kysyä lisätietoja tutkimuksesta.

Sisäisten asiakkaiden eli tutkimuksiin lähettävien tahojen kanssa viestimme puhelimitse sekä sähköisten kanavien (potilastietojärjestelmä, intra, sähköposti, Teams) kautta. Tarvittaessa järjestämme myös yhteistyöpalavereita. Mikäli huomataan, ettei asiakas-/potilasviestintä toteudu suunnitellusti, päivitämme ohjeita ja tarvittaessa järjestämme koulutusta henkilöstölle.

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
Henkilöstöressurssivajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Jatkuva rekrytointi	Terveysthuoltolaki 1326/2010

	Jononpurku lisätöinä	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
Itsemäärämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	Tartuntatautilaki (1227/2016) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen. Perustuslaki 731/1999 Terveysthuoltolaki 1326/2010

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.

Siun soten eri röntgenyksiköissä työskentelee noin 60 henkilöä. Röntgenin henkilökuntaa ovat röntgen-, lähi- ja sairaanhoitajat, röntgenlääkärit ja fyysikko. Toimistopalvelut tuottavat sihteeripalvelun ja Polkka Oy laitoshuoltopalvelun. Henkilöstön riittävyys varmistetaan ajanvaraussuunnittelulla, aktiivisella rekrytoinnilla sekä positiivisen työnantajakuvan ylläpitämisellä. Rekrytoinnissa huomioidaan, että työntekijällä tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 5§:n mukainen laillistus tai lupa toimia kyseisessä tehtävässä.

Päivystysröntgen toimii 24/7 vuoden jokaisena päivänä ja muut röntgenyksiköt ovat avoinna ma-pe virka-aikana. Hoitajien työvuorosuunnittelu tehdään osastonhoitajan toimesta 3 viikon jaksoissa jaksotyön työaikalain mukaisesti Numeron-järjestelmässä. Ylilääkäri suunnittelee yksikön lääkärin työpistesijoittelun ja päivystyslistat. Ajanvarauslistat tehdään, mikäli henkilöstöresurssit eivät riitä. Äkillisissä poissaoloissa turvataan kriittiset toiminnot (esim. päivystysröntgen) siirtämällä ajanvarausasiakkaiden/-potilaiden aikoja. Poikkeusolojen varalle on laadittu suunnitelma sen suhteen mitkä röntgenin toiminnot pyritään joka tapauksessa turvaamaan.

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 mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan. Jokaiselle yksikköön rekrytoitavalle pidetään työhaastattelu, jossa selvitetään henkilön soveltuvuutta yksikköön sekä tarkistetaan hänen kielitaitonsa ja kelpoisuutensa tutkinto- ja työtodistusten sekä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (Terhikki) avulla. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan 1 kk:n kuluessa töiden aloittamisesta. Työntekijöiltä edellytetään, että heidän rokotekattavuutensa on lainmukainen ja se tarkistetaan suullisesti ennen työsuhteen alkamista. Uusille vakituksille työntekijöille määritetään myös koeaika työsuhteen/virkaan astumisen aluksi.

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.

Röntgenissä tehdään jokaiselle uudelle sekä pitkältä vapaalta palaavalle työntekijälle henkilökohtainen perehdytysuunnitelma. Siun soten yleisperehdytys on toteutettu verkkokurssina ja osastolla on tehty perehdytysohjelmat eri ammattiryhmille. Perehdytyksen yhteydessä uusi työntekijä tutustuu myös yksikön omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin ja ohjeisiin. Eri työpisteillä toteutetaan työpistekohtainen perehdytys vastuuhoidajien ja työpisteen muiden työntekijöiden toimesta. Perehdytyksessä käytetään modaliteettikohtaisia perehdytyskortteja. Perehdytyksestä vastaa fyysikko, osastonhoitaja ja ylilääkäri sekä vastuulääkärit. Perehdytystä seurataan perehdytyskeskusteluiden avulla ja perehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Röntgenin omat perehdytyskortit arkistoidaan esihenkilöiden toimesta.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Röntgeniin palkataan vain laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Röntgenissä tarvitaan erikoisalamme potilastutkimusprosessin perusosaamista, potilaiden kohtaamisen taitoja, tietoteknisiä valmiuksia sekä erilaisten laitteiden ja ohjelmien tuntemusta. Lisäksi jokaisella työntekijällä tulee olla hygieniaosaamista sekä tietoturva- ja tietosuojatietämystä.

Kuvantamiskeskuksessa on laadittu osaamisen kehittämisen suunnitelma, johon pohjautuen on laadittu röntgeniin myös yksikkökohtainen koulutussuunnitelma.

Kehityskeskustelussa sovitaan työntekijän kanssa seuraavan vuoden osaamisen kehittämisestä ja tämä suunnitelma kirjataan kehityskeskustelulomakkeeseen. Osaamista kehitetään esimerkiksi osallistumalla täydennyskoulutuksiin, joista osallistuja antaa koulutuspalautteen oman ammattiryhmänsä muille jäsenille. Siun sote järjestää yleisiä koulutuksia (esim. elvytys, tietoturva ja potilasturvallisuus), joita järjestetään verkko-opintoina sekä sisäisenä läsnäolokoulutuksena. Käydyt koulutukset kirjataan esihenkilön toimesta sähköiseen järjestelmään.

Säteilylaki 859/2018 velvoittaa toiminnanharjoittajaa huolehtimaan siitä, että työntekijät saavat riittävän määrän säteilysuojelun täydennyskoulutusta. Lain mukaan röntgenlääkäreiden, röntgenhoitajien ja sairaalafysiikon tulee saada säteilysuojelun täydennyskoulutusta 40 tuntia viidessä vuodessa. Säteilysuojelun täydennyskoulutuksista pidetään kirjaa esihenkilöiden toimesta sähköisesti.

7.5 Johtamisosaaminen

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

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. Esihenkilöiltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään kehityskeskustelut samoin kuin kaikille muillekin työntekijöille.

Röntgeniin palkataan esihenkilöiksi tarvittavan ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, 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. Esihenkilöiltä

ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamistaan. Röntgenissä esihenkilöt osallistuvat tietoturvakoulutukseen sekä esihenkilöille pakollisiin turvallisuuskoulutuksiin. Esihenkilöille pidetään vuosittain kehityskeskustelut samoin kuin työntekijöille.

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 työyksiköitä 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.

Röntgenissä käytetään henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tukevia Siun soten työkykyjohtamisen työvälineitä sekä HAVAHU (varhaisen välittämisen toimintaperiaate) ja sairauspoissaolojen hallintamallia.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäisessä esihenkilöiden ja työntekijöiden välisessä kanssakäymisessä sekä vuosittain Siun soten valitsemalla työhyvinvointikyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Työn riskien arviointi tehdään vuosittain Laatuportti-järjestelmässä. Turvallisuushavainnoista voidaan ilmoittaa Laatuportin vaaratilanne ja työtapaturma -osion kautta ja ilmoitusten käsittely tapahtuu myös samassa järjestelmässä. Kriisitilanteiden purkua varten Siun sotessa on käytössä Second victim-toimintamalli.

Laatuportti-järjestelmään kirjatut turvallisuushavainnot käydään läpi moniammatillisissa palavereissa. Turvallisuushavaintojen ja työtapaturmien perusteella toimintaa kehitetään esim. muokkaamalla työympäristöä ja tapoja turvallisimmiksi. Havaintojen perusteella esim. uusien tilojen UÄ-laitteiden sähkö- ja tietoliikennepistokkeet sijaitsevat katossa eivätkä seinässä, jotta henkilökunta ei kompastu lattialla oleviin johtoihin.

Röntgenin henkilökunnalle perehdytetään sekä yleisperehdytyksen että modaaliteettikohtaisen perehdytyksen aikana turvalliset työtavat.

Henkilöstön työhyvinvointia (esim. sairauspoissaoloja) seurataan säännöllisesti kuvantamiskeskuksen johtotiimin kokouksissa. Palvelupäällikkö käy esihenkilöiden kanssa läpi työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin liittyviä asioita ja osallistuu tarvittaessa työkykyneuvotteluihin. Työntekijöillä on käytettävissä myös Siun työterveyden tuottamat työterveyspalvelut.

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.

Röntgenissä voi olla asiakkaina/potilaina aggressiivisia tai vihaisia henkilöitä. Käytöksen taustalla voi olla esimerkiksi tyytymättömyys tutkimukseen lähettävän yksikön toimintaan, päihteiden käyttöä, muistisairautta ja pelkoa. Kuvaushuoneissa on hätäkutsu avun hälyttämistä varten, mikäli asiakas/potilas yllättäen käyttäytyy aggressiivisesti. Ennalta-arvaamattomassa tilanteessa paikalle soitetaan vahtimestari turvaamaan henkilökunnan turvallisuutta. Tikkamäen röntgenin odotustiloissa on valvontakamerat, joiden avulla voidaan seurata tiloissa tapahtuvaa toimintaa.

Röntgenissä toimitaan Siun soten henkilöturvaohjeen mukaisesti.

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.

Palautteita erinomaisesta toiminnasta ja onnistumisista saadaan Laatuportti-järjestelmän kautta sekä suorina palautteina esihenkilöille tai työntekijöille. Hyvistä käytännöistä saatua palautetta hyödynnetään työprosessien kehittämisessä. Esihenkilöt kertovat palautteet henkilöstölle yhteisissä palavereissa. Siun sotessa on käytössä henkilökohtainen kertapalkitseminen onnistuneesta ja hyvästä työsuorituksesta. Myös työyksikkö tai työryhmä voidaan palkita hyvistä työsuorituksista (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
Fyysikoiden perehdytysuunnitelma	ajantasaistaminen	Tehdään tarvittavat korjaukset perehdytysuunnitelmaan

<p>Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje</p>	<p>Varhainen rekrytointi</p> <p>Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu</p> <p>Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu</p>	<p>Terveysthuoltolaki 1326/2010</p> <p>Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994</p> <p>Asetus terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994)</p> <p>Valtioneuvoston asetus terveysthuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008)</p> <p>Osaamisen kehittämisen suunnitelma</p>
<p>Henkilöstöressurssien (röntgenlääkärit ja röntgenhoitajat) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma</p>	<p>Jatkuva rekrytointi</p> <p>Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu (esim. jononpurku lisätöinä)</p> <p>Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu</p>	<p>Teemme aktiivista rekrytointia ja pidämme yllä positiivista työnantajakuva.</p>
<p>Röntgenhoitajien ja röntgenlääkäreiden henkilöstöressurssin vajeesta johtuva työn kuormittavuuden lisääntyminen</p>	<p>Jatkuva rekrytointi</p> <p>Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu (esim. jononpurku lisätöinä)</p> <p>Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu</p> <p>Syksyllä 2024 alkava uusi röntgenhoitajien satelliittikoulutus</p>	<p>Teemme aktiivista rekrytointia ja pidämme yllä positiivista työnantajakuva.</p>

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.

Röntgenissä käytetään toiminnanohjausjärjestelmänä nearIS-ohjelmistoa, jonka lisäksi käytössä on potilastietojärjestelmä Mediatri. nearIS-järjestelmän ja Mediatriin välillä on tiedonsiirtoyhteys.

Röntgentutkimusten kuvadata tallennetaan nearPACS-järjestelmään sekä Kelan ylläpitämään kansallisten kuva-aineistojen arkistoon. Röntgenissä Mediatriin kirjataan mm. toimenpiteisiin liittyviä asioita. Lisäksi sieltä voidaan tarkistaa röntgentutkimuksia varten esim. potilaiden riskitietoja, laboratoriovastauksia tai toimenpiteisiin vaikuttavia lääkityksiä.

nearIS:iin ja Mediatriin on jokaisella työntekijällä henkilökohtaiset tunnukset. Opiskelijat eivät itsenäisesti kirjaa tietoja ohjelmiin, vaan tämä tapahtuu aina yhteistyössä ohjaajan kanssa. Potilaan tietoja käsittelevät vain tutkimukseen osallistuvat työntekijät. Asiakkaan/potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen perusteella.

Hoitohenkilöstö perehdytetään asiakas- ja tietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla osastonhoitajan yleisperhehtyksessä ja tarkemmin työpistekohtaisessa perehdytyksessä. Lääkärit perehdytetään tietojärjestelmiin sekä niiden käyttöön työsuhteen alussa sekä otettaessa käyttöön uusia tietojärjestelmiä tai jo käytössä olevia järjestelmiä päivitettäessä.

Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti asiakas- ja potilastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta myös työsuhteen/harjoittelun päättymisen jälkeen. Sitoumus laaditaan kahtena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle. Työntekijä sitoutuu olemaan käsittelemättä niiden asiakkaiden/potilaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoito-/asiakassuhdetta (esim. omat asiakas-/potilastiedot) sekä olemaan ilmaisematta asiakas- ja potilaskastietoja sivullisille. Osastonhoitaja vastaa hoitohenkilöstön, ylilääkäri lääkäreiden ja opiskelijavastaava opiskelijoiden perehtymisestä tietoturvaan ja tietosuojaan liittyvissä asioissa.

Asiakkaalla/potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä sekä 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 -suoja verkko-opinnot osaamisen varmistamiseksi ja esihenkilö seuraa näiden toteutumista. Jokainen työntekijä ja opiskelija on sitoutunut noudattamaan organisaation salassapito ja-käyttäjäsitoumusta allekirjoittamalla sitoumusdokumentin.

Siun sote tietosuoja ja tietoturva käsikirja perehdytetään jokaiselle röntgenin työntekijälle oman esihenkilön antamassa yleisperehdytyksessä. Tietoturva- ja tietosuoja asioita Siun sotessa seuraa tietoturva-asiantuntijat ja heidän esille tuomiaan asioita käsitellään yksiköiden kokouksissa. 5 vuoden välein työntekijät suorittavat tietoturva ja -suoja verkko-opinnot osaamisen varmistamiseksi ja esihenkilö seuraa näiden toteutumista. Jokainen työntekijä ja opiskelija on sitoutunut noudattamaan organisaation salassapito- ja käyttäjäsitoumusta allekirjoittamalla sitoumusdokumentin. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen.

Siun sotessa on kirjattuna tietosuojan valvontasuunnitelma. Jokainen työntekijä on velvollinen tekemään tietoturvaloukkauksen Laatuportti-järjestelmään, mikäli huomaa puutteita tai väärinkäytöksiä tietojen käsittelyssä. Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti Miunpalvelujen (<https://miunpalvelut.fi>) kautta. Tietojärjestelmiin liittyvistä merkittävistä poikkeamista on ilmoitettava tietojärjestelmän valmistajalle.

Siun sotessa on laadittu tietosuoja selosteet, jotka on julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskitietojen vajavainen kirjaaminen	Ohjeiden noudattaminen	Riskitietojen kirjaamisohje
Käyttäjätunnukset jäävät auki, kun työntekijä poistuu työpisteestä	Perehdytys ja opastus	EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) Tietosuojalaki (1050/2018) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/202 Tietojärjestelmäohjeet

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

Tikkamäen röntgenissä sijaitsee E- ja J-siiven P-kerroksessa eri kuvauslaitteille suunniteltuja tutkimushuoneita yhteensä 11 kpl. Lisäksi 1. kerroksen päivystysröntgenissä sijaitsee kolme kuvaushuonetta. Tikkamäen röntgenin tiloissa sijaitsee lisäksi toimistotiloja, henkilöstötiloja ja asiakkaiden/potilaiden odotustiloja.

Maakunnan alueella 1–2:n huoneen suuruisia röntgentiloja on Siilaisella, Liperissä, Outokummussa, Kiteellä, Nurmeksessa, Lieksassa ja Iloimantsissa. Näiden kaikkien maakunnan röntgeneiden yhteydessä sijaitsevat myös asiakkaiden/potilaiden odotustilat.

Röntgenin tilat on suunniteltu tutkimuskäyttöön ja niihin pääsee pyörätuolilla ja/tai sängyllä. Röntgeniin on pääovelta opasteet.

Röntgenin tiloihin on laadittu poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu sen kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti. Tiloissa on automaattinen palohälytysjärjestelmä.

Röntgentutkimushuoneet on suunniteltu ja rakennettu säteilynkäytön vaatimukset huomioiden ja ne on käyttöönottoaiheessa tarkistettu fyysikon sekä säteilyturvakeskuksen (STUK) toimesta.

Röntgeneiden ovet ovat auki vain niiden aukioloaikoina.

Tikkamäen röntgenissä on käytössä kameravalvonta ja päällekkäisyjärjestelmä sekä tutkimushuoneissa hoitajakutsujärjestelmä lisäavun hälyttämiseksi. Asiakastiloissa on hoitajakutsujärjestelmä hoitajan paikalle hälyttämiseksi. Kaikissa tiloissamme on automaattinen palohälytysjärjestelmä. Valvonta- ja turvallisuusratkaisut on toteutettu yhteistyössä Siun soten turvallisuusasiantuntijoiden kanssa. Tiloihimme on tehty poistumissuunnitelma ja hätäpoistumistiet on merkitty opastein. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (<https://www.siunsote.fi/>).

Työntekijät on perehdytetty hälytysjärjestelmien käyttöön röntgenin turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikön hälytysjärjestelmiä testataan säännöllisesti.

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
Henkilöstön ympäristön havainnointi ja aktiivinen epätavallisesti toiminnasta ilmoittaminen	Ohjeiden noudattaminen Perehdytys ja opastus	Pelastussuunnitelmat - linkit Poistumisturvallisuus opas Yksikön paloturvallisuusohje Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas Lääkekaapin/huoneen omavalvonta Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen

		kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Keuhkojen ja luuston natiiviröntgentutkimuksiin asiakas/potilas voi varata ajan itse nettiajanvarauksen kautta. Nettiajanvaraukseen tunnistaudutaan vahvalla tunnistautumisella (esim. pankkitunnukset). Ajanvarauksen voi tehdä vain, jos tutkimukseen on lääkärin tekemä sähköinen lähete.

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 vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen.

Röntgenissä on käytössä tutkimuksiimme tarvittavia potilastutkimus- ja kuvantamislaitteita sekä potilaan seurantaan liittyviä laitteita (esimerkiksi verensokerimittari, verenkierron seurantalaitteet, lisähappilaitteet). Tutkimuslaitteemme vaativat erilaisia asiakas-/potilaskohtaisia tai monikäyttöisiä tarvikkeita, joiden laatu ja turvallisuus varmistetaan kilpailutuksella ja hankintasopimuksilla. Yksikön laitteet ovat lääkintälaittehuollon laiterekisterissä. Yksikkömme potilastutkimus- ja kuvantamislaitteilla on huoltosopimukset, joiden mukaisesti laitteet huolletaan. Kuvantamislaitteille tehdään laadunvalvonta- ja toimintakunnon tarkastukset laitetoimittajien ja Säteilyturvakeskuksen suosittelemilla aikaväleillä ja tavoilla. Laatumittaukset kirjataan laitekohtaisiin laadunvalvontatiedostoihin. Laitekohtaisiin perehdytyksiin kuuluu myös laadunvalvontaan perehtyminen.

Laitteiden ja tarvikkeiden toimintaan tai huoltoon liittyvät vaaratilanteet tulee ilmoittaa Laatuportti-järjestelmään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Ilmoitus tulee tehdä viipymättä, viimeistään 30 vrk kuluessa tapahtuneesta, vakavissa vaaratapahtumissa 10 vrk kuluessa. Yksikön esihenkilön tulee ilmoittaa tapahtuneesta valmistajalle ja Fimeaan. Ilmoitukset laitteen toimittajalle sekä Fimeaan tehdään Laatuportin kautta. Säteilyä synnyttävien laitteiden käyttöön liittyvät vaaratapahtumailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään sekä laitteen valmistajalle ja Fimeaan. Lisäksi asiasta ilmoitetaan Säteilyturvakeskukseen (säteilylaki 859/2018). Ilmoituksen tekee yksikön nimetty säteilyturvallisuusvastaava eli röntgenin fyysikko.

Röntgenistä ei anneta potilaiden käyttöön laitteita tai välineitä.

Röntgenin koko henkilökunnan tulee suorittaa verkkokoulutuksena Laiteturvallisuus -koulutus (Potilasturvaportti ja Oppiportti). Lisäksi röntgenin henkilökunnalle on tulossa vuoden 2024 aikana digitaaliset laitepassit.

Jokaisen laitteen puhdistamiseen on omat ohjeistuksensa (esim. millaista pesuainetta laite kestää).

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tarvikkeiden saatavuus	Kilpailutus ja hankintasopimukset	Hankintaohje
Laitteiden toimintahäiriöt	Säännölliset huollot ja laadunvarmistusmittaukset	Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Säteilylaki (859/2018)

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.

Röntgenissä on laadittu yksikön oma lääkehoitosuunnitelma osastonhoitajan ja röntgenin lääkevastaavan toimesta. Röntgenin lääkehoitosuunnitelman tarkastaa ylihoitaja ja suunnitelman hyväksyy röntgenin ylilääkäri. Hyväksytty lääkehoitosuunnitelma löytyy intran tiedostopankista sekä paperisena yksikön lääkekaapista. Lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa.

Lääkehoitosuunnitelman laadinta ja päivittäminen ovat röntgenissä osastonhoitajan ja lääkevastaavaksi nimetyn röntgenhoitajan vastuulla. Muu henkilöstö ei osallistu lääkehoitosuunnitelman laadintaan, mutta perehtyy ja seuraa sen toteutumista päivittäisessä työssään, sekä tarvittaessa esittää kehitysehdotuksia suunnitelmaan. Henkilöstöä tiedotetaan lääkehoitoon liittyvistä asioista yksikön yhteisissä palaverissa tai sähköpostin välityksellä. Lisäksi jokaisesta työpisteestä löytyy ohjeistus lääkehoidon toteutuksesta kyseisessä työpisteessä.

Röntgenin lääkehoitosuunnitelman perehdyttäminen kuuluu esihenkilön antamaan yleisperehdytykseen ja jokainen työntekijä kuittaa allekirjoituksellaan tulostetun suunnitelman kansioon perehtyneensä suunnitelmaan. Tutkimukseen liittyvä lääkehoito perehdytetään työpisteittäin. Lääkehoidon osaamista ylläpidetään säännöllisillä lääkelupakoulutuksilla.

Röntgenissä opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa (varjoaineen antamista) vain ohjaajan valvonnassa.

Jos lääkehoidon aikana tapahtuu jotain poikkeavaa, tässä informoidaan heti potilasta ja röntgenlääkärää. Tarvittaessa paikalle voidaan kutsua MET- tai elvytysryhmä. Lääkehoitoon liittyvät vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään ja käsittely ja raportointi toteutetaan samalla tavalla kuin muidenkin laatuportin kohdalla. Laatuportin kautta voidaan tarvittaessa lähettää ilmoitus suoraan Fimeaan.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Perttu Puhakka perttu.puhakka@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoidosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Hanna Toivanen hanna.l.toivanen@siunsote.fi

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Röntgenin toimintaa ohjaa infektiotorjuntayksikön laatima ohjeistus. Huolellinen käsihygienia on osa infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaa. Röntgenissä on helposti saatavilla käsien desinfiointiainetta annostelijoissa sekä asiakkaille/potilaille että henkilökunnalle.

Röntgenin hygieniavastaava tekee aseptisen työskentelyn havainnointia. Käsihuuhde- ja suojakäsinekulutusta sekä influenssarokotuskattavuutta seurataan eHygienia-seurantajärjestelmän avulla. Tilastot ja raportit ovat koko henkilöstön nähtävillä yksiköittäin Infektioiden torjunta- yksikön intrasivuilta.

Tartuntavaarallisia sairauksia sairastavien potilaiden kohdalla kuvaustilanteet suunnitellaan noudattamalla infektioidentorjuntayksikön ohjeita, eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Kyseiset potilaat pyritään mahdollisuuksien mukaan kuvaamaan päivän viimeisinä.

Röntgenissä työskenteleviltä työntekijöiltä vaaditaan tartuntatautilain mukainen rokotussuoja ja tämä rokotussuoja tarkistetaan uuden työntekijän tullessa yksikköön. Opiskelijoiden rokotussuojan tarkistaa opiskelijaterveydenhuolto sekä harjoitteluun tullessa röntgenin opiskelijavastaava.

Infektioiden torjuntaan liittyvä osaaminen varmistetaan tekemällä yhteistyötä hygieniahoitajan kanssa. Röntgenin hygieniavastaava osallistuu vastuuhoidajien tapaamisiin säännöllisesti ja tätä kautta yksikköömme saadaan tietoa ajankohtaisista hygieniasioista.

Röntgenin henkilökunta suorittaa verkkokoulutuksena Infektioiden torjunta (Oppiportti) ja Tavanomaiset varotoimet infektioiden torjunnassa (Oppiportti) -koulutukset.

Vuoden 2024 aikana röntgenissä tehdään infektioidentorjuntatoimien omavalvonta- riskienarviointi Laatuportti järjestelmässä.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Röntgenin siisteydestä huolehtii Polkka Oy yhdessä laaditun siivoussuunnitelman mukaisesti. Henkilöstön työvaatehuollosta vastaa Sakupe Oy.

Tutkimushuoneissa on pistävälle ja viiltävälle jätteelle keräysastiat, joiden jatkokäsittelyyn toimittaminen on röntgenin hoitohenkilöstön vastuulla. Yksikön huuhteluhuoneesta löytyy kierrätysastioita ja kierrätystä toteutetaan röntgenissä Siun soten ohjeistuksen mukaisesti.

Tartuntavaarallisen jätteen ja pyykin käsittelyssä noudatetaan röntgenissä Siun soten ohjeistusta.

Siivoukseen liittyvistä laatupoikkeamista tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään sekä Polkka Oy:n röntgeniin nimeämälle vastuuhenkilölle tai Siun soten yhteyshenkilölle, joka koordinoi yhteistyötä Polkka Oy:n kanssa.

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
Tieto eristystoimista ei saavuta röntgeniä	Tieto lähetteeseen	Siun soten infektiorjuntaohjeet

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.

Röntgenin toiminta ja ohjeet pohjautuvat tutkittuun tietoon. Tutkimusten vastuulääkäri ohjaa tutkimusprotokollien valintaa ja ohjeiden laadintaa.

Yksikön potilas- ja toimintaohjeet sekä ohjeet lähetettävälle yksiköille on tallennettuna intran tiedostopankkiin Siun soten mallipohjien mukaisesti, jolloin ne ovat teknisesti saavutettavia koko henkilöstölle. Ohjeiden hyväksyjänä on röntgenin ylilääkäri. Intran tiedostopankin ohjeille on määritelty vastuuhenkilö, jolle ohjelma lähettää automaattisesti sähköpostiin tiedon vanhenevista ohjeista.

Yleisperehdytyksessä tutustutaan tiedostopankin ja yksikön Teams-kansioiden käyttöön. Työpisteperehdytyksessä opetellaan käyttämään työpisteeseen liittyviä ohjeita.

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
Ohjeiden päivittäminen	Vastuuhenkilöiden työajan resurssoiminen	Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas

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.

Röntgen toimii yhteistyössä Siun soten sisäisten toimijoiden (esim. turvallisuusyksikkö, sairaala-apteekki, tietosuojavastaava, pelastuslaitos) sekä yksikön ulkopuolisten toimijoiden (esim. Säteilyturvakeskus (STUK), Fimea, THL) kanssa asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Yhteistyötahojen kautta voimme saada röntgeniin asiantuntija-apua mm. koulutuksiin, ennakointiin tai ongelmatilanteisiin liittyen.

Röntgenissä noudatetaan Siun sotessa laadittuja asiakas- ja potilasturvallisuus ohjeistuksia. Ohjeistukset ovat löydettävissä työntekijöiden käytössä olevasta sisäisestä viestintäkanavasta intrasta. Röntgenin työntekijät suorittavat säännöllisesti Siun soten määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset.

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.

Röntgenissä on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys eri toimipaikkoihin yhteistyössä turvallisuusyksikön kanssa. Yksikössämme on toimintaohjeet esim. sähkö- tai tietoliikennehäiriötilanteisiin. Nämä ohjeet löytyvät intran tiedostopankista. Poikkeusoloihin varautumiseen liittyen Siun sotessa järjestetään erilaisia harjoituksia. Siun Sotella on toimintaohjeita myös erilaisten turvallisuusuhkien varalle ja näiden ohjeiden mukaan toimitaan myös röntgenissä.

Röntgenin henkilökunta ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuussuunnitelmaan yleisperehdytyksessä röntgenin turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikön henkilökunta osallistuu säännöllisesti organisaation järjestämään paloturvallisuutta taidolla -opintokokonaisuuteen.

Siun soten suuronnettomuussuunnitelmassa on kuvattu röntgenin toiminta ja tehtävät ko. tilanteissa. Röntgenin henkilökunnalle on myös laadittu toimintakortit suuronnettomuustilanteisiin.

Häiriö- ja poikkeustilanteisiin liittyviä ohjeita päivitetään ja sisältöjä kerrataan säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Ohjeiden säännöllinen kertaus	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § Valmiuslaki (1552/2011) 12 § elastuslaki (379/2011) 15 § <p>Oma- ja valvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje <p>Suuronnettomuussuunnitelma</p>

--	--	--

9.7.3 Terveysthuojelu

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

<p>Riskien arviointi tapahtuu vuosittain Laatuportti-järjestelmän riskienhallinta-työkalun avulla. Uusille työntekijöille perehdytetään riskienhallintaan liittyvät asiat esihenkilön antamassa yleisperhehdytyksessä sekä työpistekohtaisessa perehdytyksessä. Tilojen suunnittelussa on huomioitu niiden soveltuvuus henkilöstön työskentelyyn ja laitteiden käyttöön (esim. säteilyshojelu). Röntgenissä käytössä olevista kemikaaleista pidetään yllä kemikaaliluettelo, josta löytyy kemikaalien tuoteselosteet ja käyttöohjeet sekä käyttöturvallisuustiedotteet. Tilojen terveysthuojeluudesta huolehditaan yhteistyössä kiinteistöshojuolon, lääkitälaitehuolon, turvallisuusyksikön ja laitehoimittajien kanssa.</p>

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

Ennen tutkimuksen tai toimenpiteen aloittamista asiakas/potilas tunnistetaan tarkastamalla henkilötunnus. Asiakas/potilas kertoo tunnuksen suullisesti tai se tarkistetaan potilasrannekkeesta tai muusta luotettavasta asiakaspaperista (esim. Kela-kortti). Tutkimusta ei tehdä, jos potilasta ei voida tunnistaa. Tunnisteen puuttumisesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään.

Röntgenin henkilöstö suorittaa Potilaan tunnistaminen -verkkokurssin (Potilasturvaportti) ja tutustuu Siun soten työohjeeseen potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö perehdytyksen aikana.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistisairas ilman luotettavaa tunnistetta	Tunnistusranneke tai saattajalla henkilötunnus (esim. Kela-kortti)	Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ja_tunnistevälineiden_kaytto.docx
Työskentelyn aikataulupaine-> kiire	Ohjeistukset, perehdytykset, koulutukset henkilökunnalle tunnistamiseen liittyen.	Siunsote_RAD_TYOOHJE_Potilaan_kohtelu_tunnistaminen_itsemääräämisoikeus_oikeusturva Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ja_tunnistevälineiden_kaytto.docx

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.

Siun sotessa on laadittu selkeät ohjeistukset siitä, milloin kyseessä on hätätilapotilas ja kuinka hätätilassa tulee toimia (MET-ohjeistus). Nämä ohjeistukset löytyvät jokaisesta tutkimushuoneesta.

Henkilökunta osallistuu kerran vuodessa hätätilapotilaan tunnistus ja elvytys taso 3 koulutukseen. Koulutukseen kuuluu teoriaopinnot sekä käytännön harjoittelu.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotilasta ei tunnisteta riittävän nopeasti	MET-kriteerit	Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutus suoritetaan vuosittain

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Röntgenin keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat erikois- ja perusterveydenhuollon yksiköt, ikääntyneiden palveluyksiköt, perhe- ja sosiaalipalveluiden yksiköt sekä asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa.

Röntgentutkimukseen lähettävän tahon tulee huolehtia siitä, että asiakkaalle/potilaalle on laadittu asianmukainen röntgenlähete, josta ilmenee tutkimuksen oikeutus ja selkeä kysymyksenasettelu. Röntgen voi tarvittaessa opastaa lähettäviä yksiköitä asianmukaisen lähetteen laadinnassa, ja lisäksi annamme ohjausta ja opastusta mitä ja miten kannattaa tutkia ja missä vaiheessa.

Jos tutkimuksen aikana potilaan tilassa tapahtuu muutos, tästä ollaan yhteydessä lähettävään yksikköön puhelimitse.

Röntgentutkimusten lausunnot näkyvät sähköisesti lähettävissä yksiköissä.

Toimenpiteiden jatkohoito-ohjeet kirjataan erikoissairaanhoidon osastolle oleville asiakkaille/potilaille Mediatriin. Polikliinisten asiakkaiden/potilaiden kohdalla ohjeet annetaan suullisesti tai kirjallisesti asiakkaalle/potilaalle itselleen.

Röntgenin henkilökunta suorittaa verkkokurssina ISBAR - suullisen tiedonkulun varmistaminen (SiunOppi) -koulutuksen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

Asianmukainen eli tehokas ja oikea-aikainen kivunhoito on jokaisen asiakkaan/potilaan perusoikeus koko palvelu- ja hoitoprosessin ajan. Kivunhoidon perusta on asiakkaan/potilaan oma arvio kivusta ja sen voimakkuudesta.

<p>Röntgenissä hoidetaan potilaan tutkimuksen tai toimenpiteen aikaista kipua yhteistyössä lähettävän yksikön kanssa. Lähettävän yksikön tehtävänä on huolehtia potilaan tutkimus-, toimenpidekelpoisuudesta (esim. kipulääkityksestä) ennen tutkimukseen/toimenpiteeseen tuloa. Toimenpiteiden yhteydessä röntgenin henkilökunta voi myös tarvittaessa lääkittää asiakasta/potilasta.</p> <p>Röntgenin hoitohenkilökunta suorittaa kivun hoidon verkko-opinnot osana lääkehoidon opintokokonaisuutta viiden vuoden välein.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kivunhoito	Yhteistyö lähettävien yksiköiden kanssa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026

		Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

Tehokas kaatumisten ja putoamistenehkäisy sisältää asiakkaan ja potilaan kaatumis-/putoamisvaaran arvioinnin sekä henkilökohtaisen suunnitelman kaatumisten ja putoamisten ehkäisemiseksi henkilöillä, joiden riski on kohonnut. Näiden lisäksi on yleisiä keinoja ja menettelytapoja ehkäistä kaatumisia ja putoamisia systemaattisesti.

Röntgenin kulkureitit pidetään vapaina ja hyvin valaistuina, jottei kaatumisia ja liukastumisia tapahtuisi. Ennen röntgentutkimuksen suorittamista tutustumme potilaan läheteeseen ja arvioimme sen perusteella apuvälineiden tarvetta. Siirtotilanteisiin varaamme riittävästi henkilökuntaa ja käytämme potilassiirroissa esim. liukulevyjä. Tarvittaessa voimme lainata käyttöömmme potilasnosturia. Asiakkaiden/potilaiden kaatumiset ja putoamiset kirjataan Laatuporttiin sekä Mediatriin.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumiset ja putoamiset	Kulkureittien pitäminen vapaana Tarvittavien tukien ja apuvälineiden käyttäminen tutkimustilanteessa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia

		ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa.

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

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotoiminnan häiriö, joka voi ilmaantua kenelle tahansa sairauden komplikaationa iästä riippumatta. Ennaltaehkäisy on paras ja vaikuttavin hoito. Ennaltaehkäisevien toimien käynnistämiseksi tulisi tunnistaa potilaat, jotka ovat erityisessä riskissä sairastumaan akuuttiin sekavuustilaan. Myös akuutin sekavuustilan kehittyminen tulee tunnistaa varhain. Jokaisella palveluyksiköllä tulee olla oma toimintamalli, jossa huomioidaan yksikön ominaispiirteet, tilat, henkilöresurssi ja osaaminen akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja hoitoon.

Yleensä monisairaat ympärivuorokautisen avun varassa olevat ikääntyneet asiakkaat/potilaat tulevat saattajan kanssa röntgentutkimuksiin. Tutkimustilanne pyritään rauhoittamaan ja tarvittaessa kommunikoidaan saattajan välityksellä. Tarvittaessa konsultoidaan myös esim. MET-ryhmää.

Röntgenissä potilaskontaktit ovat pääsääntöisesti lyhyitä, joten asiakkaan/potilaan akuuttia sekavuustilaa voi olla vaikea tunnistaa. Potilaan kokonaistilan arvioi tutkimukseen lähettävä/hoitava yksikkö. Jos henkilökunnalle herää huoli asiakkaasta/potilaasta, olemme yhteydessä hoitavaan yksikköön.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) akuutin sekavuustilan ehkäisyyn ja tunnistamiseen vaikuttavista riskeistä, niiden hallintakeinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.10.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa.

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

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

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

10.10.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään vahvistamalla rahapelaamiseen vaikuttavia suojatekijöitä tai vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Suojaavat tekijät ovat yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan piirteitä, jotka ehkäisevät tai vähentävät riskiä rahapelaamisen aloittamiseen tai ongelmien syntyyn. Riskitekijät puolestaan ovat yksilön, lähipiirin tai yhteiskunnan piirteitä, tilanteita tai tapahtumia, jotka tietyissä olosuhteissa lisäävät peliongelman todennäköisyyttä.

Ei koske palveluyksikköme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.)

10.10.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

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

10.11 Itsemurhien ehkäisy

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

Ei koske palveluyksikköme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Suomen perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimusveloitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta. Hyvinvointialueet vastaavat omalla toimialallaan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemisestä.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa, mutta ohjaamme asiakkaan/potilaan ottamaan yhteyttä tilanteen kiireellisyydestä riippuen sosiaali- ja kriisipäivystykseen (013 330 9002), Rikosuhripäivystykseen (valtakunnallinen numero 116006 tai paikallinen numero 040 725 6001/050 4289360 (ark. klo 9-16)). Suosittelemme Siun soten ohjeen mukaisesti asiakkaalle/potilaalle matalalla kynnyksellä turvakotiin hakeutumista ja kiireellisissä tilanteissa soittamme 112.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankaus
Digitaalinen laitepassi	Otetaan käyttöön yksikössämme, kun asiaan on saatu organisaation ohjeistus	Vuoden 2024 aikana
Infektioiden torjuntatoimien omavalvonta	Tehdään riskienarviointi	Vuoden 2024 aikana
Tikkamäen röntgenin uusien tilojen riskienarviointi	Tehdään riskienarviointi	Syyskuu 2024
Asiakkaan /potilaan informointi vaaratapahtuman yhteydessä	Käydään henkilöstön kanssa läpi lainsäädäntö ja organisaation ohjeistus	Kevät 2024

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

Röntgenin omavalvontasuunnitelma päivitetään kerran vuodessa maaliskuun loppuun mennessä ylilääkärin, osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajien toimesta.

Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, muistutus, kantelu ja potilasvahinko raporteista saatavaa tietoa sekä asiakas-/potilaspalautteita.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	26.03.2024

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%2Db91%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_\(linkki\)](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449_(linkki))

Terveydensuojelulaki (763/1994):

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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