

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Syöpäkeskus

Laatijat	Sailas Liisa, yllääkäri Hyttinen Piia, osastonhoitaja
Tarkastaja	Karvinen Heli, ylihoitaja
Hyväksyjä	Harju Anu, palvelupäällikkö
Pvm.	11.3.2024

Sisällysluettelo

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

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute	19
6.5.2	Asiakasviestintä	19
7	Henkilöstö	20
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys	21
7.2	Rekrytointi	22
7.3	Perehdytys	22
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen	24
7.6	Työhyvinvointi	25
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin	26
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen	26
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen	27
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat	27
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	29
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	31
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	31
9.2	Etä- ja digipalvelut	33
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	35
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	39
9.5	Infektioiden torjunta	46
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy	46
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt	47
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	47
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	49
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	49
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	50
9.7.3	Terveydensuojelu	51
10	Palvelun sisällön omavalvonta	51
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	52
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen	53

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	54
10.4	Kivunhoito	55
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	56
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	57
10.7	Painehaavojen ehkäisy	58
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	58
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	59
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	59
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus	60
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	60
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus	60
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy.....	61
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö.....	61
10.11	Itsemurhien ehkäisy	62
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	63
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	63
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	64
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	64
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	64
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	65
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	66

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 laatimisvelvoitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelman sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [omavalvontaohjelman](#) (linkki) sisältökokonaisuus sekä Valviran yksityisen terveydenhuollon omavalvonnan lomakepohjan sekä Valviran yksityisen sosiaalihuollon omavalvontasuunnitelman laadintaan liittyvien ohjeiden sekä kansallisen [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026](#) (linkki) sisältökokonaisuudet.

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Syöpäkeskus, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Avohoito / potilasvastaanotto toiminta, lääkehoito ja sädehoito Siun soten alueen aikuiset, yli 16-vuotiaat, syöpäpotilaat läheteiden ja kontrollijonojen mukaisesti. Onkologisten potilaiden lisäksi syöpäkeskuksessa toteutetaan naistautien ja veritautien syöpäpotilaiden lääkehoitoja. Käyntejä 23 924/1-11.2023

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri Liisa Sailas, liisa.sailas@siunsote.fi, 013 330 3815 Osastonhoitaja Piia Hyttinen, piia.hyttinen@siunsote.fi, 013 330 3106
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi, 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi, 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

<p>Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa.</p> <p>Syöpäkeskuksen toimintaa johtavat yhdessä ylilääkäri ja osastonhoitaja.</p> <p>Klinikan lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto osastonhoitajalle.</p> <p>Säteilyturvallisuusvastaava on ylifysikko.</p>

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

Palvelu	Palveluntuottaja
Henkilöstövuokraus	1 palveluntuottaja
Työnohjaus	Useita palveluntuottajia
Lymfaterapiaa	Useita palveluntuottajia
Tulkkipalvelut	Useita palveluntuottajia

Lymfaterapia palveluista vastuu on ylilääkärillä. Palveluntuottajat on kilpailutettu ja siinä vaiheessa vaaditaan täyttämään halutut kriteerit. Laskujen yhteydessä tulee palveluntuottajalta palaute toteutuneesta hoidosta.

Työnohjauksesta ovat vastuussa ylilääkäri ja osastonhoitaja omien työntekijöidensä osalta. Palveluntuottajat on kilpailutettu ja täyttävät kriteerit. Palautetta työnohjauksesta tulee esihenkilölle ja ohjauksen lopuksi se raportoidaan työhyvinvointiyksikköön.

Henkilöstövuokrauksen sekä tulkkauspalveluiden osalta käytetään Siun Soten sopimustuottajia organisaation ohjaamalla tavalla.

Ostopalvelun hankintavaiheessa asetetaan vähimmäisvaatimuksia hankittavalle palvelulle hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Yksiköstä hankintaprosessiin osallistetaan esihenkilöiden lisäksi ne henkilöt, joilla on paras tietotaito hankittavan palvelun tai laitteen hankintaan. Esihenkilöiden osaamista ylläpidetään osallistamalla organisaation tai palvelun/laitteen toimittajien koulutuksiin ja perehdytyksiin.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Kyllä

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

Syöpäkeskuksen perustehtävänä on Pohjois-Karjalan aikuisväestön syöpäsairauksien hoitaminen ja seuranta. Yksikössä toteutetaan syövän lääke- ja sädehoitoa. Potilaille tarjotaan myös syövän hoitoa tukevia palveluita, mm. psykososiaalista tukea, uroterapiata sekä rintasyöpähoitajan vastaanottoja. Syöpäkeskuksessa toteutetaan onkologisten hoitojen lisäksi naistentautien ja hematologisten syöpäsairauksien lääkehoitoja.

Toiminnan tavoitteena on tarjota tutkimukseen perustuvaa, laadukasta ja kokonaisvaltaista syövän hoitoa sekä hoidon aikaista tukea potilaille ja heidän läheisilleen.

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 terveystalvet. Terveydenhuollon palvelujen tulee edistää asiakas- ja potilaskeskeisyyttä ja eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla edistää laadukkaiden terveystalvelujen toteutuminen.

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

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

Syöpäkeskuksen toiminnan lähtökohtana on keskeiset terveydenhuollon toimintaa ja potilaan hoitoa ohjaavat talit. Työ syöpäkeskuksessa on moniammatillista eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Syöpäkeskus tuottaa koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen syöpäpotilaille tasalaatuista ja riittävää hoitoa.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot näkyvät palveluyksikön toiminnassa seuraavin tavoin:

Asiakaslähtöisyys: Toimintamme pohjautuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin (yhteydenottomahdollisuus, perussairauksien huomiointi hoitopäätöksessä, eri asiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen)

Avarakatseisuus: Toimimme pitkäjänteisesti, tulevaisuuteen katsoen. Päätöksenteko on potilaidemme edun mukaista. Kehitämme toimintaamme jatkuvasti nykyaikaa seuraten ja potilaspalaute huomioiden (mm. digitalvet, asiantuntijahoitajat).

Turvallisuus: Noudatamme hoitosuosituksia vastuullisuus- ja turvallisuusperiaatteiden mukaisesti. Sädehoitotoimintaa valvotaan lain säätämällä tavalla (Säteilyturvakeskus, auditoinnit). Toimitilamme ovat nykyaikaiset ja turvalliset. Huolehdimme henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta.

Yhdenvertaisuus: Potilaita kohdellaan tasapuolisesti ja yhdenvertaisina taustasta ja asuinpaikasta riippumatta.

Vastuullisuus: Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa. Arvioimme hoidon laatua ja reflektioimme omaa toimintaamme. Pysymme ajan tasalla valtakunnallisista ja kansainvälisistä syövän hoidon suuntaviivoista.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t)

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat toimintayksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelman laadintaan esihenkilöiden lisäksi on osallistettu koko moniammatillinen henkilökunta. Yhteisessä kehittämisiltapäivässä on suunnitelmaan koottu keskeiset asiat. Kirjallisen muodon ovat tuottaneet esihenkilöiden lisäksi laatutyöryhmä, johon kuuluvat edustajat sairaanhoitajista, röntgenhoitajista, lääkäreistä sekä fyysikoista. Osastonsihteereillä on kommentointivastuu.

Potilailta tulleet kirjalliset sekä suulliset palautteet otetaan huomioon suunnitelmaa tehdessä.

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelman julkisuus edistää potilaiden osallisuutta mahdollistaen ja kannustaa yhteydenottoon. Mikäli omavalvontasuunnitelmaan liittyviä näkökulmia tai huomioita nousee keskusteluun esimerkiksi yhdistys- tai potilasjärjestötapaamisissa, nämä huomioidaan omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen oman palvelutuotannon palveluyksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla osoitteessa [Omavalvonta - siunote.fi](http://www.omavalvonta-siunote.fi) (linkki).

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena yksikön ilmoitustaululla.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu syöpäkeskuksen lähijohdolle. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä palaverissa, riskienarvioinnin sekä riski-, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Riskienarvioinnit laaditaan yhdessä, moniammatillisesti. Yksikön riskienarvioinnit on henkilöstön luettavissa sähköisesti Laatuportti-järjestelmässä ja jokaisen velvollisuuksiin kuuluu perehtyä laadittuihin arviointeihin ja suunnitelmiin. Syöpäkeskuksen jokaisella työntekijällä on vastuu tuntea ja havainnoida riskit sekä ilmoittaa niistä sekä vaara- ja poikkeamatilanteista. Jokainen vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Henkilökunnan tulee ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen perusteella.

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.

Syöpäkeskuksen ennakkollisia riskienarvioinnin menetelmiä ovat mm. työntekijöiden perehdytykseen kuuluvat turvallisuuskävelyt, vuosittain toteutettava riskikartoitus sekä muutostilanteiden riskikartoitukset. Työn riskien arviointia tehdään Laatuportti-ohjelmistossa. Riskienarviointi kohdistetaan kuuteen osa-alueeseen: hallintajärjestelmät- ja toimintatavat, fyysiset vaaratekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen, kemialliset ja biologiset vaaratekijät sekä psykososiaaliset kuormitustekijät. Syöpäkeskuksessa tehdään vaara- ja poikkeamailmoituksia läheltä piti- tilanteista sekä tapahtuneista poikkeamista Laatuportti- ohjelmiston kautta.

Solunsalpaajien käsittely perustuu kirjalliseen ohjeistukseen, jossa huomioidaan potilas- ja työturvallisuus. Esimerkiksi solunsalpaajatilaukset tarkistetaan kolmeen eri kertaan ja antotilanteessa potilas tunnistetaan ennen lääkemuotteen antamista. Samoin verituotteiden antoon liittyy kaksoistarkastus verituotteen osalta ja antotilanteessa potilas tunnistetaan erillisen ohjeistuksen mukaisesti.

Säteilyturvallisuus huomioidaan sädehoitotyössä potilas- ja työturvallisuuden osalta. Fyysikot esimerkiksi tarkistavat toisen tekemän annosuunnitelman ennen sen hyväksymistä. Säteilyturvallisuuteen liittyy ohjausta ja neuvontaa yhteistyökumppaneille (esim. osastot, taksikuskit). Säteilyturvallisuusasiat perustuvat lakiin ja niitä valvotaan säännöllisesti.

Laiterikkojen kohdalla jokainen osaa tehdä korjausilmoituksen ja rikkoutunut laite poistetaan käytöstä.

Työntekijöiden perehdyttämiseen on tehty tarkastuslistat, joiden avulla pystytään dokumentoimaan annettu perehdytys ja tarvittaessa jatkamaan perehdytystä puuttellisilta osin. Yksikköön tehdään puolivuositainen koulutussuunnitelma, jonka avulla varmistetaan henkilökunnan osaamista.

Henkilöstö osallistuu yksikön itsearviointin tekemiseen, joka on osa koko organisaation omavalvontaa ja varmistaa, että kaikessa toiminnassa huomioidaan lainsäädäntö, laatusuosukset sekä organisaation strategiset tavoitteet.

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 [vaaratilanteiden ilmoituksen Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta](#) (linkki).

Syöpäkeskuksen henkilökunta ilmoittaa riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin PaTu (Parempaa turvallisuutta)-ilmoitusmenettelyllä, suullisella tai kirjallisella ilmoitusmenettelyllä. Yksiköstä on lisäksi mahdollista tehdä huoli-ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta ([Ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta - Miunpalvelut](#)).

Syöpäkeskuksen potilaat ilmoittavat riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuportin potilaan/läheisen vaaratilanneilmoituksella, suullisella, kirjallisella tai sähköisellä ilmoitusmenettelyllä. Niin henkilöstön kuin potilaiden antamat suulliset ja/tai kirjalliset ilmoitukset kehoitetaan kirjaamaan Laatuportti-järjestelmään. Henkilöstö tekee tarvittaessa ilmoitukset Laatuporttiin kuulemansa tai näkemänsä perusteella.

Laatuportin kautta ilmoitetaan:

- Laitteisiin tai tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset: Lisäksi Fimealle vakavassa vaaratilanteessa 10 vrk kuluessa ja muista vaaratilanteista viimeistään 30 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Lisäksi ilmoitus laitteen valmistajalle. Ilmoitukset tehdään Laatuportin kautta.
- Säteilyä synnyttävien laitteiden käyttöön liittyvät vaaratapahtumailmoitukset: Lisäksi ilmoitus Fimealle ja laitteen valmistajalle. Ilmoitukset tehdään Laatuportin kautta. Lisäksi ilmoitus Säteilyturvallisuuskeskukseen yksikköön nimetyn säteilyturvallisuusvastaavan toimesta.
- Tietojärjestelmiin liittyvät merkittävät poikkeamat: Lisäksi ilmoitus tietojärjestelmän valmistajalle. Lisäksi ilmoitus Valviralle (sähköinen lomake Valviralle (<https://turvaviestivalvira.fi/>)
- Lääkkeiden ja rokotteen haittavaikutusilmoitukset: Lisäksi ilmoitus sähköisesti Fimealle.
- Verensiirtoihin liittyvät vaara- ja poikkeamatilanteet: Lisäksi ilmoitus Verikeskukseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään integroidun verikeskusjärjestelmän (Verkis) kautta.

Mediatri- potilastietojärjestelmään ilmoitetaan kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät haittatapahtumat.

Jos syöpäkeskuksen henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhkan potilaan sosiaalihoillon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta Epäkohta tai epäkohdan uhka- ilmoituslomakkeella. Tällöin ilmoituksen käsittely poikkeaa muista 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.

Syöpäkeskuksessa tietoa vaara- ja poikkeamatilanteista sekä laatu-poikkeamista kerätään Laatuportin PaTu-ilmoitusten sekä Mediatriin haittatapahtumakirjausten avulla.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään moniammatillisessa aamupalaverissa kerran kuukaudessa. Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Ilmoituksen käsittely voi kestää vaaratapahtuman luonteen mukaan myös yli 30 vuorokautta.

Työtapatarmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta). Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan aamupalaverimuistioon.

Jos palaute tai häiritsevät tapahtumailmoitus tulee yksikön sisältä, saa palautteen antaja tiedon tarvittavista jatko-toimenpiteistä yhteisen käsittelyn yhteydessä. Ulkopuolisen palautteenantajan kanssa palautteesta keskustellaan henkilökohtaisesti tai kirjallisesti, sen mukaan mitä palautteeseen on kirjattu.

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.

Syöpäkeskuksessa riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä vastaavat toimintayksikön lähiesihenkilöt (ylilääkäri ja osastonhoitaja). Riskin tunnistamisen jälkeen ennaltaehkäiseviä toimia ovat mm. henkilöstön koulutus- ja perehdytys sekä organisaation ja Syöpäkeskuksen ohjeet ja suunnitelmat (mm. omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, infektioidenttorjunnan ohjeistus).

Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti määritelty vastuuhenkilö. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Yksikössä seurataan toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää.

Kehittämistoimenpide voi olla henkilökunnan koulutusta, toimintatavan muutos, perehdytykseen ja sen kirjaamiseen liittyvä muutos, yksiköiden välisen yhteistyön kehittäminen ja potilaan hoitopolkuun liittyvien asioiden yhtenäistäminen sekä uusien laitteiden tai välineiden hankkimista.

Vastuuhenkilö huolehtii kehittämistoimenpiteiden seurannasta ja toteutumisesta yhdessä yksikön henkilöstön ja esihenkilöiden kanssa. Toiminnan kehittymistä seurataan mahdollisuuksien mukaan aktiivisesti havainnoiden, kuunnellen ja keskustellen. Vastuuhenkilö huolehtii myös seurannan ja toteutumisen kirjaamisesta Laatuportti -järjestelmään.

Potilaan sekä hänen läheisensä antama palaute käsitellään yllä olevan prosessin mukaisesti. Palautteet käsitellään nimettömänä moniammatillisesti, ellei kysymyksessä ole henkilökohtainen palaute, joka vaatii arkaluontoisuuden vuoksi yksilöllisen käsittelyn. Potilaaseen otetaan yhteyttä tarvittaessa tai potilaan niin halutessa asiassällön mukaan joko työyksikön lähiesihenkilön tai henkilöstön toimesta.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Syöpäkeskuksen lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Laatuportin kautta 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 viivästymisen vuoksi on aiheutunut vaaratapahtuma. Tapahtuma käydään läpi asiakkaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa.

Potilasta informoidaan tapahtuneesta. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja virheen seuraukset käydään läpi potilaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa. Potilas ja/tai omainen ohjataan tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta (linkki). Potilaalle kuvataan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Jatkotoimenpiteet määräytyvät vaaratapahtuman luonteen mukaisesti (esimerkiksi lääketieteellinen seuranta). Potilaalle ja läheiselle tarjottava tuki voi olla esimerkiksi keskustelua, tiedottamista tai muun avun tai tuen piiriin ohjaamista. Potilaalle annetaan potilasasiavastaava tai sosiaaliasiavastaava yhteystiedot

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ei tunnisteta tilanteessa olevaa riskiä	Säännöllinen osaamisen vahvistaminen Korostetaan havainnoinnin tärkeyttä	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Hyvinvointialueen sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteet Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje
Havaittuun riskiin ei puututa ja tehdä ilmoitusta	Kannustetaan tekemään ilmoituksia ilman, että syyllistetään ketään	

Vaarailmoituksia ei käsitellä tai ne käsitellään puutteellisesti	Ilmoitusten käsittelyyn varataan aika ja huolehditaan ilmoitusten käsittelystä moniammatillisesti	Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Laiteturvallisuu ilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa
Korjaavia toimenpiteitä ei järjestetä tai niitä ei seurata	Sovitaan vastuhenkilö korjauksille toimenpiteille ja niiden toteutumista seurataan aktiivisesti	Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

Syöpään sairastuneen potilaan hoidon tarve arvioidaan syöpälääkärin vastaanotolla. Päätöksen teon tukena toimivat yleiset diagnostiset kriteerit sekä kansalliset ja kansainväliset hoitosuosituksen. Hoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon toteutumista ja onnistumista seurataan määrävälein lääkärin ja/tai hoitajan vastaanotoilla sekä hoitokäynneillä. Epäselvissä tilanteissa järjestetään mahdollisimman pikaisesti tapaaminen lääkärin kanssa yhteisen tilannearvion tekemiseen.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Palveluun ja hoitoon pääsystä noudatetaan Terveyden ja hyvinvointilaitoksen antamia suosituksia. Hoitoon pääsyn toteutumista seurataan säännöllisesti organisaation tasolla ja keskussairaaloiden valtakunnallisessa arvioinnissa. Mittareina käytetään aikaa lähetteen/konsultaation saapumisesta hoidon aloitukseen. Seuranta tapahtuu 1-2 kertaa vuodessa. Syöpäkeskuksessa ei ole viiveitä hoitoon pääsystä.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Syöpäkeskuksessa ei laadita erillisiä terveys- ja palvelusuunnitelmia. Potilaan yksityiskohtainen hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja siitä vastaa hoitava lääkäri. Suunnitelma kirjataan potilaskertomukseen. Hoitosuunnitelmaa päivitetään potilaan hoitopolun aikana jokaisen kontaktin yhteydessä. Lääkäri/hoitaja kirjaa suunnitelmaan tulevat muutokset potilastietojärjestelmään. Suunnitelmaan tulevat muutokset käydään läpi niin potilaan kuin mahdollisesti mukana olevan läheisen kanssa.

Jokainen hoitotyön ammattilainen perehtyy potilaan tilanteeseen ennen hoito/vastaanottotapahtumaa. Potilaan asiaa voidaan tarvittaessa käsitellä moniammatillisessa palaverissa, esimerkiksi rintasyöpämeetingit.

Lähetteen perusteella arvioidaan ne potilaat, joiden toimintakyky on tarpeellista arvioida ennen onkologisen hoidon suunnittelua. Heille varataan aika hoitajan vastaanotolle, jossa tehdään sovitut testit ja haastattelut. Näiden tulokset kirjataan potilastietojärjestelmään ja ne ovat käytettävissä lääkärin vastaanotolla.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys on toimintamme lähtökohta. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaat-

teita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Jos epäillään potilaan itsemääräämisoikeuden jäävän toteutumatta, kutsutaan hänet vastaanotolle niin, että mukana on mahdollisuuksien mukaan läheinen ja/tai tukihenkilö mukana keskustelussa. Sovittuja periaatteita kerrataan säännöllisesti. Henkilöstön osaaminen varmistetaan myös niissä tilanteissa, jos herää keskustelua potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyvistä epäkohdista. Laatuportissa pystyy tekemään aiheeseen liittyvä haittatapah-tumailmoituksen (asiakas- ja potilasturvallisuus – Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä ilmoitus).

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.

Mikäli potilaan sairaus tai hoito aiheuttaa riskiä esimerkiksi ajokykyyn tai turvalliseen liikennekäyttäytymiseen, terveydenhuollon ammattilaisilla on ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle. Potilaille kerrotaan velvoitteista ja vaatimuksista ennakoivasti.

Uhkaavasti käyttäytyvä potilas tai omainen voidaan tarvittaessa poistaa vastaanotolta esimerkiksi lääkintävah-timestareiden tai poliisin avulla, mikäli keskustelu ei ole tilanteen hallintakeinona riittävä. Syöpäkeskuksessa ei ole käytössä rajoittamisvälineitä. Henkilöstön osaaminen varmistetaan organisaation tarjoamilla koulutuksilla.

Sädehoidon aikana potilas on hoituhuoneessa yksin ja hoitajat tarkkailevat potilasta säätöhuoneesta kameroi-den ja puheyhteyden kautta. Pään ja kaulan alueen sädehoidoissa potilasta asento vakioidaan ns.maskin avulla. Näin voidaan taata, että potilas pystyy olemaan hoidon ajan liikuttamatta päätään. Potilaan kanssa sovitaan merkki, jonka antamalla, hoitaja keskeyttää hoidon ja menee potilaan luokse hoituhuoneeseen. Potilasta infor-moidaan sädehoidon suunnittelusta ja toteutuksesta lääkärin vastaotolla. Potilas hyväksyy sädehoitoon liitty-vät toimenpiteet.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Lähtökohtaisesti kaikkia potilaita kohdellaan yksilöllisesti, asiallisesti ja hyvin. Palautetta seurataan säännöllis-esti ja palaute on ollut pääasiassa positiivista. Mikäli potilaan epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvite-tään keskustellen asianosaisten ja tarvittaessa myös ylemmän johdon tai potilasasiamiehen kanssa. Potilaiden

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

Palvelua järjestetään vieraalla kielellä ulkopuolisen tulkkipalvelun avulla. Aistivamma huomioidaan yksilöllisesti esimerkiksi tulkki- ja tukipalveluilla. Osasta lääkeoppaista on mahdollista saada vieraskielisiä versioita.

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Syöpäkeskukseen saapuvat muistutukset, kantelut, potilasvahingot ja reklamaatiot käsitellään organisaation ohjeiden mukaisesti. Mikäli havaitaan joku yllä mainittuihin prosesseihin liittyvä tapahtuma, potilasta ohjataan aktiivisesti tekemään muistutus, kantelu, potilasvahinkoilmoitus tai reklamaatio. Potilasasiamiehen tiedot on saatavilla yksikön ilmoitustaululla ja potilaille ohjataan olemaan tarvittaessa häneen yhteydessä. Reklamaation käsittelystä vastaa ylilääkäri. Hän pyytää tarvittaessa lausunnot niiltä henkilöiltä, jotka ovat asiaa hoitaneet yksikön sisällä. Reklamaatio tilanteissa asia käsitellään moniammatillisesti/asiana koskevan henkilön kanssa. Yksikön toimintaa kehitetään saadun palautteen perusteella.

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 terveystalvelujen kuntayhtymä
Kirjaamo

Tikkamäentie 16
80210 Joensuu

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, nimi ja yhteystiedot:

Marjo Kantola (marjo.kantola@siunsote.fi) (sähköpostiosoite)

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

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

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

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

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Potilailta saadaan asiakaspalautetta palvelusta suullisesti, sähköisesti www-sivujen kautta tai sähköpostitse sekä kirjallisesti. Asiakaspalautteita seurataan raportointijärjestelmän kautta kuukausittain. Palautteet huomioidaan toimintayksikköme kehittämässä ja niitä käsitellään moniammatillisissa kokouksissa, joissa päätetään konkreettisista kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Syöpäkeskuksessa toteutetaan potilasviestintää sähköisesti Siun soten internet-sivuston kautta sekä suullisesti esimerkiksi vastaanottokäyntien yhteydessä. Potilaille lähetetään tekstiviestejä ja OmaKanta- viestejä. Syöpäkeskuksella ei ole kokemusasiantuntijatoimintaa.

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
hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyyn liittyvät riskit	Konsultaatiopyynnöt sekä lähetteet luetaan ja niihin reagoidaan viiveettä. Tehtävä on keskitetty ylilääkärille ja apulaisylilääkärille.	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä • Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022 • Perustuslaki 731/1999 • Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 • Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 • Hallintolaki 434/2003 Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely
Potilas ei ole tietoinen hoitosuunnitelmastaan	Vastaanottokäynnillä on mukana omainen potilaan tukena	
Potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu tai oikeusturvaan liittyvät asiat eivät toteudu organisaation ja yksikön käytänteiden mukaisesti	Vastaanottokäynnillä on mukana omainen potilaan tukena Kerrataan hyviä käytänteitä potilaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyen Koulutukset	
Monikulttuurisuus potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa ei toteudu	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	

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.

Syöpäkeskuksessa työskentelee:

- lääkäriä (ylilääkäri, 5 erikoislääkäriä, 2 erikoistuvaa lääkäriä)
- 1 osastonhoitaja
- 0,5 apulaisosastonhoitaja (kesästä 2024 alkaen)
- 14 sairaanhoitajaa
- 11 röntgenhoitajaa
- 2 fyysikkoo, 1 erikoistuva fyysikko
- 3 osastonsihteerä
- 1 laitoshuoltaja
- määräaikaista sijaisia vuoden ajasta ja tilanteesta riippuen (2-4)

Asetuksen mukaan sädehoidossa pitää olla tiettyä potilasmäärää kohden riittävästi lääkäreitä, hoitajia ja fyysikoita (Laki ja asetus säteilyn käytöstä).

Syöpäkeskuksessa voi työskennellä toiminnan luonteen vuoksi vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, poislukien työparina työskentelevä röntgenhoitajaopiskelija esimerkiksi kesäajaksi. Säteilylaissa on määritelty, että sädehoitoa annettaessa täytyy hoitoa olla antamassa kaksi säteilytyöntekijää.

Väestöpohjaan suhteutettuna lääkäreiden määrä on riittävä.

Osaavien sijaisten rekrytointia tehdään koko ajan ja erityisesti opiskelijoiden ohjaamiseen panostetaan. Pidempien poissaolojen sijaisuuksiin perehdytetään uusia työntekijöitä, kun heitä saadaan rekrytoitua. Jos lääkehoidossa on akuuttien poissaolojen vuoksi liian vähän osaavaa henkilökuntaa, siirretään syöpäkeskuksen muista tehtävistä osaajia lääkehoitoon ja ei-kiireelliset asiat siirretään tehtäväksi toisena ajankohtana tai työpisteiden tehtäviä yhdistetään samalle hoitajalle. Sädehoidossa röntgenhoitajia siirretään hoitokoneelle antamaan potilaiden sädehoidot ja polikliinisen toiminnan ei-kiireelliset asiat siirretään seuraavaan työpäivään.

Hoitohenkilökunnalla on käytössä kirjalliset tehtävän kuvaukset eri työpisteille. Syöpäkeskuksen keskeiset hoitoprosessit on kuvattu erilliseen ohjelmaan (Arter IMS) ja samalla on kirjattu keskeiset tehtävät ja vastuut prosessin eri vaiheisiin.

Syöpäkeskuksen henkilöstö työskentelee joko jaksotyössä tai yleistyöajassa arkisin noin klo 7.00–16 välisenä aikana. Työntekijöiden työvuorosunnittelu, työajanseuranta ja vuosilomasuunnittelu toteutuu organisaatiossa käytössä olevissa sähköisissä järjestelmissä. Esihenkilöt suunnittelevat henkilöstön sijoittelun polikliiniseen toi-

mintaan, työvuorot ja vuosilomat sähköiseen järjestelmään. Hoitohenkilökunnan työvuorot suunnitellaan potilasvirran mukaan niin, että moniammatillinen yhteistyö mahdollistuu virka-aikana. Poikkeustilanteita varten on erillinen suunnitelma henkilökunnan sijoittamisesta.

7.2 Rekrytointi

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

Syöpäkeskuksen toiminta on erityisosaamista vaativaa toimintaa, joten ammatillinen erityisosaaminen huomioidaan rekrytoinneissa. Henkilöstön kelpoisuus, riittävä osaaminen ja kielitaito varmistetaan tutkintotodistusten, täydennyskoulutusten, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (Julki-Terhikki) sekä haastattelun ja suositusten avulla. Rekrytointia tehdään suoralla rekrytoinnilla sekä yhteistyössä rekrytointiyksikön kanssa. Hoitajarekrytoinnista vastaa hoitotyön esihenkilö ja lääkirrekrytoinnista vastaa yli-lääkäri. Rekrytointivaiheessa huomioidaan yksikköön vaadittava osaaminen sekä lainsäädännön asettamat vaatimukset. Hoitohenkilökunta kuuluu SOTE-sopimukseen, lääkärit LS-sopimukseen ja fyysikot kuuluvat KVTES:n piiriin.

Työntekijällä tulee olla kunnossa tarvittava rokotussuoja. Työsuhteen alussa työntekijä käy työterveyshuollossa alkutarkastuksessa, josta saadun todistuksen työhön soveltuvuudesta hän toimittaa esihenkilölle. Vakituiseen tehtävään/virkaan valitun tulee toimittaa todistus terveydentilastaan 1kk kuluessa työsuhteen alkamisesta.

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.

Säteilylaki velvoittaa esihenkilön huolehtimaan, että kaikilla työntekijöillä, jotka osallistuvat säteilytoimintaan tai joiden tehtävät muutoin edellyttävät erityisosaamista säteilysuojelussa, on toiminnan ja tehtävien edellyttämä kelpoisuus, säteilysuojelukoulutus ja perehdytys tehtäviinsä. Esihenkilö on myös veloitettu pitämään kirjaa vastuullaan olevasta säteilysuojelukoulutuksesta ja perehdytyksestä työntekijäkohtaisesti.

Hoitotyön osalta osastonhoitaja nimeää uuden työntekijän perehdyttäjän. Perehdyttäjä merkitään sädehoidossa työpistetaulukon sekä perehdytyslomakkeelle. Sairaanhoidajien kohdalla perehdyttäjä kirjataan perehdytyslomakkeelle. Alkuun uusi työntekijä työskentelee lääkähoidossa kokeneen hoitajan työparina. Sädehoidossa uusi työntekijä pyritään järjestämään röntgenhoitaja-työparin lisäksi ns. kolmanneksi hoitajaksi, jotta perehtyjä voi rauhassa seurata työparin työskentelyä ensimmäisen työviikon ajan. Syöpäkeskuksen perehdytysaika on 2 vuotta.

Ensimmäinen arviointikeskustelu uuden työntekijän ja perehdyttäjän kanssa käydään 3kk kohdalla organisaation ohjeen mukaisesti. Noin puolen vuoden työskentelyn jälkeen varataan yhteinen keskusteluaika uudelle työntekijälle ja perehdyttäjälle. Tässä keskustelussa käydään läpi perehtymisen tilanne ja tehdään sopimus jatkomentoroinnista. Keskustelusta tehdään lyhyt yhteenveto, joka käydään läpi osastonhoitajan kanssa.

Solunsalpaajahoidon perehdytykseen käytetään solunsalpaajatyöryhmän tekemää perehdytys- ja näyttökorttia ”Sairaanhoitajan perehdytys- ja näyttölomake solunsalpaajahoitoihin”, samoin kuin hyödynnetään muita työryhmän tekemiä ohjeistuksia solunsalpaajatyöhön. Solunsalpaajalääkehoidon osaaminen SYTO-verkkokurssi suoritetaan myös perehdytyksen aikana. KYS:n tekemää solunsalpaajahoidon käsikirjaa hyödynnetään perehdytyksessä yksikön oman lääkehoidosuunnitelman lisäksi.

Osastonhoitajan tekemän osaamisarvioinnin jälkeen lääkehoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle mahdollistetaan perehtyminen puhelinhoitajan tai poliklinikkahoitajan tehtäviin. Jokaisen perehtyjän kohdalla tehdään yhdessä työntekijän kanssa arviointi siitä mistä osaamisalueesta perehtyminen aloitetaan. Kaikkien syöpäkeskuksen sairaanhoitajien tulee pystyä työskentelemään lääkehoidossa ja sen lisäksi tulee perehtyä muiden työpisteiden tehtäviin erillisen suunnitelman mukaan.

Jos sairaanhoitaja on poissa työstä yli 6kk ja röntgenhoitaja yli 1 v:n, on työhön paluun yhteydessä kerrattava keskeiset prosessit sekä poissaolon aikana tapahtuneet niihin liittyvät muutokset. Osastonhoitaja käy työntekijän kanssa keskustellen pääasiat läpi ja tarkempaa perehdytystä varten sovitaan saman ammattiryhmän perehdyttäjän työn tueksi. Perehdytyslomakkeet palautetaan allekirjoitettuna osastonhoitajalle ja perehdytys kirjataan Onni-HR- järjestelmään. Perehdytyksen toteutumista tarkastellaan mm. sädehoidon auditointien yhteydessä.

Erikoistuville lääkäreille on olemassa oma perehdytysohjeisto. Jokaiselle on nimetty ohjaaja. Koulutus noudattaa erikoistuvan lääkärin koulutusohjelmaa alku- ja väliarviointeineen. Lääkäreiden kokonaisperehdytys ja koulutus lääkehoidon osalta noudattaa ESMO:n (European Society of Medical Oncology) koulutusohjelmaa. Sädehoidon suhteen noudatetaan ESTRON:n (European Society for therapeutic radiology and oncology) kriteereitä, poislukien Suomessa fyysikoille määrättyt tehtävät.

Jos perehdytyksessä huomataan puutteita, esihenkilö huolehtii työntekijälle perehdyttäjän työn tueksi. Esihenkilö tarkistaa osaamisen tilanteen uudelleen perehdytyksen jälkeen ja ryhtyy tilanteen vaatimiin toimiin, jos osaaminen ei ole vaaditulla tasolla.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Syöpäkeskukseen on tehty osaamisen kehittämisen suunnitelma. Suunnitelmaan on kirjattu ammattiryhmäkohtaiset osaamisvaatimukset sekä keinot osaamisen vahvistamiseksi. Osaamisvaatimuksissa korostuu erityisesti syöpäpotilaan hoitopolkuun liittyvät asiat, mm. solunsalpaajaosaaminen ja sädehoitoon liittyvä osaaminen. Syöpäkeskuksessa potilaita hoidetaan moniammatillisesti ja moniin tarpeisiin pystytään vastaamaan syöpäkeskuksen oman henkilökunnan toimesta (mm.rintasyöpähoitaja, uroterapeutti ja psykososiaalisen tuen asiantuntijahoitaja).

Osaamisen kehittämisen suunnitelmaan on kirjattu henkilöstön yleiset osaamistarpeet (ammattillinen osaaminen, ohjausosaaminen, digiosaaminen, vuorovaikutusosaaminen, lainsäädännöllinen osaaminen sekä eettinen osaaminen). Sen lisäksi jokaiselle ammattiryhmälle on kirjattu ne erityisosaamisen alueet, joita tehtävän hoitamisessa tarvitaan.

Esihenkilöt tekevät jatkuvaa henkilöstön osaamisen kartoitusta. Osaamisen kehittäminen on suunnitelmallista ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa. Henkilöstön osaamisen kehittämisen välineitä ovat mm. viikkopalaverit, yhteistyökumppaneiden tarjoamat infot ja webinaarit, kansalliset ja kansainväliset koulutuspäivät, Siun soten omat koulutuskokonaisuudet sekä yksikön oman koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset. Koulutuspalautteet annetaan koulutusten jälkeen joko koko henkilökunnalle tai sille ammattiryhmälle, joka sisällöstä hyötyy. Koulutukset kirjataan sähköiseen seurantajärjestelmään.

Lääkehoidon, laadunhallinnan, infektioiden torjunnan, laite- ja potilasturvallisuuden säännölliset koulutukset ovat toimintayksikössä pakollisia ja ne toteutetaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Lisäksi järjestetään yksikön sisäistä laatutyön ohjausta. Yksilökehityskeskustelut toteutetaan vuosittain. Kehityskeskustelussa käydään läpi osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen toiveet ja tarpeet, sekä osaamisen kehittymisen seuranta. Koulutustarpeisiin pystytään reagoimaan nopeasti, koska yksikön oma koulutussuunnitelma tehdään puoleksi vuodeksi kerrallaan toiveiden ja tarpeiden perusteella. Osastonhoitaja tekee hoitajille kolme-neljä kertaa vuodessa työpistekierto-suunnitelman. Suunnitelman avulla hän pystyy suunnittelemaan hoitajien perehdyttämisen työpisteisiin. Työpistekierron avulla pystytään ylläpitämään riittävää osaajaresurssia eri työpisteisiin, jolloin osaaminen on varmistettua myös poikkeustilanteissa

7.5 Johtamisosaaminen

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

Konservatiivisen klinikkaryhmän viroissa noudatetaan hyvinvointialueen virkojen pätevyysvaatimuksia. Määräaikaisessa virkatehtävässä (esim. lähijohtaminen) voi sijaisuutta tehdä ilman erillistä johtamisen tutkintoa.

Eduksi katsotaan substanssiosaaminen tai sitoutuminen siihen perehtymiseen. Konservatiivisessa klinikaryhmässä hyödynnetään Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella yhtenäisesti toteutettavaa johtamiskoulutusta. Osamistarve voi olla yksilöllinen ja/tai toiminnallisiin muutoksiin liittyvä, ja sitä voidaan arvioida esim. kehityskeskustelussa.

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

Sädehoito tuo mukanaan erityisiä velvoitteita johtamisosaamiseen. Säteilylaissa (859/2018 12§) säädettyjen velvoitteiden noudattamisesta vastuussa olevan organisaation johdon on huolehdittava siitä, että organisaation toiminnassa ylläpidetään ja kehitetään hyvää turvallisuuskulttuuria ja kaikilla tasoilla työskentelevät henkilöt, tehtäviensä mukaan:

- 1) ovat tietoisia toimintaan ja suojelutoimiin liittyvistä säteilyriskeistä sekä ymmärtävät niiden turvallisuusmerkityksen;
- 2) noudattavat turvallisia toimintatapoja;
- 3) osallistuvat turvallisuuden jatkuvaan kehittämiseen.

Lisäksi organisaation johdon on huolehdittava, että turvallisuusjohtamisessa yhdistyvät menetelmien, toimintatapojen ja ihmisten johtaminen turvallisuuden hallitsemiseksi. Säteilyturvakeskus antaa kansainvälisiin suosituksiin perustuen tarkemmat määräykset hyvän turvallisuuskulttuurin ylläpitämisestä ja edistämisestä sekä turvallisuusjohtamisesta. Vuosittaisessa johdonkatselmoinnissa käydään läpi sädehoidon toimintaa ja turvallisuusasioita organisaation johdon kanssa.

7.6 Työhyvinvointi

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

Henkilöstön työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevia toimintatapoja ovat mm. TYHY-toiminta (toteutetaan kahdesti vuodessa), työkykylähtöisen tehtävien uudelleenjärjestely, HAVAHU varhaisen välittämisen toimintaperiaate, sairauspoissaolojen hallintamalli ja SISU-työ.

Työhyvinvointia ja työssä jaksamista tukevien toimintatapojen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Henkilöstöllä on mahdollisuus keskustella työyhteisöasioista, työhön liittyvistä erityispiirteistä, haasteista ja onnistumisista säännöllisesti yhdessä osastokokouksissa, kehittämispäivissä, koulutuksissa ja vapaamuotoisissa keskusteluissa.

Kriisitilanteet ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon ja/tai asiasta keskustellaan työnohjauksissa. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn (Mitä siulle kuuluu -kysely), kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus yksilötyönohjaukseen.

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.

Syöpäkeskuksessa ilmenee harvoin uhkaavia vaaratilanteita. Työpisteissä on käytössä päällekkäushälyttimet, joiden avulla saadaan paikalle muita työntekijöitä sekä vahtimestari. Uhkaavien tilanteiden ennakoimista tehdään varaamalla keskusteluihin kaksi työntekijää tai avaamalla ovi viereiseen työtilaan, josta toinen hoitohenkilökuntaan kuuluva pystyy tulemaan tarvittaessa tilanteeseen avuksi.

Suuri osa syöpäpotilaiden vastaanotoista on haastavia liittyen sairauden vakavuuteen. Henkilökuntaa koulutetaan säännöllisesti kohtaamaan vaikeasti sairaita potilaita. Henkilökunta on suorittanut kaikille pakollisen asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutuksen (Potilasturvaportin Henkilöturvallisuus uhka- ja väkivaltatilanteissa). Työnohjauksen ja vapaamuotoisten keskustelujen avulla tuetaan henkilökuntaa. Syöpäkeskuksessa on käytettävissä psykososiaalisen tuen asiantuntijahoitajan palvelut potilaille ja heidän omaisilleen.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Positiivista potilaspalautetta tuodaan säännöllisesti työntekijöiden tietoon. Palautteita käydään läpi aamupalaverissa. Potilaspalautetta saadaan arkikohtaamisissa potilaiden ja omaisten kanssa sekä asiakaspalauttejärjestelmän kautta. Laatuporttiin pystytään kirjaamaan erinomaisen toiminnan huomioita. Onnistumisista palkitaan organisaation palkitsemisjärjestelmän ohjeistuksen mukaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön riittävyys	Jatkuva rekrytointi	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.
Rekrytoinnin epäonnistumisen	Aktiivinen opiskelijaohjaus	

	Myönteinen työntajakuva (vetovoimainen työyhteisö)	<ul style="list-style-type: none"> • Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) • Työturvallisuuslaki 738/2002 <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) • Työvuorosuunnittelun pelisäännöt • Vuosiomaohje • Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi - ohje • Virantäyttöprosessi -ohje • Siun soten perehdytysohjelma • Täydennyskoulutusohje • Siunsote KON SUUNNITELMA koulutussuunnitelma_Syöpäkeskus.docx (sharepoint.com) • Kehityskeskusteluohjeet • Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com) • Henkilöturvaohje • Työhyvinvoinnin tuki • Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma • Työsuojelun toimintaohjelma
Perehdytyksen puute tai epäonnistuminen	Kirjalliset perehdytysuunnitelmat Nimetyt ohjaajat ja mentorit Yhteisvastuu perehdytyksestä	
Osaamisen riittämättömyys	Osaamisen ja kehittämisen suunnitelma Henkilökohtainen osaamisen kehittämisen suunnitelma	
Työilmapiirin huonontuminen	Yhteinen työhyvinvointia ylläpitävä toiminta Aidosti moniammatillinen työyhteisö Toimiva, monikanavainen viestintä	
Onnistumiset ja hyvä palaute jää huomaamatta	Jokainen työyhteisön jäsen antaa positiivista palautetta	

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.

Jokainen käynti kirjataan Siun sotessa käytössä olevaan tietojärjestelmään, Mediatriin. Kaikki ammattiryhmät niin lääkärit, hoitohenkilöstö kuin sihteeritkin käyttävät samaa tietojärjestelmää. Opiskelijat on perehdytetty kirjaamaan ohjaajan valvonnassa samaan tietojärjestelmään. Ohjaaja vahvistaa opiskelijan tekemän kirjauksen. Kaikki kirjatukset pyritään tekemään välittömästi potilaan käynnin jälkeen. Lääkärit sanelevat omat tekstinsä, jotka sihteerit purkaa organisaation ohjeistuksen mukaan kiireellisyyjärjestyksessä. Potilas voi tarkistaa halutessaan tutkimus- ja laboratoriovastaukset OmaKannasta. 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.

Kirjatukset laaditaan sovittujen käytänteiden mukaisesti. Potilastietoja tietojärjestelmästä katsoo ainoastaan kyseisen potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilöstö. 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.

Jokainen ammattihenkilö kirjautuu tietojärjestelmään henkilökohtaisella ammattikortilla. Tietokoneet, joilla kirjatusta tehdään sijaitsevat niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt pääse niitä näkemään. Kirjatusta tekevä henkilö sulkee tietojärjestelmän poistuessaan tietokoneelta. Asiasta ei keskustella muiden, kuin hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Asiakkaan tarkastuspyyntöön perustuvan valvonnan, joka liittyy asiakas- ja potilasrekisteriin, toteuttavat tietosuojavaltuutetut ja Kanta-palveluun liittyvän valvonnan Kansaneläkelaitos (KELA) ja tietosuojavaltuutetut. Siun sote käyttää suojattua tietoliikennejärjestelmää.

Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija/muu henkilö (esim. kokemusasiantuntija) allekirjoittaa Salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin 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 potilaiden/asiakkaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoito-/asiakassuhdetta (esim. omat asiakas/potilastiedot) sekä olemaan ilmaisematta potilas- ja asiakastietoja sivullisille. Esihenkilön vastuulla on huolehtia, että kysyinen sitoutumus tehdään niin opiskelijoiden kuin uusien työntekijöiden kanssa.

Hoitotyön kirjausten laatua auditoidaan säännöllisesti. Jokaisella asiakkaalla on mahdollisuus pyytää selvitystä siitä, kuka on hänen tietojensa käsitellyt, mikäli herää epäily tietojen väärinkäytöstä. Syöpäkeskuksessa on järjestetty koulutusta hoitotyön kirjaamisesta sekä sovittu yhteisistä käytänteistä. Kirjaaminen kuuluu henkilökunnan perehdytysohjelmaan ja perehdytysvastuu on koko henkilökunnalla. Sekä Mediatriin käytöstä että hoitotyön

kirjaamisesta on laadittu kirjalliset ohjeet. Jos kirjaamiseen liittyviä poikkeamia tulee esille, esihenkilö keskustelee asianomaisen kanssa ja järjestää hänelle tarvittaessa kertausta siihen liittyen. Syöpäyksikössä on kirjaamisen auditoija, ja hän pystyy auttamaan kirjaamiseen liittyvissä asioissa. Jos huomataan potilasasiakirjojen käsittelyyn tai salassapitoon liittyviä poikkeamia, ryhtyy esihenkilö organisaation ohjeistuksen mukaisiin toimiin.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

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

Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että työntekijä on tietoinen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Esihenkilöt valvovat ja henkilötietojen käsittelyä ja vastaavat siitä, että se toteutuu asianmukaisesti. Perehdytyksessä hyödynnetään organisaation sisäisiä kirjallisia ohjeistuksia ja koulutuksia. Syöpäkeskuksen toiminnasta muodostuneet henkilötietoja sisältävät paperiset asiakirjat hävitetään organisaation ohjeistuksen mukaisesti tietosuojajätteenä. Samat tietosuojaan liittyvät ohjeistukset koskevat myös yksikön esihenkilöitä silloin kun he käsittelevät syöpäkeskuksen henkilökunnan tietoja.

Tietosuojaselosteet on julkisesti nähtävillä Siun soten internetsivuilla: Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi . Kaikki työntekijät suorittavat 5 vuoden välein tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset verkkokoulutuksena Oppiportissa. Esihenkilöt suorittavat em.lisäksi johdon ja esihenkilön tietoturvakoulutuksen. Yksikön esihenkilöt seuraavat koulutuksiin osallistumista.

Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitsemastaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle. Kaikista tietoturvaloukkauksista tehdään ilmoitus sähköisesti Miunpalvelujen kautta. Tämän lisäksi tehdään vaaratapahtumailmoitus Laatuporttiin.

Esihenkilöiden vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen:

- suorittaa tarvittavat toimenpiteet (mm. henkilöstön ohjeistus)
- pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta vältytään jatkossa
- suorittaa tarvittavat työnjohdolliset toimenpiteet (ml. kuuleminen, seuraamukset/sanktiot)
- informoida loukkauksen kohteena oleva henkilö (rekisteröity) tapahtuneesta (informointi voidaan suorittaa esimerkiksi puhelimitse, asioinnin yhteydessä tai kirjeellä)

- kaikki toimenpiteet tulee arvioida tapaus- ja tilannekohtaisesti, huomioiden tapahtuman riski henkilölle, jonka tietosuojaa on loukattu (kaikkia yllä mainittuja toimia ei tehdä automaattisesti jokaisen tietoturvaloukkauksen käsittelyn yhteydessä)

Tietojärjestelmiin liittyvissä merkittävässä poikkeamissa on ilmoitettava tietojärjestelmän valmistajalle. Jos havaittu poikkeama voi aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- ja potilasturvallisuudelle, poikkeamasta on ilmoitettava sähköisellä lomakkeella Valviralle (<https://turvaviestit.valvira.fi/>). Ilmoituksen tietojärjestelmän valmistajalle ja Valviraan tekee yksikön esihenkilö tai sädehoitojärjestelmien osalta säteilystä vastaavana ylifyysikko.

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
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen ei toteudu annettujen ohjeiden mukaisesti	Asianmukainen koulutus ja jatkuva seuranta	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, voimassa 31.12.2023 saakka • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) • Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007 • Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 • EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) • Tietosuojalaki (1050/2018) • Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi

		<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen • Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) • Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje • Tietosuoja- ja tietoturvapoliittikka • Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja • Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma • Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus • Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaoselosteet • Tietosuojan valvontasuunnitelma • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset • Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Syöpäkeskuksen tilat sijaitsevat keskussairaalan K-talon 1.kerroksessa. Syöpäkeskuksen tilat on suunniteltu käyttötarkoitukseensa, mutta lisätilaa on tilan puutteen vuoksi jouduttu rakentamaan eri käyttötarkoitukseen tehdyistä huoneista. Sädehoidon tiloissa on huomioitu säteilyyn liittyvät ratkaisut rakenteissa ja käytönohjauksessa. Solunsalpaajahoidon antotilassa on huomioitu valvontamahdollisuus hoitojen aikana. Lääkehoitotilan yhteydessä on lisäksi erillinen tila, jonka yhteydessä on oma wc. Tämä tila mahdollistaa eristystarpeen ja yksityisyyden huomioimisen erityisissä hoitotilanteissa. Lääkehoitotilasta pääsee kulunvalvontatunnisteella lääkehuoneeseen. Tämä tila on kameravalvonnan piirissä. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaoseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi) .Syöpäkeskuksen tiloja käyttää henkilökunta, joka ymmärtää tilojen käytön ominaispiirteet (esim. sädehoitotila, solunsalpaajahoitotila) verrattuna normaalissa polikliinisessä käytössä oleviin tiloihin.

Potilaille annetaan ohjeet syöpäkeskukseen saapumisesta ajanvarauskirjeissä. Syöpäkeskuksessa potilaat ohjataan opasteiden avulla oikeaan työpisteeseen. Lääkehoitoihin tulevat potilaat ohjataan tulemaan suoraan lääkehoitotilaan. Sädehoitoon ja vastaanotoille tulevat potilaat ohjataan odottamaan odotusaulaan. Näihin tiloihin opastetaan katto- ja seinäopasteiden avulla. Syöpäkeskuksen tilat ovat esteettömät.

Yksikön tiloissa on automaattiset paloilmoin- ja sammutusjärjestelmät sekä murtosuojausjärjestelmät. Järjestelmistä vastaavat pelastuslaitos ja muut turvallisuustoimijat. Järjestelmien testaamiseen liittyvien käytäntöjen informoinnin päävastuu kuuluu esihenkilöille. Hätäpoistumistiet pidetään vapaina niin, että esteetön kulkeminen on mahdollista. Syöpäkeskukseen on laadittu asianmukainen poistumisturvallisuusselvitys sekä yksikön palo – ja pelastusohje (löytyvät kirjallisina turvallisuuskansista neuvotteluhuoneesta). Ohjeet päivitetään 3 vuoden välein tai toiminnan muuttuessa.

Syöpäkeskuksen tiloissa on käytössä hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmä. Potilaille ohjataan hoitajankutsupainikkeen käyttö ja sen toiminta tarkistetaan yhdessä potilaan kanssa. Sädehoidon säätötilasta on näkö- ja puheysteys hoitotilaan, jossa potilas on hoidon aikana yksin. Vähintään kaksi röntgenhoitajaa seuraa hoidon etene- mistä kameroiden kautta. He reagoivat potilaan asennon muutoksiin keskeyttämällä hoidon ja tarkistamalla potilaan voinnin.

Syöpäkeskuksen lääkehuoneeseen pääsevät vain ne henkilöt, joilla on sinne kulkuoikeus. Osastonhoitaja pyytää lisäämään tarvittaessa henkilökunnalle kulkuoikeuden lääkehuoneeseen. Siivous- ja huoltotilanteissa tilassa on kulkuvallinen henkilö työssä yhtä aikaa. Lääkehuoneessa on lisäksi tallentava kameravalvonta.

Syöpäkeskuksen vastaanottohuoneissa on päällekkäushälyttimet, joilla saadaan hälytettyä paikalle vahtimestarit turvaamaan henkilökuntaa. Henkilöstö opastetaan hoitaja- ja hätäkutsujärjestelmien käyttöön ja toimintamalleja kerrataan säännöllisesti. Järjestelmien toiminnan ja perehdytyksen päävastuu kuuluu yksikön esihenkilöille. Ohjeet käydään läpi vuosittain koko henkilöstön kanssa ja perehdytetään uusille työntekijöille.

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
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut ovat työ- ja potilasturvallisia	Turvallisuuskävelyt Päällekkäushälyttimien säännöllinen testaaminen Henkilökunnan koulutus	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) • Tietosuojalaki (1050/2018) • Pelastuslaki (379/2011) • Säteilylaki 859/2018

	Sädehoidon turvallisuusarviointi (lakisääteinen) Syöpäkeskuksen riskienarviointi Laatuportissa vuosittain	<ul style="list-style-type: none"> • STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 • Lääkelaki 395/1987 • Fimean määräys 6/2012 (mm.lääkehuoltotilat) • EUn yleinen tietosuoja-asetus (679/2016) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelastussuunnitelmat - linkit • Poistumisturvallisuus opas • Syöpäkeskuksen pikaohje (turvallisuuskansiossa)palotilanteisiin • Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen 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/hoito toteuttavaksi etäpalveluna ja soveltuuko asiakas/potilas etäpalvelun käyttäjäksi.

Syöpäkeskuksessa on käytössä etävastaanottoja teamsin välityksellä ja puhelimitse. Lisäksi käytössä on tekstiviestit ja Omakanta viestit. Lääkeresepit tehdään e-resepteinä. Vastaanotto- ja tutkimusaikoja voidaan lähettää suomi.fi palvelun kautta, jos aikaan on enemmän aikaa kuin kaksi viikkoa. Potilaaseen ollaan yhteydessä puhelimitse jos aika on aikaisemmin kuin kahden viikon päästä. Jos potilaalla ei ole käytössä suomi.fi palvelua, järjestelmä lähettää potilaalle tavallisen kirjeen.

Potilaiden asioita käsitellään vastaanottotilassa, ei käytävillä. Henkilöt, jotka tekevät etätöitä, varmistavat, että työskentelytila on sellainen, että tietoturva ja sallassapito toteutuu.

Etävastaanotto on vaihtoehto läsnäolovastaanotolle. Etävastaanottoja järjestetään sekä teams -videovälitteisinä että puheluina. Potilaan soveltuvuus etänä tapahtuvaan vastaanottoon arvioidaan läsnäolovastaanotto-käynnin yhteydessä. Potilaalta kysytään etävastaanottojen osalta onko hänellä käytössään tietokone, kamera ja sähköpostiosoite. Omakantaviestien lukemiseen potilaalla pitää olla tietokone tai älypuhelin ja pankkitunnukset.

Mikäli asiakkaan tunnistamista ei voida tehdä videoyhteydellä, tunnistautuminen tehdään kysymällä asiakkaan henkilöllisyys suullisesti, ensisijaisesti asiakkaalta itseltään, vasta toissijaisesti hänen saattajaltaan. Potilas tunnustetaan kysymällä potilaan nimi ja henkilötunnus. Tunnistautumisen yhteydessä kysytyt henkilötiedot varmistetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmästä. Etä- ja digipalveluita käyttäviä potilaita ohjataan ja neuvotaan palveluiden käyttöön vastaanotto- ja hoitokäynneillä. Teams -videovälitteisen etävastaanoton ohjeistus lähetetään potilaalle sähköpostiin. Ohjeistuksella ohjataan turvalliseen sähköiseen asiointiin:

Ohje: Videovälitteinen etäkäynti Teamsin välityksellä, linkki

Sähköinen asiointi – Kuvitettu ohje asiakkaalle suojatun sähköpostin lähettämiseen, linkki

Etäryhmäkäynti Teamsin välityksellä -asiakasohje, linkki

Henkilökunnan etä- ja digiosaamista pidetään yllä talon sisäisillä ohjeistuksilla ja koulutuksilla. Yksikössä on nimetyt digimentorit, jotka neuvovat ja ohjaavat työkavereita. Sen lisäksi osallistutaan erilaisiin koulutuksiin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Etä- ja digipalveluiden tietoturva ei toteudu ohjeistuksen mukaisesti	Vahva tunnistautuminen Koulutus	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) Tietosuojalaki (1050/2018) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tietosuoja koskeva vaikutustenarviointi (DPIA) Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle Valokuvan vastaanottaminen asiakkaalta suojatulla sähköpostilla -ohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin

		<ul style="list-style-type: none"> • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	--	---

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.

Syöpäkeskuksen lääkehoidossa on päivittäin käytössä lääkkeiden annosteluun tarkoitettuja infuusiopumppuja, monitori elintoimintojen seuraamiseen, verenpainemittareita, verensokerimittareita, alkometri, kuumemittareita ja saturaatiomittareita. Elvytyskärryssä on defibrillaattori elvytystilannetta varten. Sairaalakaasuja varten löytyvät happipistokkeet lisähapen antamiseen ja ilmapistoke mm. limaimuihin. Pyörätuoli on käytössä liikuttamiseen turvaamiseen. Sähkökäyttöiset potilassängyt ja hoitotuolit mahdollistavat asennonmuutokset hoitojen aikana. Käytössä on myös korva-/silmälamppu korvan/silmän tutkimista varten. Ultraäänilaitetta käytetään esim. askitesnesteen tarkistusta varten. Henkilövaakoja löytyy painon mittaamiseen. Lääkintälaittehuolto tekee uusille laitteille käyttöönottotarkastuksen ja lisää laitteen lääkintälaiterekisteriin ennen käyttöönottoa. Lääkintälaitteet poistetaan käytöstä lääkintälaittehuollon kautta.

Potilassiirroissa apuna käytetään liukulevyjä, siirtopatjoja, pyörähdyslevyä, nostovyötä sekä nousutukea sädehoidon hoitopöydälle nousun apuna.

Ulkoisen sädehoidon laitteet (lineaarikiihdyttimet, hengitystahdistuslaite, pinnantunnistuslaite) ovat käytössä arkipäivisin. Hoidon varmistus- ja annossuunnitelulaite ja ohjelmistot ovat päivittäisessä käytössä. Elektronihoidoissa käytetään lisäksi säteilykeilan rajaamiseen tarvittavia välineitä. Laitteita käyttää niiden käyttöön koulutettu henkilökunta, röntgenhoitajat ja fyysikot. Sädehoidon dosimetrialaitteita (annosmittarit) on myös lakisääteisesti käytössä. Säteilytiloihin on rajoitettu liikkumista niin, että tiloihin pääsee vain laitteita käyttävä henkilökunta. Ovet ovat lukittuina silloin kun tiloja ei käytetä. Sädehoidon laitteita ja ohjelmistoja käytetään henkilökohtaisten kirjautumistunnusten avulla. Näin estetään asiattomilta käyttäjiltä laitteille pääsy.

Sädehoidon toteutuksessa voidaan tarvita apuna termoplastisia fiksaatiomaskeja pään ja kaulan alueen hoidoissa. Maskien teossa käytetään apuna ns.maskiuunia, jossa maskimateriaali pehmenetään muotoilun helpottamiseksi. Potilaan asettelussa hoitopöydällä käytetään apuna erilaisia tynnyjä ja telineitä, jotta potilaan asento saadaan samanlaiseksi jokaisella hoitokerralla. Sädehoidon suunnittelukuvaukset tehdään PET-TT-laitteella, joka on yhteiskäytössä radiologian ja kliinisen fysiologian kanssa. Kuvaustiloihin pääsyä seurataan kulkutunnisteiden avulla. Osassa kuvauksissa käytetään varjoaineruiskua. Ruiskun avulla röntgenhoitajat annostelevat potilaaseen jodipitoista varjoainetta lääkärin määräyksestä.

Sädehoidon laadunvarmistuksessa käytetään isodoosikartoitinta, annosmittaria, ionisaatiokammiota ja elektrometrejä. Näitä käyttää vain käytönopastuksen ja koulutuksen saanut henkilökunta, fyysikot ja röntgenhoitajat. Lineaarikiihdyttimille tehdään käynnistyksen yhteydessä joka aamu laadunvarmistustestit röntgenhoitajan toimesta ennen potilaiden hoitamista. Potilaiden hoitoa ei aloiteta ennen kuin laatumittaukset on saatu toteutumaan onnistuneesti. Fyysikot tekevät aamumittausten lisäksi laaduntarkastusmittauksia kuukausittain erillisen laadunvarmistusohjelman mukaisesti. Röntgenhoitajilla on velvollisuus tarkkailla kiihdyttimen toimintaa ja ilmoittaa fyysikoille, jos koneen päivittäisen toiminnan aikana ilmenee häiriöitä. Kiihdyttimessä on lisäksi sisäinen hoidon varmistusjärjestelmä, joka estää laitteen käytön, jos järjestelmä havaitsee häiriöitä normaalissa toiminnassa.

Lineaarikiihdyttimet määräaikaishuolletaan laitetoimittajan toimesta kolme kertaa vuodessa. Määräaikaishuolloista tulee ylifyysikolle raportti, joka allekirjoituksella hyväksytään. Siun Soten laitehuoltoon on koulutettu kaksi huoltomiestä kiihdyttimien huoltoon. Lineaarikiihdyttimet katsastetaan ennen käyttöönottoa ja kahden vuoden välein Säteilyturvallisuuskeskuksen toimesta. Laadunvarmistuksessa käytettävät dosimetrialaitteet kalibroidaan kolmen vuoden välein.

Lääkintälaittehuolto huolehtii lääkintälaitteiden säännöllisestä huollosta huolto-ohjelman mukaisesti. Jos laitteen toiminnassa huomataan ongelmia, tehdään korjauspyyntö ja toimitetaan laite lääkintälaittehuoltoon. Jos laitetta ei saada korjattua, se lähtee poistoon. Syöpäkeskuksessa kalibroidaan ja tarkistetaan verensokerimittarit ja alkometri säännöllisesti. Henkilökunta puhdistaa laitteet käytön jälkeen asianmukaisilla puhdistusaineilla ja varmistaa laitteet käyttökuntoon seuraavalle potilaalle.

Keväällä 2024 Syöpäkeskuksessa ollaan ottamassa käyttöön digitaaliset laitepassit. Tässä yhteydessä tehdään yksikköön laiterekisteri, jonka ylläpidosta vastaavat esihenkilön lisäksi yksikön turvallisuusvastaavat. Lääkintälaitteet pyritään hankkimaan sopimustoimittajilta, jolloin asianmukaisuus on varmistettu hankintatoimen puolesta kilpailutuksen yhteydessä. Kaikissa laitteissa tulee olla CE-merkintä.

Laitteita käytetään valmistajan määrittelemän käyttötarkoituksen ja ohjeiden mukaisesti. Laitetta käytävällä on oltava turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Hoitajat suorittavat Laiteturvallisuus-verkkokurssin. Hoitohenkilöstön laiteperehdytys kirjataan perehdytyslomakkeelle. Esimerkiksi infuusioautomaatin asianmukainen käyttö varmistetaan lääkähoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta näyttökokeella perehdytysprosessin aikana. Sädehoidossa laiteosaaminen varmistetaan perehdytyksen aikana erillisillä näytöillä. Opiskelijalle nimetty ohjaaja myös valvoo laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden oikeaoppista käyttöä.

Potilastietojärjestelmä on potilaan hoidon kannalta välttämätön ja sen vuoksi riskilaitte. VaraMediatriesta pystyy tarkistamaan häiriötilanteen aikana osan potilaan tiedoista.

Sädehoidon lineaarikiihdyttimet ovat syöpäkeskuksen kriittisiä laitteita. Ilman niitä sädehoidon toteutus ei ole mahdollista. Hoidonvarmistus- ja annossuunnittelujärjestelmät ovat myös kriittisen välttämättömiä hoidon toteuttamisessa. Sädehoidon suunnittelukuvauksiin käytettävä tietokonetomografialaitteisto on myös kriittinen ja välttämätön laite. Tämän vuoksi on sovittu kirjallisesti kuvantamiskeskuksen kanssa varalaitteen käytöstä, koskien tilannetta, jossa ensisijainen kuvauslaite rikkoutuu tai on muusta syystä pois käytöstä pidemmän aikaa. Syöpäkeskuksella ei ole käytössä omaa tietokonetomografialaitetta, vaan suunnittelukuvauksissa käytetään kuvantamiskeskuksen laitteita.

Työturvallisuuden näkökulmasta solunsalpaajien annosteluun käytettävät infuusioletkustot ovat kriittisiä tarvikkeita. Ns. suljetun infuusioletkuston avulla varmistetaan etteivät työntekijä tai potilas altistu solunsalpaajapäästöille. Letkustojen hetkelliset toimituskatkot eivät aiheuta suurta riskiä, mutta tilanteen pitkittyessä altistumisen riski kasvaa. Korvaavia tuotteita on saatu käyttöön toimituskatkojen aikana, ja näiden tuotteiden avulla riski on hallinnassa.

Sairaalakaasuista käytössä ovat lääkkeellinen happi ja ilma. Happipistokkeet löytyvät vastaanottohuoneista ja sädehoidon kuvaustiloista. Ilmavirtausmittarit ovat keskitetty lääkehuoneeseen sekä sädehoidon kuvaustiloihin.

Syöpäkeskuksen yleisesti käytössä olevien laitteiden ja tarvikkeiden ohjeet on koottu kansioon, joka on koko henkilökunnan käytettävissä neuvotteluhuoneen hyllyssä. Sädehoidon ohjeet löytyvät kirjallisina molempien kiihdyttimien säätötiloista. Ohjeet löytyvät myös teams-tiedostosta. MyVarian- sivustolta löytyvät kaikki sädehoitolaitteisiin liittyvät laitetoimittajan ohjeet.

Syöpäkeskuksen ainoa kotiin luovutettava laite on kertakäyttöinen, solunsalpaajaa sisältävä, ambulatoorinen infuusiopumppu. Hoito aloitetaan aina syöpäyksikössä ja infuusionopeus on joko 24h tai 48h potilaan hoidosta riippuen. Potilas poistaa infuusiopumpun kotona lääkeaineen loppumisen jälkeen. Potilasta pyydetään tuomaan tyhjentyneet pumppu seuraavalla hoitokerralla syöpäkeskukseen, jossa se hävitetään asianmukaisesti solunsalpaajajätteenä. Potilas ohjataan pumpun käyttöön, poistoon ja mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Ongelma- ja vaaratilanteissa potilas ohjataan ottamaan yhteyttä syöpäkeskukseen tai päivystysaikana päivystysapuun. Potilaan kirjallinen ohje löytyy tiedostopankista Potilasohje: infuusiopumpun sekä laskimoptin neulan irrottaminen.

Terveysthuollon laitteisiin, tarvikkeisiin ja apuvälineisiin liittyvistä vaara- ja poikkeamatapahtumista tehdään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen ilmoitus Laatuporttiin. Ilmoituksia hyödynnetään laiteturvallisuuden seuraamisessa ja kehittämisessä. Lääkinnälliseksi laitteeksi katsottavan laitteen ja tarvikkeen vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen, tulee tehdä vaaratilanneilmoitus myös laitteen valmistajalle sekä Fimealle. Ilmoitus tulee tehdä myös jos laitteen osuus on epäselvä. Esihenkilö huolehtii ilmoitusten tekemisestä laitteen valmistajalle ja Fimealla Laatuportin kautta 30 vrk kuluessa tapahtuneesta.

Ylityksikkö ilmoittaa Säteilysuvaruusskeskukselle säteilyyn liittyvät haittatapahtumat kootusti kerran vuodesta tai vakavissa tilanteissa heti tapahtuman yhteydessä.

Henkilöstöä on ohjeistettu lopettamaan laitteen käyttäminen välittömästi, jos laitteen käytössä ilmenee puutteita. Jokaisen vastuulla on laitteen oikeanlainen käyttö, eikä laitetta saa käyttää jos osaamista ei ole. Esihenkilö ja säteilyturvallisuusvastaava ylityksikkö seuraa laitteisiin liittyvien Laatuportti-ilmoitusten määrää ja tarpeen mukaan tehdään kehittämistoimenpiteitä, esim. ohjeiden päivittäminen, koulutukset.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Braunin infuusioautomaatti ei ole ennestään tuttu uudelle työntekijälle	huolellinen perehdytys ja näytöt infuusioautomaatin käyttöön liittyen solunsalpaajahoidoissa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) -tietojärjestelmäohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Happi- ja ilmapvirtausmittareiden sekoittuminen	Yksikön työpisteissä on pääsääntöisesti vain happivirtausmittarit. Ilmapvirtausmittarit säilytetään erillään happivirtausmittareista.	
Sädehoidon turvallisuus	Sädehoidon riskinarvio	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017)

	Sädehoidon turvallisuusarvio Perehdytys	<ul style="list-style-type: none"> • Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) • Säteilylaki (859/2018) • Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018 • STM:n asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018 • Säteilyturvallisuuskeskuksen määräykset
--	--	--

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.

Syöpäkeskuksen vastuulla on toteuttaa alueen aikuisväestölle syövän lääkehoitoja. Yksikön lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu lääkehoitoprosessi, siihen liittyvät vastuut ja velvollisuudet, vaara- ja poikkeamatilanteissa toimiminen ja henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta sekä lääketurvallisuudesta vastaa osastonhoitaja yhdessä ylilääkärin kanssa. Lääkehoitosuunnitelman tarkistaa ylihoitaja ja hyväksyy syöpäkeskuksen ylilääkäri. Päivitykseen edellä mainittujen lisäksi osallistuvat lääkehoitovastaviksi nimetyt sairaanhoitajat.

Lääkehoitosuunnitelman päivitykset käydään läpi moniammatillisesti aamupalavereissa sekä tarkemmin hoitajien kanssa osastotunneilla. Lääkehoitosuunnitelmaan vaikuttavat muutokset käsitellään yhdessä ja ne kirjataan suunnitelmaan esihenkilön tai lääkevastaavan toimesta. Päivitetty suunnitelma tulostetaan lääkehuoneen kansioon. Lääkehoitosuunnitelma löytyy teamsin syöpäkeskuksen kanavan tiedostoista, johon kaikilla yksikössä työskentelevillä on oikeudet. Suunnitelma löytyy myös organisaation tiedostopankista. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vuosittain kesäkuussa.

Solunsalpaajahoidon perehdytykseen käytetään solunsalpaajatyöryhmän tekemää perehdytys- ja näyttökorttia ”Sairaanhoitajan perehdytys- ja näyttölomake solunsalpaajahoitoihin”, samoin kuin hyödynnetään muita työryhmän tekemiä ohjeistuksia solunsalpaajatyöhön. Uudet sairaanhoitajat suorittavat Solunsalpaajahoidon osaaminen SYTO-verkkokurssin. KYS:n tekemää solunsalpaajahoitojen käsikirjaa hyödynnetään myös perehdy-

tyksessä. Läpikäyty lomake palautetaan osastonhoitajalle säilyttämistä varten. Osastonhoitaja huomio lomakkeen säilytyksessä tietosuojaan liittyvän ojeistuksen. Kaikkien syöpäkeskuksen sairaanhoitajien tulee pystyä työskentelemään lääkehoidossa. Lääkehoidon ohjaamisosaaminen korostuu kaikissa tehtävissä.

Sairanhoitajien toteuttama lääkehoito painottuu solunsalpaajahoitojen, immunologisten sekä muiden vasta-ainehoitojen toteuttamiseen ja niihin liittyviin valmistelutöihin. Sairanhoitajien tehtäviin kuuluu tarvittaessa po- tai iv-lääkkeiden antaminen osana solunsalpaajahoitoa (mm. esilääkkeet sekä pahoinvoinnin estolääkitys).

Syöpäsairaanhoitajan, rintasyöpähoitajan sekä uroterapeutin tehtävät edellyttävät vankkaa syöpäpotilaan hoitotyön osaamista, johon sisältyy lääkehoito-osaaminen. Tehtävien menestyksellisen hoitaminen edellyttää perustaitojen osaamista solunsalpaajahoitojen toteuttamiseen liittyen sekä tehtäväkohtaista osaamisen vahvistamista kunkin oman osaamisalueen erityispiirteisiin. Syöpäsairaanhoitaja osallistuu tarvittaessa syöpäpotilaiden kipupumppuhoitojen ohjelmointiin ja henkilökunnan ohjaukseen vuodeosastoilla.

Puhelinhoitajan tehtävässä tulee hallita perustason solunsalpaajaosaamisen lisäksi kotona toteuttavien tablettilääkehoitojen erityispiirteet. Puhelinvuorossa oleva sairaanhoitaja ohjeistaa kotona lääkehoitoa toteuttavia potilaita annostelevaan lääkityksiä kontrolliverikokeiden ja vointiarvioinnin perusteella. Puhelinhoitajalle on koottu lääkekohtainen perehdytyskansio työn tueksi. Perehtyminen työhön tapahtuu kokeneemman sairaanhoitajan tuella. Samoin poliklinikkahoitajan tehtäviin perehdytään kokeneemman sairaanhoitajan työparina. Ennen poliklinikkahoitajaksi perehtymistä tulee osata keskeiset lääkehoidossa käytettävät lääkitykset. Poliklinikalla hoitaja antaa alkuinformaatiota potilaan ja sairauden erityispiirteet huomioiden. Sairanhoitajien eri osaamisalueiden yhteenveto on esitetty tiivistetysti ohessa olevassa taulukossa.

Syöpäkeskuksen sairaanhoitajien osaamisalueet	lääkehoitoon liittyvät tehtävät
lääkehoidon sairaanhoitaja	solunsalpaajahoitoprosessin mukaiset tehtävät, potilaan lääkehoidon ohjaus solunsalpaajahoitojen aikana
puhelinhoitaja	tablettihoitojen ohjaus ja lääkehoidon neuvonta puhelimitse
poliklinikkahoitaja (vo4 ja vo5)	hoitojen aloitukseen liittyvä alkuohjaus sekä potilaan hoitopolun mukainen ohjaaminen ja neuvonta
syöpäsairaanhoitaja	potilaan hoitopolun aikainen ohjaaminen ja neuvonta, sekä mahdolliset yhteydenotot aktiivihoidon jälkeen
rintasyöpäsairaanhoitaja	lääkehoitoneuvonta seurannassa oleville rintasyöpäpotilaille
uroterapeutti	urologisiin sairauksiin ja oireisiin liittyvä lääkehoidon ohjaus ja neuvonta, urologisiin tablettihoitotöihin liittyvä neuvonta puhelimitse ja vastaanotolla

Röntgenhoitajilla potilaan lääkehoitoon osallistuminen painottuu varsinaisen lääkkeen annon sijaan lääkeohjaukseen ja lääkehoidon vaikuttavuuden tarkkailuun. Röntgenhoitajat eivät annostele potilaille lääkkeitä, lu-

kuun ottamatta osassa suunnittelutietokonetomografioissa käytettävää varjoainetta. Uusi röntgenhoitaja perehtyy sädehoidossa tarvittavaan lääkehoidon ohjaukseen yhdessä työparin sekä perehdyttäjän kanssa. Röntgenhoitajaopiskelija ei työsuhteessa ollessaan anna itsenäisesti potilaalle lääkehoidon ohjausta.

Lääkäreiden kokonaisperehdytys ja koulutus lääkehoidon osalta noudattaa ESMO:n (European Society of Medical Oncology) koulutusohjelmaa.

Lääkevastaavien tehtäviin kuuluu koordinoita tarvittavien ohjeiden päivittäminen lääkekansioon sekä tiedottaminen mahdollisista muutoksista. Lääkevastaava hoitaja huolehtii yhdessä yksikön muiden sairaanhoitajien kanssa lääkehuoneen siisteydestä sekä vanhentuneiden lääkkeiden poistamisesta.

Syöpäkeskuksessa käytetään Siun Soten lääkelupaprosessin mukaisia näyttöjä ja niihin liittyviä osaamiskriteereitä, pois lukien lääkkeenjako näyttö. Syöpäkeskuksessa ei jaeta potilaille lääkkeitä. Röntgenhoitajat eivät myöskään anna näyttöjä ihon alle, eikä lihakseen pistettävien lääkkeiden valmistelusta ja antamisesta. Röntgenhoitajien osalta suun kautta (po) annosteltavien lääkkeiden antamiseen liittyvien näyttöjen puuttuminen ei ole este LOP-luvan saamiselle, koska po-lääkkeitä ei sädehoidossa potilaille anneta poikkeustilanteita lukuunottamatta. Näihin tilanteisiin yksikössä on käytettävissä sairaanhoitajia, joilla luvat ovat voimassa.

Yksikkökohtaiset näytöt vaaditaan:

- IV- nestehoidon toteutus näyttöön liittyen solunsalpaajaletkuston käyttökuntoon saattamisesta ja infuusio-automaatin käytöstä sairaanhoitajien osalta.
- Varjoainetehosteisia TT-kuvauksia tekevät röntgenhoitajat antavat näytöt perifeerisen laskimon kanyloinnista, iv-lääkeinjektion valmistelusta ja antamisesta (varjoaineruiskuun liittyvät valmistelut ja potilasannostelu) sekä iv-lääkeinfusion valmistelu ja antaminen (NaCl-infusion käyttökuntoon saattaminen ja liittäminen varjo-aineruiskuun sekä potilaaseen).

Lääkelupaprosessiin sisältyvän perehdytyskeskustelun uudelle työntekijälle pitää esihenkilö sekä perehdyttävä hoitaja. Keskustelussa keskitytään syöpäkeskuksen lääkehoidon erityispiirteisiin, koska pääsääntöisesti syöpäkeskukseen siirtyvillä sairaanhoitajilla on jo olemassa ymmärrys organisaation lääkehoidon käytännöistä. Keskustelu on yksilökeskustelu. Organisaation ulkopuolelta tuleville hoitajille lääkehoidollinen perehdytys sisällytetään laajempaan kokonaisperehdytykseen. Tällöin perehdytysissällöt sovitaan erikseen henkilökohtaisen vastuuperehdyttäjän kanssa.

Lääkehoitoon liittyvien tenttien suoritus tapahtuu Siun Soten ohjeistuksen mukaisesti. Tenttien valvonnasta vastaa osastonhoitaja tai hänen nimeämä varahenkilö. Näyttöjä vastaanottavat lääkehoitoa toteuttavat yksikön omat hoitajat, joilla on lääkeluvat voimassa sekä Näytöt ja osaamisen arviointi- verkkokoulutus suoritettuna. Lääkeluvat tallennetaan ja säilytetään organisaation ohjeiden mukaisesti. Syöpäkeskuksessa ei ole mahdollista työskennellä ilman voimassa olevia lääkelupia.

Lääkäri selvittää potilaan käyttämän lääkityksen vastaanottokäynnin yhteydessä ja kirjaa uudet lääkkeet potilaan lääkitysosioon Mediatriissa. Lääkäri kirjaa lääkitystietojen tarkistamisen SYÖ- tai SIS-lehdelle Mediatriin. Hematologisten potilaiden lääkityslistoja voi tarkistaa myös sairaanhoitaja, esimerkiksi KYS:n tai HUS:n kautta tulevien potilaiden osalta.

Rintasyöpähoitaja tarkistaa potilaan kotilääkityksen vastaanottokäynnin yhteydessä Turvallisen lääkehoitotyöryhmän ohjeistuksen mukaisesti. Sairaanhoitajalla on myös velvollisuus tarkistaa potilaan kotilääkitys ja päivittää tarvittaessa potilaan lääkityslista vastaamaan todellista tilannetta. Sairaanhoitaja kirjaa tiedon lääkkeen poikkeavasta käytöstä tai annoksesta Mediatriin lääkityslistan Huom-kenttään tai laittaa lääkkeen tauolle, jos potilas ei lääkettä käytä. Hoitaja myös varmistaa, että lääkäri on tietoinen potilaan itse tekemistä lääkemuutoksista. Lääkäri päivittää hoitajan Huom-kenttään tekemät merkinnät Mediatriin lääkityslistalle oman harkintansa mukaan.

Lääkkeiden kulutusta seurataan päivittäin. Lääkkeitä tilataan tarpeen mukaan, eikä erikseen määriteltyä lääkkeen tilauspäivää tai ajankohtaa ole. Lääkehuoneessa on käytössä tilauspohja, johon lääkepuutteet kootaan ennen tilaamista. Akuuteissa tilanteissa tehdään tarvittaessa lisätilaus. Lääkkeet tilataan TcPharma-ohjelmalla sairaala-apteekista ja sairaala-apteekki toimittaa tilatut lääkkeet sinetillä varustetussa lääkekopassa syöpäkeskukseen, jossa sairaanhoitaja siirtää lääkkeet lukitun lääkehuoneen hyllyille tai jääkaappiin.

Solunsalpaajalääkkeet tilataan potilaskohtaisina annoksina TcPharma- ohjelman kautta. Tilauksen saavat tehdä vain asiaan koulutetut sairaanhoitajat ja tilaus/vahvistusoikeudet osastonhoitaja huolehtii sairaala-apteekin kautta. Lääkäri hyväksyy solunsalpaajatilauksen sähköisesti apteekkiohjelmassa. Solunsalpaajalääkkeet toimitetaan yksikköön sairaala-apteekista sinetillä varustetuissa lääkelatikoissa, jotka sairaanhoitaja avaa lääkehoituhuoneessa.

Lääkehoitoon liittyvät haattatapahtumailmoitukset ovat yleensä solunsalpaajaprosessiin liittyviä. Henkilökunta tekee ilmoitukset Laatuportti- järjestelmään organisaation ohjeistuksen mukaisesti, myös läheltä piti tilanteissa. Osastonhoitajalle ja ylilääkärille tulee ilmoitus yksikössä tehdystä haattatapahtumailmoituksesta. Osastonhoitaja reagoi tulleeeseen ilmoitukseen 14 vuorokauden määräajassa. Osastonhoitaja kokoaa tietyn ajan jakson (noin 1kk) ilmoitukset ja ne käsitellään yhdessä muitten palautteiden kanssa moniammatillisessa aamupalaverissa. Sen jälkeen osastonhoitaja kirjaa keskustelussa esille tulleet kehittämisehdotukset ilmoituksiin ja kuittaa ilmoitukset käsitellyiksi. Ilmoitus voidaan kääntää tiedoksi mm. palvelualuejohtajalle ja ylihoitajalle. Osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö huolehtii kehittämisehdotusten jatkokäsittelystä ja käytäntöön panosta sekä seurannasta. Kehittämistoimenpiteitä voivat olla esimerkiksi lääkehoidon ohjauskäytänteiden muutos tai tarkennus.

Potilaita ja heidän omaisiaan ohjataan solunsalpaajahoitoon liittyen koko hoitoprosessin ajan. Ohjaukseen kuuluu myös informoiminen mahdollisista haattatapahtumista. Potilaita ohjeistetaan kertomaan hoidon aikaisesta

vaaratilanteesta hoitohenkilökunnalle. Lääkkeen antoon liittyvät ongelmat ja komplikaatiot merkitään potilaan tietoihin ja tehdään haittatapahtumailmoitus (sairaanhoidaja ja/tai lääkäri). Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa informoidaan välittömästi lääkäriä, joka myös osaltaan kirjaa tapahtuman sairauskertomukseen ja tekee tarvittaessa ilmoituksen FIMEAlle ja/tai lääkkeen valmistajalle.

Lääkkeeseen liittyviä haittoja kysytään potilaalta jokaisen lääkehoidon yhteydessä sekä puhelinvastaanotoilla ja ne kirjataan hoitotyön merkintöihin (sairaanhoidaja). Lääkärin vastaanottokäyntien yhteydessä sairauskertomukseen kirjataan haitat ja niiden mahdollinen vaikutus hoidon jatkumiseen /annostelun muutoksiin. Hoidon vaikuttavuutta arvioidaan potilaan voinnilla (kliininen status) sekä vastetutkimuksilla. Vaikuttavuus kirjataan aina sairauskertomukseen (lääkäri) ja kirjaamisessa noudatetaan kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. Mikäli potilas siirtyy haittavaikutuksen vuoksi vuodeosastolle / tehovalvontaan hoitoon, annetaan potilaasta suullinen raportti ja kaikki tapahtumaan liittyneet tiedot kirjataan yllä mainitulla tavalla.

Potilas ohjataan ottamaan yhteyttä potilasasiavastaavaan tai hän voi lähettää asiakaspalautteen Siun Sote verkkosivujen kautta, mikäli hän ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon tai kohteluun. Potilas- ja sosiaaliasiavastavaan yhteystiedot löytyvät Siun Sote verkkosivuilta. Potilailta tai omaisilta tullut palaute käsitellään moniammatillisessa palaverissa mahdollisimman pian sen saapumisen jälkeen. Osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö huolehtii jatkotoimepiteiden käytäntöön panosta.

Syöpäkeskuksen ainoa kotiin luovutettava laite on kertakäyttöinen, solunsalpaajaa sisältävä, ambulatorinen infuusiopumppu. Hoito aloitetaan aina syöpäyksikössä ja infuusionopeus on joko 24h tai 48h potilaan hoidosta riippuen. Potilas poistaa infuusiopumpun kotona lääkeaineen loppumisen jälkeen. Potilasta pyydetään tuomaan tyhjentyneet pumppu seuraavalla hoitokerralla syöpäkeskukseen, jossa se hävitetään asianmukaisesti

solunsalpaajajätteenä. Potilas ohjataan pumpun käyttöön, poistoon ja ongelmatilanteisiin. Potilaan kirjallinen ohje löytyy tiedostopankista Siunsote_SYO_POTILAS_fluoropumppu_ohje.docx (sharepoint.com).

Solunsalpaajavahingoissa jokaisen työntekijän on tiedettävä roiskepakin sijainti ja sisältö ja osattava toimia oikein roiskeiden siivoamisessa. Työturvallisuusilmoitus tehdään jokaisesta solunsalpaajiin liittyvästä vaaratapahtumasta. Ilmoituksen pääsääntöisesti tekee työntekijä ja sen käsittelee määräajassa osastonhoitaja. Solunsalpaajavaaratapahtumasta informoidaan yksikön lääkäriä, lähiesimiestä, laitoshuoltajaa ja hoitajia. Haittatapahtuma kirjataan Mediatriin potilaan hoitotyön merkintöihin sekä lääkärin toimesta SYÖ-, GYN- tai SIS-lehdelle.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: ylilääkäri Liisa Sailas, puh 013 330 3815

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastohoitaja Piia Hyttinen, puh. 013 330 3106

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoitoon tulevien potilasmäärien ennakoimattomuus, koska potilaat tulevat konsultaatiopyyntöjen perusteella muista yksiköistä	Sanomajatkokäsittely siirtynyt sihteereille, jolloin yksi henkilö tekee kerrallaan ajanantotyötä Hoitajilla käytössä työaika-pankki, joka tuo jouston mahdollisuuden työajan käyttöön	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> Lääkelaki (395/1987) Lääkeasetus (693/1987) Huumausainelaki (373/2008) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas Perehdytysuunnitelma ja sen seurantalomake työyksikön lääkehoitoon ja -huoltoon -työohje Siunsote SYO Laakehoitosuunnitelma syopaketus.docx (sharepoint.com) Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely Siunsote APT TYOOHJE Solunsalpaaja-ohjeisto.docx (sharepoint.com)
Sädehoidon oireisiin liittyvä lääkehoidon ohjaustarve silloin, kun työparina on opiskelija	Sädehoidossa kesätyössä oleva röntgenhoitajaopiskelija työskentelee työparin kanssa, jolloin lääkeohjaus pystytään huomioimaan. Pyritään siihen, että opiskelija on kolmantena hoitokoneella kahden röntgenhoitajan kanssa.	
Osaavia sijaisia ei saada poissaolotilanteissa sijaiseksi	Lääkehoitoon siirretään hoitajia muista työpisteistä, jotta lääkehoitopotilaat saadaan hoidettua Sädehoidossa suunnittelukavauksia ja poliklinikka työtä järjestellään, niin että hoitokoneella potilaat saadaan hoidettua	
Hematologialla, gynekologialla ja onkologialla eroavaisuuksia hoitokulttuurissa (esim. solunsalpaajien kirjaamisessa)	Yhteistyökokoukset eri erikoisalojen kanssa yhteisten käytänteiden löytämiseksi	

Väärä solunsalpaaja- tai muun syöpälääkkeen annos tai väärä lääke/solunsalpaaja	Sairaanhoitaja tarkistaa lääkennoksen mediatrista potilaan lääkitys lehdeltä tai hoito-ohjeet ja määräykset kohdasta tai solunsalpaajalomakkeelta (hematologiset potilaat) ennen lääketilauksen tekemistä. Lääkäri tarkistaa tilauksen ennen sen vahvistamista. Sairaala-apteekista soiteetaan, jos tilauksella on poikkeava annos Sairaanhoitaja tarkistaa lääkennoksen vielä (mediatrin lääkitys lehdeltä tai solunsalpaajatilaus lomakkeelta) ennen lääkkeen antamista potilaalle.	
Väärä potilas	Sairaanhoitaja tarkistaa ennen lääkkeen tilaamista (sytostaattiohjelmalla), että on tilaamassa lääkettä oikealle potilaalle. Sairaanhoitaja kysyy potilaan nimen ja syntymäajan ennen lääkeinfusion aloittamista. Tiedot kysytään siten, että potilas kertoo ne itse. Potilaan antamaa tietoa verrataan lääkepussin mukana olevaan solunsalpaajatilauslomakkeeseen.	
Puutteellinen lääkemääräys	Sairaanhoitaja tai röntgenhoitaja tarkistaa lääkemääräyksen antajalta puuttuvat tiedot	

<p>Väärä pahoinvoinninestolääkitys, ohjattu virheellisesti tai potilas ottanut virheellisesti</p>	<p>Syöpäkeskuksella on kirjalliset ohjeet potilaille pahoinvoinninestolääkityksistä Lääkäri määrää pahoinvoinninestolääkityksen. Sairaanhoidajan tulee kuitenkin tarkistaa ja tarvittaessa ilmoittaa lääkärille, jos määräyksessä on epäselvyyksiä. Tarvittaessa annetaan pahoinvoinninestolääkitys suoneen, suun kautta otettavien lääkkeiden sijaan Kerrataan pahoinvoinninestolääkitysohjetta ilmenneen tarpeen mukaisesti.</p>	
---	--	--

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Syöpäkeskuksen ei anneta potilaille lääkkeitä, jos hänellä epäillään olevan infektio. Potilas ohjataan jatko- hoitoon infektion hoitamiseksi. Syöpäkeskuksessa ei seurata infektioita, eikä tarttuvia sairauksia. Epidemiatilanteissa noudatetaan organisaation ohjeistusta. Henkilöstö on ohjeistettu toimimaan infektioiden torjuntayksikön ohjeiden mukaisesti huomioiden hyvä käsihygieniat ja aseptiikka. Henkilöstö noudattaa toiminnassaan hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyn ohjetta infektioiden ja muiden tarttuvien sairauksien leviämisen estämiseksi. Henkilöstö käyttää tarpeen mukaan erilaisia suoja-aineita jos hoitoon tulleella potilaalla epäillään olevan infektio tai potilasta hoidetaan sädehoidossa infektion aikana. Henkilöstöllä tulee olla ohjeiden mukainen rokotussuoja. Uudet työntekijät perehdytetään hyvään käsihygieniaan. Käsienpesupaikkoja ja käsihuuhteita on hyvin tarjolla, ja nähtävillä on useissa pisteissä kirjallinen/kuvallinen ohjeistus käsien pesuun ja käsihuuhteen käyttöön. Käsihygienian toteutumisen säännöllinen seuranta aloitetaan hygieniavastuuhoitajien toimesta keväällä 2024. Lisäksi keväällä käyttöön otetaan Laatuportin infektioiden torjuntatoimien omavalvontasuunnitelma.

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.

Yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja päivitetty palvelusuunnitelma tulee yksikköön kerran vuodessa. Laitoshuoltajat vastaavat siivouksesta ja pääosin jätehuollosta, poislukien solunsalpaajajätteet. Niiden asianmukaisesta pakkaamisesta ja kuljetuksesta huoltohuoneeseen vastaavat lääkehoidon sairaanhoitajat. Lääkehoidossa on käytössä Pactosafe- umpiointilaitte, joka lisää potilas- ja työturvallisuutta. Syöpäkeskuksen tiloissa on riittävästi jäteastioita pistävää ja viiltävää jätettä varten. Solunsalpaajatyössä henkilökunta vaihtaa suojavaatteet päivittäin. Suojavaatteiden riittävästä vastaa Polkka Oy.

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
Infektiota sairastava potilas tai työntekijä altistaa muut tilassa olleet henkilöt	Potilasohjaus infektiotilanteisiin Henkilökunnan perehdytys sairauspoissaolokäytänteisiin	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) Jäteohje 2023

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Syöpäkeskuksessa käytetään työ- ja potilasohjeita. Potilasohjeet laaditaan Siun Soten mallipohjille, jotka ovat teknisesti saavutettavia. Asiakirjat löytyvät sisäisestä tiedostopankista ja niiden käyttöperiaatteita käydään läpi perehdytyksen yhteydessä (niin henkilöstö kuin opiskelijat) sekä ohjeiden päivitysten yhteydessä. Osa ohjeista löytyy työpisteiltä myös paperitulosteina. Ohjeiden sähköiseen käyttöön kannustetaan vahvasti, jolloin käytössä on varmasti ajantasainen ja päivitetty versio. Auditoinneissa varmistetaan ohjeiden ajantasaisuus.

Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Ohjeita laativat ja päivittävät yksikön ohjevastaavat yhdessä muun henkilöstön kanssa. Ohjeiden tarkastus ja hyväksyntä toteutuvat joko lääketieteen tai hoitotyön esihenkilön toimesta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Digimentoreilla on tärkeä rooli ohjeiden ja tiedon hakemisen ohjauksessa ja neuvonnassa. Digimentorit osallistuvat aiheeseen liittyviin koulutuksiin ja kokouksiin, ja tuovat sieltä hankittua tietoa koko henkilöstön käyttöön.

Uudet työntekijät suorittavat Siun Soten yleisperhdytyksen verkkokurssin, jossa on myös ohjausta intran käyttöön. Perhdytyksessä käydään läpi tiedonhakua sekä ohjeiden ja suunnitelmien hyödyntämistä päivittäisessä työssä. Yksikön esihenkilö huolehtii omalta osaltaan uusien ohjeiden jalkauttamisesta yksikköön. Sen lisäksi työntekijöillä on omia vastuualueita, joista haetaan ajantasaista tietoa ja saatu tieto jaetaan työyhteisössä esimerkiksi aamupalaverissa.

Syöpäkeskukseen on tehty organisaation vaatimat suunnitelmat esimerkiksi lääkehoitoon, perhdytykseen ja osaamisen kehittämiseen. Sädehoitoon vaaditaan kirjallinen turvallisuusarvio, riskinarvio ja laadunvalvontaohjelma. Yksikkökohtaisten suunnitelmien laatimisesta vastaa yksikön esihenkilö yhdessä ylilääkärin kanssa. Päivittämisvastuussa on edellä mainittujen lisäksi suunnitelmaan kirjatut vastuuhenkilöt. Sädehoidossa on erillinen suunnitelma toiminnan itsearvioinneista, sisäisistä auditoinneista (Erva-alueella sekä organisaation sisällä) sekä ulkoisista auditoinneista. Sädehoidon auditoinnit ovat lakisääteisiä.

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
Suunnitelmat ja ohjeet eivät ole ajantasalla	Vastuuhenkilöt ohjeiden ja suunnitelmien päivittämiseen Vuosikalenteri suunnitelmien päivittämiseen	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Intranetin tiedostopankki. Sisälöntuottajan opas Videokirjaston sisälöntuottajan opas
Tulostetut työohjeet	Toimintatapamuutos; työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista, eikä tulosteta paperisia versioita	

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.

Syöpäkeskus toimii yhteistyössä organisaation sisäisten turvallisuustoimijoiden kanssa (turvallisuusyksikkö, pelastuslaitos, apteekki, valvontapalvelut, työsuojeluvaltuutettu). Yksikössä noudatetaan organisaation asiakas- ja potilasturvallisuusohjeita. Ohjeet on löydettävissä organisaation sisäisestä tiedostopankista ja niitä käydään läpi tarpeen mukaan. Jokainen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät koulutuskokonaisuudet. Yksikössä on käytössä turvahälyttimet, jotka säännöllisesti testataan yhteistyössä vahtimestareiden kanssa.

Sädehoidossa keskeinen yhteistyökumppani on Säteilyturvallisuuskeskus, jonka ohjeistuksen ja valvonnan alla työtä tehdään. Sädehoidon hoitokoneiden vuosihuollot tapahtuvat laitetoimittajan tekeminä erillisen suunnitelman mukaisesti. Laitetoimittajan kanssa tehdään yhteistyötä turvallisuuteen liittyvissä asioissa.

Solunsalpaajalääkkeisiin liittyvää turvallisuutta kehitetään käyttämällä yhteisiä anto-ohjeita KYS:n syöpäkeskuksen kanssa. Ohjeet perustuvat kansalliseen ja kansainväliseen tutkittuun näyttöön ja suosituksiin. Sairaala-apteekin kanssa päivitetään yhteistyössä Siun Soten sisäisiä solunsalpaajahoitoon liittyviä ohjeistuksia, joilla tavoitteena on lääkitysturvallisuuden parantaminen.

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
Turvahälyttimien testaus on puuttellista	Turvahälyttimien testaus toteutuu suunnitellusti kahden viikon välein Testaaminen on vastuutettu tietuille henkilöille	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §. • EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) • Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) • Säteilylaki (859/2018) • Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018 • STM:n asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018
Säteilyn käyttöön liittyvät riskit	Säteilyturvallisuuskeskuksen säännölliset tarkastukset	

		<ul style="list-style-type: none"> Säteilyturvallisuuskeskuksen määräykset
--	--	---

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

<p>Pelastuslaki ja asetus pelastustoimesta edellyttävät varautumista onnettomuus-, vaara- ja vahinkotilanteisiin ja niiden hallintaan. Keskussairaalaan tehty pelastussuunnitelma on kirjallinen ohjeistus mahdollisiin vaaratilanteisiin. Suuronnettomuussuunnitelma on laadittu keskussairaالاتasoisesti. Syöpäkeskuksen tehtävänä, polikliinisenä yksikkönä, on huolehtia tarvittaessa päivystyspotilaista ja antaa henkilökuntaa suuronnettomuuspotilaiden tai sairaalan päivittäisten toimintojen hoitamiseen.</p> <p>Syöpäkeskuksessa Laatuporttiin tehdyt vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään moniammatillisesti ja ilmoituksien perusteella tehdyt toiminnan muutokset huolehditaan käytäntöön. Uusille työntekijöille järjestetään esihenkilön ja turvallisuusvastaavien toimesta yksikön sisäisiä turvallisuuskävelyitä. Samanlaisia kävelyitä on myös koko henkilöstön kanssa tehty tarpeen mukaan. Yksikköön on koottu turvallisuuskansio, jonka päivityksestä huolehtivat turvallisuusvastaavat. Turvallisuuskansio löytyy neuvotteluhuoneesta. Turvallisuusvastaavat osallistuvat vastuualueensa sisäisiin koulutuksiin ja tiedottavat muulle henkilökunnalle asioista. Sädehoidon turvallisuuteen liittyvät asiakirjat löytyvät yhteisestä teams-kansiosta.</p> <p>Henkilökunta osallistuu säännöllisesti alkusammutuskoulutuksiin ja –harjoituksiin. Samoin vuosittain suoritetaan hätätilapotilaan tunnistamiseen liittyvä koulutuskokonaisuus. Syöpäkeskuksessa on myös ajantasalla oleva poistumisturvallisuuselvitys sekä pikaohje palotilanteisiin. Poistumis- ja paloturvallisuusharjoituksia järjestetään tarvittaessa.</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilökunta ei osaa toimia häiriö- tai poikkeustilanteessa suunnitelmallisesti	Turvallisuuskävelyt Poistumisharjoitukset Ajantasalla olevat ohjeistukset Säännöllinen ohjeistuksen läpikäyminen moniammatillisesti	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> Valmiuslaki (1552/2011) 12 § Pelastuslaki (379/2011) 15 § Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje • Tarkastuslista varautuminen sähkökatko • Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje • Suuronnettomuussuunnitelma
--	--	--

9.7.3 Terveysthuojelu

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

Yksikön tilojen terveysthuojteen vaikuttavia asioita tunnistetaan ja arvioidaan vuosittain Laatuporttiin tehtävässä työn riskienarvioinnissa. Tilojen terveysthuojteen liittyviä havaintoja voi tulla esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. Mikäli tiloissa tulee esiin terveysthuojteen vaikuttavia tekijöitä, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveysthuojto).

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdysthenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tilat eivät vastaa työturvallisuusvaatimuksia	Henkilökunnan aktiivinen ilmoittaminen mahdollisesti havaituista muutoksista	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje • Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveysthuojllon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilaan soittaessa tai potilaalle soitettaessa varmistetaan potilaan henkilöllisyys kysymällä nimi ja henkilötunnus. Polikliinisillä vastaanotoilla potilas tunnistetaan myös kysymällä nimi ja henkilötunnus. Lääkehoitoon tullessa potilasta pyydetään antamaan poliklinikkakortti, jossa on nimi ja henkilötunnus tarratulosteena. Lisäksi potilas tunnistetaan aina ennen solunsalpaajalääkkeen tai verituohteen antoa kysymällä potilaan nimi ja henkilötunnus. Kaikissa tilanteissa potilaan odotetaan itse kertovan kysytyt tiedot tai todentavan ne esimerkiksi Kelakortin avulla.

Sädehoidon aloittavasta potilaasta otetaan valokuva sädehoidon suunnittelukuvauksen yhteydessä ja valokuva siirretään sädehoidon ajanvarausjärjestelmään. Sädehoitoon tuleva potilas tunnistetaan kysymällä nimi ja henkilötunnus sekä valokuvan perusteella.

Vuodeosastolta tulevalla potilaalla on nimen ja henkilötunnuksen sisältävä tunnistusranneke ja osastolle siirtyvälle potilaalle laitetaan tunnistusranneke.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan Potilaan tunnistaminen (Potilasturvaportti) ja Potilaan tunnistamisen hyvät käytännöt (Oppiportti) verkkokoulutuksilla. Esihenkilö seuraa koulutuksiin osallistumista kehityskeskustelujen yhteydessä. Mikäli potilaan tunnistamiseen liittyviä epäkohtia havaitaan, käsitellään asia välittömästi yksikön aamupalaverissa ja kerrataan käytänteitä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistaminen jää tekemättä	Toimintaohjeiden mukainen toiminta	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö • Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa - työohje

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.

Syöpäkeskuksessa annettavaan suonensisäiseen lääkehoitoon liittyy anafylaktisen reaktion riski erityisesti ensimmäisellä hoitokerralla, osassa lääkkeitä riski on suurempi. Lääkkeisiin liittyviä reaktioita pyritään ennalta ehkäisemään antamalla potilaalle lääkärin määräämä esilääkitys tai potilasta on ohjattu ottamaan lääkitys tunti ennen hoitoon tuloa. Suonensisäinen lääkehoito toteutetaan infuusioautomaatin avulla, jolloin tiputusnopeus voidaan ohjelmoida ohjeiden mukaiseksi. Potilasta seurataan toistuvasti lääkehoidon aikana ja pyydetään informoimaan hoitajaa heti mikäli potilas tuntee oireita, jotka voivat olla merkkejä lääkeainereaktiosta. Potilasta on ohjattu etukäteen mahdollisista lääkeainereaktioon liittyvistä oireista. Jos hoitaja havaitsee potilaan voimissa muutoksia tai potilas itse tuo niitä esille, keskeytetään lääkeinfuusion antaminen välittömästi, informoidaan lääkäreitä ja mitataan potilaan vitaalit sekä turvataan elintoiminnot. Tarvittaessa potilasta lääkittään lääkärin ohjeen mukaisesti ja/tai soitetaan paikalle MET-ryhmä. Hoitotiloissa on seinällä kirjalliset ohjeet MET- ja elvytystilanteiden ennakointiin.

Sädehoidossa potilasta seurataan ohjaushuoneesta käsin koko hoidon ajan. Potilaaseen on näkö- ja kuuloyhteys.

Organisaation ohjeistuksen mukaisesti henkilöstön osaaminen varmistetaan suorittamalla vuosittain Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutus (taso 2).

Jos potilaan tarkkailussa tai voiminnan seurannassa on puutteita, on henkilöstöä ohjeistettu tekemään ilmoitus Laatuporttiin sen lisäksi, että asiasta kerrotaan esihenkilölle. Näin esimerkiksi perehdyksen tai osaamisen lisäämisen tarve saadaan näkyväksi ja asioita voidaan käydä läpi yksikkö tai työntekijätasolla asti, ja viime kädessä tilanteiden ennakointi lisääntyy, reagoitokyky ja potilaturvallisuus paranee.

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
Hätätilapotilaan tunnistamisessa on puutteita	Lääke- ja sädeturvallisuuden perehdyttäminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • MET-kriteerit (keskussairaala) • Hätätilapotilaan seurantaavake • Hätätilapotilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritusastot

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Syöpäkeskuksessa toimitaan moniammatillisesti. Syöpäkeskuksessa toimivat myös psykososiaalisen tuen hoitaja, rintasyöpähoitaja ja uroterapeutti. Läheisimpiä yhteistyökumppaneita ovat Siun Soten sisällä erikoisalojen poliklinikat, kuvantaminen, leikkauksia tekevät yksiköt, sairaala-apteekki, ravitsemusterapia sekä syöpäpotilaita hoitavat vuodeosastot ja avovastaanotot niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Potilaiden hoitoa suunnitellaan ja arvioidaan moniammatillisissa tapaamisissa, joissa saadaan yhteiseen keskusteluun eri toimijoiden näkökulmat. Tätä kautta potilaalle saadaan rakennettua yksiköllinen ja ajantasainen hoitosuunnitelma.

Hoitohenkilöstö suorittaa ISBAR – suullinen tiedonkulun varmistaminen verkkokurssin SiunOpissa. Potilaan siirtäessä jatkohoitoon annetaan aina suullinen raportti jatkohoitopaikan henkilöstölle (vuodeosastolle, toiseen yksikköön, kotihoitoon). Potilaalle annetaan mukaan jatkohoito-ohjeet, lääkityslista ja ajanvaraustiedot. Tarvittaessa ollaan yhteydessä potilaan omaisiin, joille annetaan myös jatkohoito-ohjeistusta.

Jos tiedonkulussa on ollut haasteita, voidaan tehdä ilmoitus vaara- ja poikkeamatilanteesta Laatuportti-ohjelmaan.

Ulkoisista toimijoista tärkeimpiä ovat Fican (Kansallinen syöpäkeskus), Pohjois-Karjalan syöpäyhdistys, valtakunnalliset potilasjärjestöt sekä syöpälääkkeiden ja tarvikkeiden toimittajat. Lisäksi yksikkö toimii yhteistyössä ESMO:n kanssa (akkreditoitu keskus) ja EU:n kanssa projektien osalta.

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
Puutteellinen suullinen tai kirjallinen raportointi jatkohoitoyksikköön	kirjallinen raportointipohja käyttöön suulliseen raporttiin Kirjalliset jatkohoito-ohjeet potilaille	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. <ul style="list-style-type: none"> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, voimassa 31.12.2023 saakka Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki)

		<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaali- ja terveysministeriön asetuskäyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • ISBAR taskukortti • ISBAR vastaanottolomake
--	--	--

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>Potilailta kysytään mahdollisesta kivusta ja kivun esiintymisestä hoito- ja vastaanottokäynneillä. Kivun lääkehoito suunnitellaan aina yksilöllisesti huomioiden kipulääkityksen turvallisuus. Lääkevalintoihin ja annostuksiin vaikuttavat kivun voimakkuuden ja luonteen lisäksi potilaan perussairaudet ja muu lääkitys. Lääkehoidon onnistumiseksi on tärkeää, että hoitosuhde on avoin ja luottamuksellinen. Lääkemuutokset tehdään lääkelistalle ja pidetään muutoksien tullessa ajantasalla. Kivun arvioinnin apuna voidaan käyttää VAS (visual analogue scale) kipujanaa, ja NRS (numeric rating scale) numeerista mittaria tai VRS (verbal rating scale) sanallista asteikkoa. Kipuja voidaan myös havainnoida potilaan eleistä ja ilmeistä. Mahdolliset kivut tai kivuttomuus kirjataan hoitotyön kertomukseen tai syö-lehdelle.</p> <p>Jos hoitaja havaitsee, että kipulääkitys on riittämätön, viedään asia lääkärille ja lääkäri voi tehdä muutoksia kipulääkitykseen. Mahdollisten lääkemuutosten jälkeen seurataan esim. seuraavan hoitokäynnin yhteydessä tai puhelimitse tuleeko lääkehoidolle vastetta.</p> <p>Hoitohenkilöstön osaaminen varmistetaan 5 vuoden välein suoritettavilla lääkehoidon verkko opinnoilla (kivunhoidon perusteet).</p>
--

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riittämätön kivunhoito	Henkilökunnan osaamisen ylläpitäminen	<p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Syöpäkeskuksen toiminta on polikliinista, jolloin riskit kaatumisiin ja putoamisiin ovat pienemmät suhteessa vuodeosastotoimintaan. Kaatumisia ja putoamisia pyritään ennaltaehkäisemään antamalla tarvittaessa potilaan käyttöön pyörätuoli, tukemalla ja/tai varjostamalla potilaan liikkumista. Tarvittaessa potilasta avustetaan lääkähoidon aikana wc-reissuilla, koska tippateline voi haitata liikkumista. Sädehoidon hoitopöytä on korkealla ja sen vuoksi apuna on kaiteellinen nousutuki. Hoitaja avustaa potilasta siirtymisissä. Liikkumisen apuvälineenä yksiköstä löytyy pyörätuoli, muut potilaan käyttämät liikkumisen apuvälineet, kuten rollaattori tai kävelykeppi, potilaan toivotaan ottavan hoitokäynnille mukaan. Jos potilas kaatuu tai putoaa, tapahtuma kirjataan potilaan tietoihin, tehdään haittatapahtumailmoitus Mediatriin sekä tarvittaessa PaTu-ilmoitus.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan kaatuminen ja putoaminen	Ennaltaehkäisevät toimet; liikkumisen apuvälineet, turvallinen nousutuki sädehoitokoneelle, henkilökunnan avustaminen liikkumisessa, esteettömät kulureitit	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje</u> • <u>FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje</u> • <u>Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet</u> • <u>Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi</u> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje
Kaatumisvaarassa olevan potilaan tunnistaminen	Osaamisen vahvistaminen	
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	

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 tehtävänkuvansa mukaisesti.

Hoitojen alussa käydään läpi ravitsemusohjeita ja annetaan kirjallisia potilasoppaita mm. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito sekä syöpäpotilaan ravitsemusopas. Potilaan kanssa käydään läpi hoitoihin liittyvää mahdollista pahoinvointia, suun hoitoa ja vatsan toimintaa, koska ne voivat myös vaikeuttaa ruokailua. Tarvittaessa annetaan tietoa myös lisäravinnevalmisteista. Ravitsemusterapeutteja pyydetään tarvittaessa ohjaamaan potilasta tarkemmin ravitsemusasioissa.

Potilaalta kysytään hoidon alussa ja jokaisella hoitokäynnillä ruokailun onnistumisesta ja ruuan laadusta. Painoa seurataan tai painonmuutoksista kysytään potilaalta hoitokäyntien yhteydessä. Vajaaravitsemusriski huomioidaan erityisesti vatsa-, suolisto- ja keuhkosityöpöpotilaiden sekä pään-, kaulan ja ruokatorvisyöpöpotilaiden hoidossa. Osalla potilaista riittävä ravitsemus varmistetaan etukäteen laitettulla PEG -letkulla. Potilas saa ohjausta PEG -letkun käyttöön.

Ravitsemustilan arvioinnissa voidaan hyödyntää NRS2002 -mittaria (vajaaravitsemusriskin seulonta). Kysely voidaan tehdä ennen hoitojen aloittamista tai aloituskäynnillä, ja toistaa hoitojakson aikana.

Henkilökunnan osaaminen varmistetaan esim. verkkokoulutuksella (Vajaaravitsemus, Oppiportti).

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan painonlasku	Täydennysravinnevalmisteiden käytön ohjaus, ravitsemusterapeutin osaamisen hyödyntäminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Ravitsemushoidon opas
Potilaan ruokahaluttomuus, maku-muutokset	Täydennysravinnevalmisteiden käytön	

	ohjaus, ravitsemusterapeutin osaamisen hyödyntäminen	
Suun haavaumat, tulehdus	Suun hoidon ohjaus	

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Syöpäkeskuksen toiminta on polikliinista. Mikäli hoidon yhteydessä havaitaan painehaavauma potilas ohjataan asianmukaiseen hoitoon.

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.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavauma jää toteamatta	Koulutus	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Meditariin -työohje • BRADEN-riskiluokitusmittari

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Syöpäkeskuksessa ei toteuteta leikkaushoitoja

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ei tunnistettuja riskejä		

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

Akuutti sekavuustila on äkillisesti kehittyvä aivotuiminnan 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.

Syöpäkeskuksen potilaista osa kuuluu riskiryhmään. Vastaanotoilla ja hoidossa arvioidaan joka kerta potilaan vointi. Syöpäkeskuksessa on käynnistynyt syöpäpotilaan toimintakyvyn arviointikäynti osana hoidon suunnitteluprosessia. Toimintakyvyn arvioinnin apuna käytetään validoituja mittareita. Arviointi kohdistetaan hauraimpaan potilasryhmään ja sen tavoitteena on saada lisätietoa potilaan kokonaisuusarviointista. Näin pystytään paremmin suunnittelemaan kullekin potilaalle yksilöity hoito.

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
Potilaan akuutti sekavuustila jää huomioimatta	Toimintakykyarvio ennen hoitojen aloittamista	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. <ul style="list-style-type: none"> Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut

10.10 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

Tupakka ja nikotiinituotteiden käyttö kartoitetaan lääkärin vastaanotolla hoidon suunnitellun yhteydessä ja tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään. Myös esitietolomakkeella kysytään tupakoinnista. Potilaita kannustetaan tupakasta vieroittumiseen. Tarpeen mukaan suositellaan ja ohjataan nikotiinikorvaustuotteiden käyttöä tai muuta tarpeenmukaista hoitoa. Tupakoinnin riskitekijät hoitoon liittyen käydään läpi lääkärin vastaanotolla. Erityisesti rintakehänalueen sädehoitopotilaita ja keuhkosyöpäpotilaita kannustetaan välttämään tupakointia. Siun sotessa on käytössä Ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju, josta sekä potilaat että henkilöstö saavat tietoa, tukea ja ohjeita nikotiiniriippuvuuden hoidosta.

10.10.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

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

Alkoholin käyttö kartoitetaan lääkärin vastaanotolla hoidon suunnitellun yhteydessä ja tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään. Alkoholin käytöstä kysytään myös esitietolomakkeella. Potilaita suositellaan välttämään alkoholin käyttöä lääk- ja sädehoitojen aikana. Alkoholin vaikutuksenalaisena hoitoja ei voi saada. Tilanteen mukaan ohjataan tarpeenmukaiseen hoitoon. Siun sotessa on käytössä Ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketju, josta sekä potilaat että henkilöstö saavat tietoa, tukea ja ohjeita alkoholiriippuvuuden 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.

Lääkärin vastaanotolla kartoitetaan lääkelistan ulkopuolisten lääkkeiden käyttö, mukaan lukien huumausaineiden käyttö. Tarvittaessa potilas ohjataan päihdepalvelujen piiriin. Huumausaineiden käyttöön liittyvien muiden veriteitse tarttuvien tautien riski huomioidaan hoitoa toteutettaessa.

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.

Yksikössämme ei ole sovittua menettelytapaa peliongelman tunnistamiseen. Rahapelaamisen tunnistaminen tai siihen vaikuttaminen ei ole yksikön keskeistä toimintaa.

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.

Hoitosuhteen alkaessa kartoitetaan potilaiden elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Potilaiden tuentarvetta mielenterveyden haasteisiin sekä sairastumisen aiheuttamiin haasteisiin ja elämänmuutoksiin arvioidaan koko hoitajakson ajan. Tuen tarvetta kartoitetaan kysymällä ja keskustelemalla. Hoito- ja vastaanottokäyntien yhteydessä keskustellaan potilaiden mielialasta sekä jaksamisesta. Syöpäkeskuksella toimii psykososiaalisen tuen asiantuntijahoitaja. Asiantuntijahoitajan tehtävänä on tukea potilaita ja potilaiden omaisia selviytymään sairauden tuomista haasteista. Tarvittaessa ohjataan avun piiriin esimerkiksi psykiatrian puolelle tai kriisikeskukselle. Yksikössä on käytössä ”Lapset puheeksi” -protokolla, jonka avulla tuetaan koko perhettä toisen vanhemman sairautessa vakavasti. Potilaita kannustetaan myös hakeutumaan halutessaan kolmannen sektorin tukipalveluiden piiriin (esimerkiksi Syöpäyhdistyksen toiminta). Lisäksi potilaita ohjataan KELAn kuntouttavan toiminnan piiriin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaiden tuen tarve jää huomaamatta	<p>Mahdollistetaan ohjaus- ja keskustelutilanteet potilaan hoitopolun aikana</p> <p>Lapset-puheeksi menetelmän käyttö</p>	<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015 Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 • Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje • Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palvelut
--	--	---

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.

<p>Henkilökunta havainnoi potilaan mielentilaa hoitokäyntien ja vastaanottojen aikana sekä tarvittaessa keskustele potilaan kanssa mielialasta. Jos hoitajalle herää huoli mielenterveydellisistä haasteista, hän konsultoi potilasta hoitavaa lääkäriä. Hoitava lääkäri konsultoi tarvittaessa psykiatria esimerkiksi lääkähoidosta. Hoitohenkilökunta kertoo potilaalle myös mahdollisuudesta tavata syöpäkeskuksen psykososiaalisen tuen hoitaja hoitajakson aikana. Näiden keskustelujen lisäksi potilaalle voidaan tehdä pyyntö psykiatriselle sairaanhoitajalle.</p> <p>Syöpäkeskuksessa ei ole, edellä mainittujen toimintatapojen lisäksi, käytössä erityisiä menettelymalleja itsemurhayritysten tunnistamiseen tai hoitoonohjaukseen.</p>

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimintapohjat ja toimeenpanosuunnitelma

10.12 Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy

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

Mikäli potilaan hoitokäyntien aikana tulee esiin että potilas olisi kohdannut väkivaltaa, toimitaan potilaan toimomalla tavalla. Jos potilas haluaa asiaan puututtavan, voidaan pyytää moniammatillinen riskinarvioinnin kokous (MARAK) Sosiaali- ja kriisipäivystyksen kautta. Toimintamallin tarkoituksena on ehkäistä väkivallan uusiutumista ja saattaa uhri eri tahoilta tarvitsemansa avun piiriin yhdellä ilmoituksella. Iäkkäiden potilaiden kohdalla tehdään tarvittaessa huoli-ilmoitus sosiaalipalveluihin.

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
		<p>Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi <p>Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.</p> <ul style="list-style-type: none"> MARAK lähisuhdeväkivallan vakavuuden kartoittamisen kartoittamisen työkaluna Apua ja tukea lähisuhdeväkivallan uhriille- minimittari

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 taustaineisto”.

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämissaikataulu
Laiterekisteri puuttuu (lääkintälaittehuollossa on olemassa oma rekisteri)	Digitaaliset laitepassit ja laiterekisteri	Toukokuussa tarvittavat uudet laitepassit työn alla ja valmiina olevista suorituskäynnissä
Käsihygieniaseuranta vajaavaista	Seuranta aloitetaan säännöllisenä toimintana uudelleen hygieniavastuuhoitajien toimesta	Toukokuun loppuun mennessä säännöllistä toimintaa
Sijaisten ja uusien työntekijöiden rekrytointi	Sisäisten sijaisten saaminen ja perehdytys akuutteihin sijaistarpeisiin Valmistuvien opiskelijoiden rekrytointi pidempisiin poissaoloihin ja vakituisiin tehtäviin	Kokoaikaista toimintaa Sissi sh perehtyy kevään aikana toimintaan
Digitaalisten palveluiden käyttöönotto	Digitaalisen palvelualueen käyttöönotto potilaan hoitopolun eri vaiheissa Etävastaanotto toiminta laajenee	Kokoaikaista toimintaa BeeHealthy- alueen käyttöönotto ensimmäisen hoitopolun osalta alkuvuodesta, viimeistään syyskuulla

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen valvonnasta vastaavat esihenkilöt, osastonhoitaja ja ylilääkäri. Omavalvontasuunnitelmaa toteuttaa koko henkilökunta ja jokaisella on vastuu ilmoittaa esihenkilöille, jos huomaa poikkeaman suunnitelmasta. Uudet käytännöt ja toiminnot kirjataan vuoden aikana suunnitelmaan punaisella ja päivitetään tammi-helmikuun aikana, jotta päivitetty suunnitelma voidaan julkaista ennen maaliskuun loppua.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	
Päiväys	

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:

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

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHAKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fal-kup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwyKl2VU_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=2ahUKEwiPq-GO8oiBAXW8GRAIHwKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajan-tasa%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=2ahUKEwivnNm98oiBAX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fal-kup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&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=2ahUKEwiTqtTG9liBAXUrFBAIHQIAPgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajan-tasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrl2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Dbef1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireetto-man%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=2ahU-KEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usq=A0vVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&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=2ahU-KEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usq=A0vVaw2QBw20_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=2ahU-KEwi3n62Z_JKBxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=A0vVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoidosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon> (linkki)

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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