

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Kliininen fysiologia ja neurofysiologia

Laatija(t)	Päivi Tirkkonen, osastonhoitaja
	Tuomo Tompuri, ylilääkäri
Tarkastaja	Satu Rantala kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja
Hyväksyjä	Satu Rantala, kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja
Pvm.	26.3.2025

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Palveluyksikköä koskevat tiedot.....	5
2.1	Palveluyksikön johtaminen	6
2.2	Palveluyksikön ostopalvelut	7
3	Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	8
3.1	Toiminta-ajatus	8
3.2	Arvot ja toimintaperiaatteet	9
4	Omavalvontasuunnitelman laatiminen.....	10
4.1	Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t).....	11
4.2	Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen	11
4.3	Omavalvontasuunnitelman julkisuus	11
5	Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta	11
5.1	Riskienhallinnan vastuut.....	12
5.2	Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen	12
5.3	Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen	13
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	14
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	15
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	15
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	16
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	16
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	17
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	17
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	19
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	19
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	20
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	21
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	21
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	22

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	23
6.5.2	Asiakasviestintä	23
7	Henkilöstö	24
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	24
7.2	Rekrytointi	25
7.3	Perehdytys	25
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	26
7.5	Johtamisosaaminen.....	27
7.6	Työhyvinvointi	28
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	29
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	29
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	30
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	30
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	32
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	33
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	33
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	36
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	37
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	40
9.5	Infektioiden torjunta	41
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	41
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	42
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	43
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	44
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	44
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	45
9.7.3	Terveydensuojelu	46
10	Palvelun sisällön omavalvonta	47
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	47
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	48

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	49
10.4	Kivunhoito	50
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	51
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	52
10.7	Painehaavojen ehkäisy	52
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	53
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	53
10.10	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	54
10.10.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	55
10.10.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	55
10.10.3	Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	55
10.10.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	56
10.10.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	56
10.11	Itsemurhien ehkäisy	56
10.12	Asiakkaan/potilaan kohtaaman väkivallan ehkäisy.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
11	Yhteenvedo palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	58
12	Yhteenvedo kehittämissuunnitelmasta	58
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	59
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	59
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	59
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	61

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Kuvantamiskeskus
Palveluyksikkö	Kliininen fysiologia ja neurofysiologia Tikkamäentie 16, Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä ja/tai Asiakas- tai potilasmäärä ja/tai Käyntimäärä ja/tai hoitojakson pituus	Kolmen erikoisan potilastutkimusyksikkö (kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia ja isotooppilääketiede), joka palvelee koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen yksiköitä sekä heidän potilaitansa. Tuotetaan potilastutkimuksia virka-aikana ajanvaraukseen perustuen (paitsi EKG:ssä ei ajanvarausta) potilasta hoitavien tahojen pyyntöjen

	mukaisesti 5 toimipisteessä. Tikkamäellä yhteensä noin 23000 kpl/vuosi.
Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Päivi Tirkkonen, Osastonhoitaja paivi.tirkkonen@siunsote.fi p. 013 330 3973 Tuomo Tompuri, Ylilääkäri tuomo.tompuri@siunsote.fi p. 013 330 4633
Palvelupäällikkö	Satu Rantala satu.m.rantala@siunsote.fi p. 013 330 3131
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Kuvantamiskeskuksen vastuualue on osa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialueen alla olevaa sairaalapalvelua, jota johtaa palvelujohtaja. Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö johtaa kaikkia kuvantamiskeskuksen yksiköitä organisaatiossa asetettujen strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Palvelupäällikkö hoitaa myös ylihoitajan virkatehtävät. Palvelupäällikkö toimii lähiesihenkilönä ylilääkäreille ja sairaalafyysikoille. Koska palvelupäälliköllä on myös ylihoitajan virkatehtävä, toimii hän lähiesihenkilönä myös osastonhoitajille. Yksiköiden toimintaa johtaa ja siitä vastaavat ylilääkärit (lääketieteellinen vastuu) ja osastonhoitajat (hoitotyön johtaminen). Säteilysuojelusta vastaavat Säteilyturvallisuusvastaaviksi nimetyt ylifyysikot.

Yksiköiden ylilääkärit ja osastonhoitajat seuraavat yksikön toimintaa päivittäin/pitkällä aikavälillä erilaisten mittareiden, kuten muun muassa toteumalukujen, läpimenoaikojen, kiireellisten tutkimusten saatavuuden, T3 aikojen (kolmas vapaa aika), henkilöstöltä saadun palautteen avulla ja asiakaspalutteen avulla. Ajanvaraukset ja käytettävissä olevat palvelut pyritään suunnittelemaan kysyntää vastaavaksi. Päivittäisistä muutoksista tekee ensisijaisesti päätökset yksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja. Joissakin tapauksissa päätös tehdään vasta kun on keskusteltu palvelupäällikön kanssa.

Toiminnan seurantaan liittyviä asioita käydään kootusti läpi 2 kertaa kuukaudessa olevassa kuvantamiskeskuksen johtotiimissä. Palvelupäällikkö käy myös viikoittain/päivittäin keskusteluja yksiköiden ylilääkäreiden ja osastonhoitajien, sairaalafyysikoiden ja muun henkilöstön kanssa, liittyen toimintaan ja palveluiden tuottamiseen.

Palvelupäällikkö informoi tarpeen mukaan edelleen eteenpäin palvelujohtajaa, toimialuejohtajaa ja hoitotyönjohtajaa, sekä tarvittaessa eri vastuuhenkilöitä / asiantuntijoita organisaatiossa, jos palvelujen tuotannossa on häiriöitä tai poikkeamia tai tarvitaan erityisiä yhteistyössä toteutettavia toimenpiteitä.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö kuuluu kuvantamiskeskukseen. Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön toimintaa johtaa yksikön ylilääkäri. Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön ylilääkärillä on kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen lääketieteellinen hallinnollinen vastuu ja neurofysiologian ylilääkärillä neurofysiologian lääketieteellinen hallinnollinen vastuu. Yksikön osastonhoitajalla on yksikön kaikkien erikoisalojen hoitotieteellinen hallinnollinen vastuu. Yksikön kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen erikoisalojen lääkäreiden esihenkilönä toimii yksikön ylilääkäri ja kliinisen neurofysiologian ylilääkärin esihenkilönä toimii palvelupäällikkö. Kaikkien erikoisalojen hoitohenkilökunnan esihenkilönä toimii osastonhoitaja. Yksikössä on yksi apulaisosastonhoitaja, joka vastaa yksikön hoitohenkilökunnan päiväorganisoinnista annettujen ohjeiden mukaisesti. Yksikön isotoopin työskentely on säteilytyötä, jonka säteilyturvallisuudesta vastaa säteilyturvallisuusvastaava eli STV.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella ostopalvelujen koordinaatiovastuu on hankinta- ja sopimuspalvelut yksiköllä. Palvelusetelipalvelujen koordinaatiovastuu on palvelusetelikeskuksessa. Kaikki Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen työntekijät pääsevät tarkastelemaan ostopalvelusopimuksia sopimuksenhallintajärjestelmässä. Palveluseteliprosessit hallinnoidaan Effector-palvelusetelijärjestelmässä rajatuin työtehtäviin liittyvin käyttöoikeuksin.

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta. Listaus palveluyksikön osto- ja palvelusetelipalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian ja isotooppilääketieteen erikoisaloilla ostopalveluna lausuntopalveluja	Useita eri palveluntuottajia
Kliinisen neurofysiologian alalla ostopalveluna lääkäri työvoimaa paikan päällä tapahtuviin palveluihin	Yksi palvelun tuottaja

Kuvantamiskeskuksen ostopalvelusopimusten hankinnasta vastaa kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö yhteistyössä yksikön vastuuhenkilöiden kanssa. Lääketieteellinen vastuu ostopalveluista on erikoisalan ylilääkärillä. Ostopalvelun laatu ja asiakasturvallisuus varmistetaan laatimalla ostopalvelusopimukset hyödyntäen hankinta ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Ostopalvelusopimuksissa on määritelty

ostopalveluiden laatu- ja asiakasturvallisuusehdot (mm. lausuvan lääkäriin pätevyys, palvelukieli, tietosuoja- ja tietoturva-asiat, tuotetun palvelun vaatimukset esim. sanelupohja). Ostopalvelun laatua ja potilasturvallisuutta seurataan saadun asiakaspalautteen avulla, mahdollisten vaaratapahtumailmoitusten avulla, sekä mm. lausuntoihin liittyviä satunnaistarkistuksia tehden.

Lähiesihenkilöt saavat tarvittaessa tukea ja opastusta ostopalveluihin liittyen Hankinta- ja Sopimusyksiköstämme.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian ostopalveluiden sisällöstä vastaa erikoisalavastuussa oleva ylilääkäri. Etälausuntopalvelujen käyttötärpeen valvonnasta vastaa erikoisan ylilääkäri ja hän ohjeistaa lausuntopalveluihin lähetettävät tutkimusmäärät. Osastonhoitaja ohjeistaa ylilääkäriin päättämällä tavalla tapahtuvan etälausuntopalvelun käytön hoitohenkilökunnalle sekä toimii yhteyshenkilönä etälausuntopalveluita tuottaviin tahoihin.

Yksikön ostopalvelusopimusehtojen täyttymistä seurataan mm. reagoimalla potilailta, tutkimuksiin lähetettäviltä yksiköiltä ja omalta henkilökunnalta saatuun palautteeseen. Palaute kanavana toimii mm. vaara- ja poikkeustilanne ilmoitukset sekä suullinen palaute. Ostopalvelusopimuksien laadinnasta, käytöstä ja ylläpidosta vastuulliset yksikön henkilöiden osaaminen varmistetaan moniammatillisena yhteistyönä organisaation hankinta- ja sopimispalveluiden ammattilaisten kanssa.

Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Ei

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

ammattitaitoamme kuin palveluitammekin palvelujen kysynnän aiheuttamien tarpeiden mukaisesti. Palvelumme ovat potilaalle/asiakkaalle läsnäpalvelua.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö tuottaa terveydenhuoltolain 7a pykälän mukaisia terveydenhuollon palveluja kolmen eri erikoisalan (kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia ja isotooppilääketiede) potilastutkimuksina sekä isotooppi- ja rTMS-hoitoina. Palveluja tuotetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen potilaille. Erikoisalojemme potilastutkimuksia (sydän-, verenkierto- ja keuhkotutkimuksia) tuotetaan myös hyvinvointialueemme terveysasemilla. Vastaamme maakunnallisesti potilastutkimusten laadukkuudesta mahdollistamalla maakunnallisesti yhtenäiset tutkimusprotokollat, laitteet ja osaamisen.

Lääkärrien osuus potilastutkimusprosessissa tapahtuu joko läsnäpalveluna tai lausuntojen teon osalta etäpalveluna.

3.2 Arvot ja toimintaperiaatteet

Terveydenhuollon palvelujen tulee toteuttaa terveydenhuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita.

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

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

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön toimintaa ohjataan niin kansallisesti kuin maakunnallisestikin. Toimintaa ohjaavat keskeisten terveydenhuollon palvelua ohjaavien lakien lisäksi myös muutama yksikön erikoisaloihin ja toiminnan luonteeseen liittyvä laki. Lääkelaki, säteilylaki, säteilyasetus ja asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä ohjaavat isotooppilääketieteen säteilytyötä. Tuotamme potilaasta tutkimustietoa tutkimukseen lähettävälle yksikölle potilaan hoitopäätösten tueksi. Tiedon tuottamiseen sekä tallentamiseen liittyy keskeisesti tietoturva- ja tietosuoja-asiat.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön toimintaa ohjaavat Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot: asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus.

Asiakaslähtöisyys on sitä, että tarjoamme tutkimuksia, jotka antavat mahdollisimman suuren hyödyn potilaan hoidon tueksi. Käyttämämme tutkimusmenetelmät perustuvat tutkittuun tietoon ja ovat suositusten mukaisia ja tuotamme laadukkaita tutkimuksia huolletuilla ja kalibroiduilla laitteilla. Henkilökuntamme ammattitaitoa pidetään yllä, jotta pystymme vastaamaan meille esitettyihin tutkimusten kysymyksenasetteluihin ajantasaisimman tiedon mukaisesti sekä havainnoimaan mahdolliset lisätutkimustarpeet. Olemme valmiita kehittämään toimintaamme asiakkaan tarpeet huomioiden ja pyrimme ajanvarauksellamme vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin.

Avarakatseisuus näkyy toiminnassamme siinä, että näemme oman toimintamme osana potilaan kokonaishoitoprosessia. Toimimme asiantuntijoina potilastutkimuksissa kliinisen fysiologian, neurofysiologian ja isotooppilääketieteen erikoisalalla ja vastaamme koko maakunnan potilastutkimuksista luoden laadukkaille ja yhdenvertaisille potilastutkimuksille toteuttamismahdollisuudet maakunnallisesti myös tulevaisuudessa.

Toiminnassamme huomioidaan turvallisuus potilas- laite-, tieto- ja työturvallisuuden näkökulmista. Isotooppilääketieteessä tärkeä turvallisuus näkökulma on säteilyturvallisuus, jonka hallitsemista varten meillä on säteilyjohtamisjärjestelmään kuvattu, miten toimimme Säteilyturvakeskuksen ohjeiden mukaisesti.

Yhdenvertaisuus toiminnassamme varmistaa sen, että jokainen asiakkaamme niin lähettävä yksikkö kuin potilas kohdataan yksilöllisesti, mutta yhdenvertaisesti. Tutkimusprosessi ja -protokollamme on tarkasti kuvattu työohjeissa ja näin varmistetaan, että jokainen potilas saa laadukkaan toistettavan tutkimuksen. Toimintamme perustuu, kaikissa muissa tutkimuksissa paitsi EKG:ssä, ajanvaraukseen, jossa tutkimukseen lähettävillä yksiköillä on yhteneväinen mahdollisuus varata aikoja.

Kannamme toiminnastamme vastuun seuraamalla toimintaamme tilastollisin menetelmin (tutkimusmäärät, asiakaspalautteet, budjettitoteuma, tutkimusjonot, lausuntojonot). Käytössämme on laatuportin vaaratilanneilmoitus sekä erinomaisen toiminnan raportointi ja käsittelytyökalu. Kehitämme toimintaamme saamamme palautteen sekä havaittujen epäkohtien avulla moniammatillisesti.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

Palveluntuottajan on laadittava palveluyksiköittäin päivittäisen toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi sekä asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyuden seurantaa

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian omavalvonnan suunnitelman laatimisesta vastaa osastonhoitaja ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

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

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

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

Valmiin omavalvontasuunnitelman tulostettu versio on jokaisen erikoisalan ilmoittautumisautomaatin läheisyydessä olevassa nimetyssä kotelosta.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

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

Jokaisella esihenkilöllä tulee olla voimassa oleva työturvallisuuskorttikoulutus. Jokainen esihenkilö vastaa oman yksikkönsä prosessien ja turvallisuuden päivittäisen hallinnan ja turvaamisen toteuttamisesta, seuraamisesta, ilmoitusvelvollisuuden ilmituomisesta henkilöstölle sekä pitkäntähtäimen kehittämisestä. Jokainen työntekijä on vastuussa oman toimintansa ja yksikön prosessien riskien tunnistamisesta ja esille tuomisesta sekä turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta.

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

Henkilöstön vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä, salassapitosäynnösten estämättä mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä työn riskienarviointi tehdään Laatuportin riskienarviointi työkalun avulla ja sitä päivitetään vuosittain ja/tai toiminnan tai tilojen muuttuessa. Pyrimme jatkossa siihen, että riskien arvioinnin päivittämisessä olisi mukana jokaisen erikoisalan ja ammattiryhmän edustaja, jotta riskit tulee arvioida mahdollisimman monelta eri näkökulmalta. Tehdyt riskien arvioinnit ovat esillä Laatuportissa ja turvallisuuskiertojen raportit yksikkömme verkkokansiossa.

Tiloissamme on tehty säännöllisesti viiden vuoden välein ja uusien tilojen käyttöönoton yhteydessä työterveyshuollon ja työsuojelun työpaikkakäynnit, joissa tiloja ja toimintaa arvioidaan yhdessä sekä pohditaan tunnistettujen vaaratekijöiden ennaltaehkäisyn menetelmiä.

Yksikössämme on aikaisemmin tehty turvallisuuskierroksia organisaation näin ohjeistaessa. Jatkossa temme moniammatillisesti turvallisuuskierroja vähintään kerran vuodessa valitsemiemme erilaisten turvallisuusteemojen mukaisesti. Turvallisuuskierrosta vastaa yksikön osastonhoitaja, joka kutsuu kierrolle osallistumaan yksikön turvallisuus/potilasturvallisuusvastaavan, työsuojelun edustajan sekä yksikön eri ammattiryhmien edustajat.

Lisäksi ”läheltä piti”- tilanteiden ilmoitusten perusteella voimme tunnistaa asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä sekä työnriskejä. Aina jos vaaratilanne tapahtuu mietimme juurisyitä, miksi näin tapahtui ja pyrimme ennalta ehkäisemään tapahtuman uusiutumisen kehittämällä toimintaamme ja poistamalla juurisyyn mahdollisuuksiemme mukaan.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

Yksikön kaikkien ammattiryhmien työntekijöillä on velvollisuus tehdä viipymättä ilmoitukset epäkohdista, epäkohdan uhista, riskeistä, vaara- ja poikkeamatilanteista sekä hyvistä käytänteistä omassa yksikössä tai toisessa yksikössä Laatuporttijärjestelmän kautta. Hyvin usein tilanteista keskustellaan kasvokkain esihenkilön ja/tai asiantuntijan kanssa jo ennen ilmoituksen tekemistä. Tutkimuksiin lähettävät yksiköt voivat samalla tavoin osoittaa ilmoituksia meidän yksikköömme.

Potilaat voivat ilmoittaa epäkohdista, epäkohdan uhista, riskeistä, vaara- ja poikkeamatilanteista Laatuporttijärjestelmän kautta. Lisäksi potilaat voivat antaa palautetta suullisesti suoraan henkilöstölle tai kirjallisena odotustiloissa olevaan palautelaatikkoon. Kirjallisen ilmoitusmenettelyn kautta saadut ilmoitukset dokumentoidaan tällä hetkellä yksikössä palautemappiin. Jatkossa suulliset ja kirjalliset ilmoitukset tullaan dokumentoimaan Laatuporttijärjestelmään.

Jos kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön henkilökunta toteaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, siitä ilmoitetaan Laatuportin kautta (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake).

Laatuporttiin tehtyjen ilmoitusten määrää seurataan kuukausittain raportoinnin avulla. Huomioidaan, että pieni/laskeva ilmoitusten määrä voi olla myös merkki siitä, että ilmoituksia on jäänyt tekemättä. Kun tapahtumista kuulee puhuttavan, huolehditaan että asiasta tehdään ilmoitus.

Henkilöstöä kannustetaan tekemään Laatuporttiin ilmoituksia aktiivisesti ja teknisessä ilmoituksen teossa autetaan tarvittaessa. Kuukausittain on myös tarjolla koulutusta Laatuportin ilmoitusten teosta organisaation toimesta.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Laatuporttiin kirjatusta ilmoituksista tulee sähköpostiviesti yksikön esihenkilöille (osastonhoitaja ja ylilääkäri) ja fyysikolle. Ilmoitukset pyritään lukemaan mahdollisimman pian ja ilmoituksen lukija merkitsee ilmoituksen käsittelytilaan Laatuportissa. Fyysikko lukee säteilytyöhön liittyvät ilmoitukset, osastonhoitaja hoitotyöhön liittyvät ilmoitukset ja ylilääkäri lääketieteellisiin asioihin liittyvät asiat. 14 vrk kuluessa käsittelijät pyrkivät yhdessä keskustelemaan saaduista ilmoituksista, miettimään tapahtumien juurisyytä, riskien suuruutta, tapahtuman vaikutuksia toimintaan, kehittämistoimenpiteitä vastaavan tapahtuman välttämiseksi sekä organisoimaan asian käsittelyn henkilöstön kanssa pienryhmissä tai erikoisalakokouksissa. Käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuporttijärjestelmään.

Kuukausittaisissa erikoisalakokouksissa käsitellään kootusti yhdessä kuukauden aikana saapuneet ilmoitukset ja niiden käsittelyn vaiheet sekä sovitut toimenpiteet tai yhdessä päätetään toimenpiteet. Ilmoitusten käsittelyaika riippuu tapahtuman luonteesta ja laajuudesta. Säteilyturvailmoitukset käsittelee ja dokumentoi fyysikko. Ilmoituksen käsittely ja dokumentointi tallentuu laatuporttiin ja sen kautta ilmoitukseen voidaan palata myöhemminkin ja ajaa mm erilaisia raportteja esim. eri tapahtumatyypeistä. Fyysikko raportoi myös säteilyturvakeskukselle tapahtuneista säteilypoikkeamista säteilyturvakeskuksen ohjeistuksen mukaisesti heti tai vuosittain.

Jos kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön henkilökunta ilmoittaa epäkohdan tai epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon toteuttamisessa epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomakeella, ilmoitusten käsittely poikkeaa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksista: ilmoitukset käsitellään ylemmän johdon toimesta, yksityisten toimijoiden osalta valvontayksikkö seuraa ilmoitusten käsittelyä.

Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelyn toteutumista seuraavat ilmoitusten käsittelijät Laatuportin työkalujen avulla (sähköpostiilmoitukset, käsittelyvaihe ja -aika tilastot). 14 vrk:n välein on kokousajat varattu käsittelijöiden yhteiselle keskustelulle uusista ilmoituksista. Jos joku käsittelijä ei pääse kokoukseen, kokous järjestetään läsnäolevien kesken. Ilmoitusten luonteen tai määrän mukaan kokoussykliä voidaan tarvittaessa muuttaa.

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

Ilmoitusten käsittelyssä käsittelijä kirjaa yhdessä suunnitellut ja sovitut kehittämistoimenpiteet sekä asiasta vastaavat henkilöt ja kehittämisajataulun. Toimenpiteiden toteuttaminen koskee jokaista työntekijää, mutta asiaa organisoii ja aikataulusta vastaa vastuuhenkilöksi nimetty henkilö esihenkilön tukemana. Seurannan ja toteutuksen kirjaa Laatuporttijärjestelmään osastonhoitaja, ylilääkäri tai fyysikko. Toteutettujen kehittämistoimenpiteiden arviointia tehdään yksikön sisällä kokouksissa tapahtuvien keskusteluiden ja potilailta saatavien palautteiden perusteella sekä seuraamalla laatuporttijärjestelmän vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia.

Asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä vaara- ja poikkeamatilanne ilmoituksissa antamaa palautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä kuten yksikön sisäistenkin ilmoitusten perusteella. Palautteen antajaan ollaan aina yhteydessä, jos hän on antanut yhteystietonsa. Yhteydenottaja on normaalisti yksikön esihenkilö; paitsi säteilypoikkeamatapauksissa yhteydenottaja on fyysikko.

Kehittämistoimenpiteiden etenemisestä keskustellaan ilmoitusten käsittelykokouksen lopussa noin 14 vrk välein ja kirjataan eteneminen laatuporttiin. Jos jokin toimenpide venyy, tarkistetaan aikataulutusta ja keskustellaan miten asiaa voitaisiin edesauttaa, jotta se valmistuisi. Käsitellään asiaa asianomaisten kanssa.

Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten määrää, luonnetta ja käsittelyn seurantaa toteutetaan yksikkö-, klinikkaryhmä- ja palvelualue- ja organisaatorisesti.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Yhdessä kirjatut korjaavat toimenpiteet tiedotetaan henkilökunnalle ilmoituksen tyypistä riippuen osastokokouksessa tai tietyn erikoisalain kuukausittaisessa erikoisalakokouksessa. Tiedottamisen apuna ovat

yksikön sisällä erikoisalakohmainen teams-keskustelukanava, kokousmuistiot, tutkimuspistekohtaiset uutissivut. Yhteistyötahoille tiedottaminen tapahtuu organisaatiossa käytössä oleva sisäinen tiedotuskanava Intran avulla tai tarvittaessa sähköposti organisaation ulkopuolisille tahoille.

Jos tiedottamisessa huomataan saadun palautteen avulla ongelmia, mietitään korjaavat toimenpiteet tiedottamisen kehittämiseksi.

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.

Asiakasta ja potilasta informoidaan välittömästi tapahtuman yhteydessä tapahtumassa mukana olleen henkilökunnan toimesta. Jälkeenpäin sähköisen järjestelmän kautta saadun asiakas/potilasilmoituksen johdosta ilmoituksen tekijään ollaan yhteydessä, jos hän on tämän sallinut ja jättänyt yhteystietonsa. Yhteydenotot kirjataan järjestelmään ja niitä voidaan seurata raportoinnin avulla. Jos huomataan informoinnissa puutteita, kehitetään informointia paremmaksi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ilmoituksia jää tekemättä	Yksikön sisäinen tiedottaminen ja koulutus ilmoitusten tärkeydestä ja velvollisuudesta	Organisaatio ohjeistus vaaratapahtumien ja epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta
Ilmoitusten tiedotusviive	Säännöllinen tiedottaminen kootusti yksikkö tasolla	Koottu käsittely erikoisalan kuukausipalaverissa.

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Yksiköissämme tehtäviin potilastutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähettävä lääkäri valitsee tutkimusvalikoimasta tutkimuksen, jonka avulla näkee saavansa hoitopäätöksen teon tueksi tarvittavia vastauksia kysymyksiin potilaan tilasta. Lähettävä lääkäri arvioi myös tutkimukseen kiireellisyyden. Säteilytutkimuksissa potilaan tutkimukselle tutkimusyksikön lääkäri tai tehtävään valtuutettu hoitaja antaa oikeutuksen eli luvan tehdä potilaalle säteilytutkimus. Tutkimuslähetteitä voidaan seurata tutkimusyksikön nearIS- tai QPati-toiminnanohjausjärjestelmästä. Valmiista tutkimuksesta tulee tutkimukseen lähettävälle lääkärille automaattiviesti potilastietojärjestelmään. Viestin näkee myös lähettävän yksikön viestien käsittelijä.

Kuvantamiskeskus pyrkii tuottamaan kiireelliset tutkimukset kahden viikon sisällä ja ei-kiireelliset tutkimukset kuukauden sisällä. Totetumista seurataan T3 (3.vapaa-aika)-mittarin ja tutkimusten läpimenoaikojen avulla. Lisäksi seurataan tutkimusten toteutuneita lukumääriä. Ajanvarauksia eri tutkimuksiin pyritään kohdentamaan kysynnän mukaisesti, mikäli se on henkilöresurssit huomioiden mahdollista. Mahdollisuuksien mukaan tutkimusjonoja pyritään pitämään kohtuullisena (erityisesti röntgenissä), myös henkilöstön vapaaehtoisen lisätyön avulla, huomioiden myös taloudelliset resurssit lisätyön toteuttamiseksi.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön tutkimuksiin potilasta hoitava taho tekee tutkimuslähetteen sekä tutkimuksen kiireellisyys määrittelyn toiminnanohjausjärjestelmään eli nearIS:iin. Tutkimushuoneittain tutkimuksien tekemiseen varaudutaan ennakkoon työohjeisiin kirjatulla tavalla esim. tutustutaan lähetteeseen, varataan tarvittava välineistö ja henkilökunta sekä varmistetaan tutkimuslaitteiden toimivuus esimerkiksi kalibroinnein ja laatumittauksin. Läheteiden lukeminen on tärkeää, jotta pyydettyyn tutkimukseen voidaan valmistautua tutkimusyksikössä ja tarvittaessa tutkimuspyyntö voidaan muuttaa vastaamaan parasta tapaa selvittää lähettävän tahon mielenkiinnon kohdetta.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

Ajanvarauksia eri tutkimuksiin pyritään kohdentamaan kysynnän mukaisesti, mikäli se on henkilöresurssit huomioiden mahdollista. Mahdollisuuksien mukaan tutkimusjonoja pyritään pitämään kohtuullisena (erityisesti röntgenissä), myös henkilöstön vapaaehtoisen lisätyön avulla, huomioiden myös taloudelliset resurssit lisätyön toteuttamiseksi.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä päivystystutkimus toteutetaan niin nopeasti kuin mahdollista, kiireellinen tutkimus toteutetaan 5 vrk sisällä ja normaali kiireellisyys on yli 30 vrk. Tutkimusten tekeminen perustuu ajanvaraukseen, joka on lähettävälle yksiköille vapaasti käytettävissä suurimmassa osassa tutkimuksia. Tutkimuksiin lähettävät tahot ovat aktiivisesti yhteydessä tutkimusyksikköön, jos tarvitsevat tutkimusajan tietylle päivälle, johon vapaita aikoja ei enää ole, ja tutkimusyksikössä ajat yritetään resurssit huomioiden järjestää. Tutkimukseen lähettävän yksikön tulisi varata potilaalle aika tutkimukseen heti, kun tutkimus potilaalle määrätään. Jos kyseessä kontrolli pitkän ajan päähän, potilas pitäisi sijoittaa tutkimukseen lähettävän yksikön hoidonvaraajan jonoon, jotta määrätty tutkimus toteutuisi lähettävän lääkärin suunnitelman mukaisesti.

Viikoittain tutkimusyksikkö seuraa tutkimusjonojensa pituutta T3 avulla ja kuukausittain tutkimusjonoista keskustellaan yksikön tilastollisessa moniammatillisessa iltapäiväpalaverissa. Ajanvaraushallinnan avulla voidaan tarvittaessa kohdentaa vapaita tutkimusaikoja niille tutkimuksille, joille paljon kysyntää ja sulkea tutkimusaikoja, joille ei ole kysyntää. Tutkimuksiin lähettävät yksiköt pystyvät seuraamaan T3 mittaria organisaation sisäisen tiedotuskanavan intran kautta. Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö tiedottaa organisaation sisällä intran ja sähköpostin kautta, jos toiminnassa viivettä esim. äkilliset toimintaan vaikuttavat resurssivajeet ja laiterikot. Potilaille tiedottaminen toteutetaan kohdennetusti tai julkisten tiedotusvälineiden kautta.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö toimii osana potilaan hoitoprosessia, mutta ei tutkimusyksikkönä vastaa potilaan hoito-, kuntoutussuunnitelman- yms. tekemisestä, seurannasta, vaan tarvittaessa tuottaa tutkimuksia tai hoitoja näiden tueksi. Kliinisen neurofysiologian magneettistimulaatiohoitoihin liittyen neurofysiologian hoitojen antajat osallistuvat moniammatilliseen hoidon arviointiryöryhmiin.

Tutkimusyksikön toimintaa ohjaa ajanvarauspohjien suunnittelu, joka perustuu tutkimuskysyntään ja käytettävissä olevaan tutkimuksiin käytettävään resurssiin. Vain EKG:hen potilaille ei ole ajanvarausta. Ajanvarauspohjien laadinnassa on huomioitava aina koko yksikön eri erikoisalojen kokonaisuus ja tämän vuoksi tämä on esihenkilöiden vastuulla. Ajanvarauspohjien kehittämistä toteutetaan moniammatillisesti. Ajanvarauspohjien suunnittelussa ja kehittämisessä huomioidaan tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavat

resurssit (henkilöstöresurssi, tarvittavat välineet ja tutkimusaineet) ja niiden järkevä kohdentaminen (esimerkiksi samojen tutkimusten keskittäminen tiettyyn päivään), mutta suunnittelu on aina myös asiakaslähtöistä pohjautuen tutkimukseen lähettävien yksiköiden tarpeisiin (lähetykset, vastaanottopäivät) ja potilaiden tarpeisiin (esim. pitkämatkalaisille pyritään järjestämään tutkimus samalle päivälle vastaanoton tai muun käynnin kanssa).

Ajanvarauksen toteutumista seurataan päiväorganisoinnin yhteydessä ja voidaan tehdä tarvittavia ajanvarausuunnitelman muutoksia, jos jotkin ajat eivät ole täyttyneet ja joistakin toisista tutkimuksissa on kysyntää, mutta ei vapaita aikoja. Tutkimukseen lähettävät yksiköt voivat esittää tarpeitaan ja toiveitaan ajanvarauspohjasta vastuussa olevalle esihenkilölle ja niitä pyritään toteuttamaan potilaan parhaaksi huomioiden käytössä olevan tutkimusresurssi.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Potilas voi halutessaan kieltäytyä tutkimuksesta jo hoitavan lääkärin ehdottaessa tutkimusta tai keskeyttää tutkimuksen toteuttamisen tutkimuksen aikana. Kieltäytymisestä menee aina tieto potilasta hoitavaan yksikköön, jotta he voivat miettiä vaihtoehtoisia tapoja selvittää potilaan fysiologisia toimintoja potilaan hoidon tueksi. Kuvantamiskeskuksen toimintaohjeessa

Siunsote RAD TYÖOHJE Potilaan kohtelu tunnistaminen itsemääräämisoikeus oikeusturva.docx (linkki) on ohjeistettu, kuinka toimitaan asiakkaan ja potilaiden itsemääräysoikeuden toteutumiseksi ja tätä ohjetta noudatetaan meidän yksikössämme. Jos huomataan puutteita ohjeen noudattamisessa, asiaan puututaan ja korjataan toiminta ohjeen mukaiseksi.

Edellä mainitussa toimintaohjeessa on kuvattu kuinka potilas tunnistetaan tutkimusyksikössä. Jokaista potilasta kohdellaan yksilöllisesti, vaikka tutkimus on suoritettava tietyn protokollan mukaisesti, jotta tutkimus olisi laadukas ja toistettava. Yksikössämme pyritään tekemään tutkimus laadukkaasti alusta loppuun ja asiakkaalle kerrotaan sekä perustellaan koko tutkimuksen ajan mitä ollaan tekemässä ja mitä hyötyä tutkimuksen tekemisestä potilaalle on.

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.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä ei ole käytössä itsemääräämisoikeuden rajoittamisvälineitä, joilla rajoitettaisiin potilasta. Tutkimuksissamme voidaan kuitenkin käyttää potilaan turvallisuuden varmistamiseksi ja tutkimuksen onnistumiseksi apuvälineitä esim. erilaiset tuet kuvauslaitteilla, nenänipsu keuhkotutkimuksissa sekä joutua kiinni pitelemään potilasta mittauksen tai mittausvälineiden asettelun vuoksi. Tutkimus- ja kuvauslaitteilla on erilaisia mittauslaitteita kuten myssyjä, antureita, elektrodeita, joita täytyy käyttää laitetoimittajan suosittelemalla tavalla eli potilas ei voi itse valita mittauslaitetta.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tutkimuksen aikana on tarpeellista vain jos potilasturvallisuus vaarantuisi, tutkimus ei onnistu muutoin esimerkiksi tutkimuslaitteita käytettäessä tai säteilytutkimuksessa säteilevä potilas vaarantaisi lähiympäristöä. Radiolääkettä saaneen potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, koska potilas ja potilaan eritteet säteilevät ja aiheuttavat säteilyvaaran ympäristöön. Tällaiselle potilaalle annetaan toimintaohjeet, muun muassa ohjeistus pitää turvaväliä läheisiin, kehoitetaan olemaan pois raskaana olevien seurasta sekä välttämään pitämästä sylissä pieniä lapsia. Ison radiojodihoitoannoksen saanut potilas eristetään sairaalalle tätä varten varattuun ja suojattuun eristyshuoneeseen muutaman päivän ajaksi suojataksemme ympäristöä säteilyltä. Tämä eristys ei kuitenkaan kestä kuin muutaman päivän ja eristysaika pyritään minimoimaan päästämällä potilas lähtemään heti kun säteily on vaarattomalla tasolla ympäristölle.

Mikäli tutkimuksessa potilas alkaisi käyttäytymään uhkaavasti tai olisi vaaraksi itselleen ja henkilökunnalle, voimme hälyttää apua yksikön ulkopuolelta vahtimestareilta. Potilaan vointia seurataan tutkimusaikaiselle seuraamiselle normaalilla tavalla myös rajoittamistoimien aikana. Tutkimuksen aikana käytettäviä tutkimusprotokollaan kuuluvia rajoitustoimia ei kirjata erikseen ylös. Tutkimuksen aikaiset ennakoimattomat tilanteet kirjataan nearIS:n tutkimuksen huomioida kohtaan. Työntekijän yleisperehdytyksessä käydään läpi vaaratilanteissa toimimisen yleiset periaatteet sekä raportointi.

Tuotamme tutkimuksia potilasta hoitavalle taholle eli tutkimustuloksia emme voi luovuttaa potilaalle suoraan. Potilaan tulee saada tutkimustulokset häntä hoitavalta taholta, joka ottaa vastuun myös tutkimuksen johdosta esille saatujen tietojen aiheuttamiin tarvittaviin toimenpiteisiin.

Jos potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa huomataan puutteita esimerkiksi palautteen avulla, puuteisiin puututaan ja arvioidaan toiminnan kehittämiskohteet.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Kuvantamiskeskuksessa on laadittu toimintaohje potilaan kohtaamisesta

[Siunsote RAD TYOOHJE Potilaan kohtelu tunnistaminen itsemääräämisoikeus oikeusturva.docx \(linkki\).](#)

Jokaista asiakasta kohdellaan yksilöllisesti ja epäasiallista kohtelua ei hyväksytä. Vieraskielisiä asiakkaita varten osasta tutkimuksia on olemassa ohjeistusta englanniksi ja venäjäksi. Tutkimukseen lähettävä yksikkö hankkii läsnäolotulkin niin vieraskielisille kuin kuulovammaisillekin, aina kun tämä on mahdollista. Joillekin kielille läsnäolotulkkia ei ole saatavissa ja joudutaan turvautumaan puhelintulkkaukseen. Näkövammaiset huomioidaan mahdollisuuksien mukaan isoilla selkeillä opasteilla ja suullisella informaatiolla, mutta pistekirjoitusohjeistuksia meillä ei ole.

Epäasialliseen kohteluun on jokaisella yksikön työntekijällä velvollisuus puuttua ja viedä asia eteenpäin esihenkilöille tiedoksi jatkotoimenpiteitä varten. Esihenkilöpari keskusteleee aina asianomaisen kanssa ja ohjaa oikeanlaiseen toimintaan sekä tarvittaessa antaa sanktiot tapahtuneesta.

Neljä kertaa vuodessa keräämme potilailta palautetta tutkimustyöstämme valtakunnallisen hoitotyön potilaspalautekysely avulla ja saadun palautteen avulla kehitämme työtämme.

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.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikköä koskevat muistutukset, kantelut ja potilasvahingot menevät tiedoksi yksikön ylilääkärille ja kuvantamiskeskuksen palvelupäällikölle. He tekevät niihin vasteen organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Mikäli asiakas on yhteydessä yksikköön asiakaspalautekanavan kautta, tulleet palautteet käsittelee osastonhoitaja ja ylilääkäri. Muistutukset, kantelut ja reklamaatiot sekä asiakaspalautteet käsitellään yksikössä lain säatelemällä tavalla. Huomioitavaa on että esimerkiksi muistutukset ja kantelut ovat salassapidettäviä asioita ja juurisyidenkään selvityksessä ei tuoda esille salassa pidettäviä tietoja.

Asiakasta ohjeistetaan kysyttäessä muistutus, kantelu, potilasvahinko tapauksissa toimimaan Siun soten internet-sivuilta löytyvän ohjeistuksen mukaisesti.

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:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote

Kirjaamo

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@suunsote.fi (sähköpostiosoite)

Puh: 013 330 8265 ja 013 330 8268

Puhelinpalvelu avoinna ma klo 8.30–11.30 ja ti-to klo 9–11

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

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot löytyvät toimipisteen ilmoittautumisautomaatin läheisyydestä.

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

Yksikössämme kerätään jatkuvaa potilaspalautetta sähköisen järjestelmän ja kirjallisen palautteen avulla. Neljä kertaa vuodessa keräämme potilailta palautetta tutkimustyöstämme valtakunnallisen hoitotyön potilaspalautekysely. Jos saadussa palautteessa on potilaan yhteystiedot, häneen ollaan aina henkilökohtaisesti puhelimitse yhteydessä yksikön esihenkilön toimesta.

Sähköisen järjestelmän kautta saatujen potilaspalautteiden käsittely kirjataan sähköiseen järjestelmään. Paperiset palautteet säilytetään palautekansiossa. Valtakunnallisen hoitotyön palautekyselyn vastaukset ovat sähköisessä muodossa. Kaikki saadut palautteet käsitellään yksikön kokouksissa kerran kuussa tai tarvittaessa useammin. Toimintaa kehitetään, jos esiin nousee asioita, joihin voimme vaikuttaa.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Yksikkömme viestii sisäisten asiakkaiden eli tutkimuksiin lähettävien tahojen kanssa puhelimitse sekä sähköisten kanavien (intra, sähköposti, teams) kautta. Tarvittaessa järjestetään myös yhteistyöpalavereita. Magneettistimulaatiohoitoihin liittyen on sovittu säännölliset palaverit neuromodulaatiopoliklinikan ja kipupoliklinikan kanssa.

Potilaiden kanssa viestintä keskittyy tutkimusta edeltävään aikaan, jolloin potilaaseen voidaan tarvittaessa olla yhteydessä puhelimitse. Jokaisesta tutkimuksesta on potilasta varten tehty kirjallinen ohje tutkimukseen valmistautumisesta ja tämän potilas saa tutkimukseen lähettävästä yksiköstä tai tutkimusyksiköstä ajanvarauksen yhteydessä. Tietyistä tutkimuksista potilaalle laitetaan tekstiviestimuistutus ajanvaraukseen liittyen.

Asiakasviestinnän riittävyttä arvioidaan saadun palautteen ja mahdollisten läheltä piti tai vaaratilanne ilmoitusten perusteella. Jos huomataan epäkohtia ne pyritään korjaamaan. Sisäisten asiakkaiden eli tutkimuksiin lähettävien yksiköiden kanssa voidaan järjestää tarvittaessa yhteistyöpalavereita viestinnän parantamiseksi tai uusien asioiden viestimiseksi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstöressurin (lääkäri ja RTG-hoitaja) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Jatkuvalla rekrytoinnilla yritetään varmistaa henkilöstöressuria	Teemme aktiivista rekrytointia ja pidämme yllä positiivista työnantajakuva
Toimivan ja tarvittavan laitekannan varmistaminen kiristävssä taloustilanteessa	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laite-elinkaaret ja realistiset hinta-arviot

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.

Yksikössä työskentelee yhteensä noin 40 henkilöä. Yksikön omaa henkilökuntaa ovat laboratorio-, röntgen- ja sairaanhoitajat, lääkärit, fyysikot, apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja. Toimistopalvelut tuottavat sihteeripalvelun ja Polkka laitoshuoltopalvelun. Vakituista hoitohenkilökuntaa yksikössä on seuraavasti: 16 laboratoriohoitajaa, 9 sairaanhoitajaa, 4 röntgenhoitajaa, 1 asiantuntijahoitaja, 1 apulaisosastonhoitaja ja 1 osastonhoitaja. Lääkäreitä yksikössä työskentelee fysiologia isotooppipuolella yhteensä kaksi erikoislääkäriä ja yksi erikoistuva sekä neurofysiologian puolella yksi erikoislääkäri. Laitoshuoltajia yksikössä on yksi ja sihteereitä 3. Henkilöstön riittävyys varmistetaan ajanvarausten suunnittelulla, poissaolojen seuraamisella, aktiivisella rekrytoinnilla sekä positiivisen työnantajakuva ylläpitämisellä. Rekrytoinnissa huomioidaan että työntekijällä on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) 5§:n mukainen laillistus tai lupa toimia kyseisessä tehtävässä. Opiskelijat eivät työskentele yksikössä itsenäisesti vaan voivat toimia vain vakinaisen työntekijän kanssa työparina. Yksikkö toimii virka-aikana yhdessä vuorossa. Hoitajien työvuorosuunnittelu tehdään osastonhoitajan toimesta 3 viikon jaksoissa jaksotyön työaikalain mukaisesti Numeron järjestelmässä. Numeronissa jokaisen työntekijän

osaamiset on syötetty ohjelmaan. Työpisteestä riippuen hoitajien työkierto on 3-5 päivää. Kaikkia tutkimuksia ei tehdä joka päivä eli tämä tuo tähän säännönmukaiseen työkiertoon hieman muutoksia.

Äkillisissä poissaoloissa henkilöstön riittävyys turvataan supistamalla toimintaa. Ajanvarausta voidaan myös avata kysynnän mukaan eli jos jokin tietty tutkimus on hyvin kysytty avataan sille enemmän aikoja ja taas vastaavasti vähemmän kysyttyjen tutkimusten ajanvarausta suljetaan. Yksikössä lomien suunnittelussa huomioidaan henkilöstön riittävyys mm. toimintaa supistamalla.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointi aloitetaan rekrytointihakemuksen laadinnalla. Hakemuksessa kuvataan tarkoin mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan. Jokaiselle yksikköön töihin tulevalle henkilölle pidetään työhaastattelu, jossa selvitetään työntekijän soveltuvuutta yksikköön sekä tarkistetaan hänen kielitaito ja kelpoisuutensa tutkinto- ja työtodistusten sekä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) avulla. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveyden tilastaan 1 kk:n kuluessa töiden alkaessa. Työntekijöiltä edellytetään, että heidän rokotekattavuus on lainmukainen ja se tarkistetaan organisaation ohjeen mukaisesti ennen työsuhteen alkamista.

7.3 Perehdytys

Perehdytyksen tarkoituksena on antaa työntekijälle valmiudet tehdä työtehtävänsä tehokkaasti ja turvallisesti. Perehdytys kuuluu uusien työntekijöiden lisäksi myös opiskelijoille sekä vanhoille työntekijöille pitkän poissaolon jälkeen tai uuteen työtehtäviin perehdytettäessä.

Yksikössämme tehdään jokaiselle uudelle työntekijälle henkilökohtainen yleisperehtymissuunnitelma ja hoitohenkilökunnalle työpistekohtainen perehdytysuunnitelma. Jokainen uusi työntekijä tekee Siun soten yleisperehdytysopinnot ja perehtyy näin organisaation toimintaan.

Osastonhoitaja toteuttaa yleisen perehdytyksen yksikön toimintaan kaikkien ammattiryhmien osalta. Hoitohenkilökunnan osalta työpisteittäin toteutetaan työpistekohtainen perehdytys niin uusille kuin vanhoillekin työntekijöille työpistevastuuhoitajien ja työpisteen työntekijöiden toimesta. Perehdytyksessä käytetään työpistekohtaista perehdytyskorttia. Säteilytyön perehdytyksessä on käytössä perehdytyskeskustelut, joihin osallistuu perehtyjä, perehdyttäjää, vastuuhuhoitaja, fyysikko ja esihenkilö sekä tulevaisuudessa ehkä myös lääkäri. Säteilyturvallisuusvastaava (STV) on vastuussa säteilytyön perehdytyksestä.

Työpisteisiin perehtyessä työntekijälle on aluksi merkitty perehdyttävä, jonka kanssa yhdessä työpisteessä toimitaan ja opitaan asioita. Kun perehdytys etenee ja työntekijä voi toimia jo itsenäisesti, hänelle on yleensä nimetty taustahenkilö, johon turvautua tarvittaessa. Yksikössämme kehoitetaan aina kysymään ja pohtimaan yhdessä asioita, jos jokin asia askarruttaa tai on epäselvä. Tätä keskustelua tukee se, että jokaiselle työpisteelle on nimetty työpistevastuuhoidajat eli tiedetään keneltä kysyä.

Perehdytystä seurataan perehdytyskeskusteluiden avulla. Yleisperehdytys dokumentoidaan perehdytjän henkilökohtaiseen perehdytyskorttiin, joka arkistoidaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Työpistekohtainen perehdytys dokumentoidaan perehdytjän henkilökohtaiseen työpisteen perehdytyskorttiin, joka säilytetään osastonhoitajan toimesta.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Yksiköömme palkataan vain terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneita henkilöitä ja laillistukset tarkistetaan Terhikistä ennen työsuhteen alkua. Yksikössämme vaaditaan erikoisalamme mukaista potilastutkimusprosessin perusosaamista, potilaiden kohtaamisen osaamista, tietoteknistä perusosaamista sekä erilaisten laitteiden ja ohjelmien kanssa toimimisen osaamista. Lisäksi yleisiä sairaalamaailman osaamisia kuten hygieniosaamista, tietoturva- ja tietosuojiosaamista. Työehtosopimuksen mukaisesti jokaisen työntekijän tulee oma-aloitteisesti ja aktiivisesti pitää omaa osaamistaan yllä.

Säteilykoulutuksen toteutumista seurataan lain velvoittamalla tavalla. Työntekijän esihenkilö huomioi henkilöstön osaamisen työvuorosuunnittelussa ja yksikön päivittäisen toiminnan varmistamisessa. Eri erikoisalojen koulutuksia toteutuu vuosittain ja niihin osallistuu aina henkilökuntaa, joka antaa koulutuspalautteen koko yksikölle. Kehityskeskusteluissa tehdään jokaisen työntekijän kanssa kehityssuunnitelmaa seuraavalle vuodelle ja myös täältä nousee esille kouluttamistarpeita. Organisaatiomme järjestää yleisiä koulutuksia mm. elvytys, alkusammutus, tietoturva, tietosuoja ja potilasturvallisuuskoulutuksia verkko-opintoina sekä sisäisenä koulutuksena. Näihin on organisaatiossa määritelty suorittamisaikataulu, jota noudatetaan. Käydyt koulutukset kirjataan Onni-HR järjestelmään, josta ne voidaan myös raportoida.

Osaamisen ylläpitämistä seurataan mm. kehityskeskusteluiden avulla joka vuosi ja tarvittaessa tehdään työntekijän kanssa yhdessä osaamisen kehittämiseksi suunnitelma ja aikataulus.

7.5 Johtamisosaaminen

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

Kuvantamiskeskukseen palkataan esihenkilöiksi tarvittavan ammatillisen pätevyyden omaavia esihenkilöitä, joiden soveltuvuutta yksikköön mitataan työhaastattelussa. Lähiesihenkilöiden tulee olla oman yksikkönsä osaamisalueen asiantuntijoita. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtävänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Esihenkilöillä on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Eritasoisista johtamiskoulutusta on myös saatavilla Rievrian järjestämän oppisopimuskoulutuksen kautta. Oppisopimuskoulutuksista sovitaan ja ne suunnitellaan aina oman esihenkilön kanssa yhteistyössä. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti. Johtamisosaamisen eri osa-alueiden hallintaa (talous, hankinnat, henkilöstön johtaminen, turvallisuusjohtaminen, omavalvonta jne.) arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista sekä eri tavoin saadun palautteen perusteella. Esihenkilöltä, kollegoilta, henkilöstöltä ja organisaation sisäisiltä ja ulkoisilta yhteistyökumppaneilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamista. Esihenkilöille pidetään kehityskeskustelut samoin kuin kaikille muillekin työntekijöille.

Esihenkilön työajan kertymää seuraa esihenkilönä palvelupäällikkö (palvelupäällikön ajankäyttöä seuraa palvelujohtaja) ja tarpeen vaatiessa käydään keskustelua työajan käyttöön ja tehtävien priorisointiin liittyen.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikköön palkattava esihenkilö toimii kolmella eri erikoisalla toimivien henkilöiden esihenkilönä. Erikoisalojen työt pohjautuvat potilastutkimusprosessiin, jonka tunteminen katsotaan esihenkilölle eduksi. Uuden esihenkilön organisatorisesta yleisperehdytyksestä huolehtii hänen esihenkilönsä ja yksikön asioiden yleisperehdytyksen antaa yksikössä toimiva esihenkilö. Yksikön esihenkilöt osallistuvat organisaation esihenkilökoulutuksiin organisaation ohjeiden mukaisesti ja lisäksi esihenkilöllä on työehtosopimuksen mukainen velvollisuus pitää osaamista aktiivisesti ja oma-aloitteisesti yllä.

Lääkärinä toimiva esihenkilö vastaa lääketieteellisistä asioista ja toimii lääkäreiden lähiesihenkilönä. Osastonhoitaja toimii hoitohenkilökunnan lähiesimiehenä ja hänellä on päiväorganisoinnissa ja ajanvarauhallinnassa apuna apulaisosastonhoitaja.

Esihenkilöt pitävät osaamistaan yllä osallistumalla aktiivisesti esihenkilöille suunnattuihin organisaation järjestämiin koulutuksiin (mm. työturvallisuuskorttikoulutus, työhyvinvointikorttikoulutus, työsuhtekoulutukset, hankintakoulutukset) ja esihenkilöinformoihin. Esihenkilöiden osaamista seurataan päivittäistoiminnassa, palautteen, työsuorituksen ja kehityskeskusteluiden avulla. Jos lähiesihenkilötyöhön ei ole riittävästi aikaa, asioita priorisoidaan tärkeysjärjestykseen.

7.6 Työhyvinvointi

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

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

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä koko henkilökunta on päivätyössä arkisin. Käytämme henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tukevia organisaation työkykyjohtamisen työvälineitä HAVAHU:a ja sairauspoissaolojen hallintamallia. Käytössämme on myös SISU-työn toimintamalli, jolla tuemme työntekijän työhön paluuta lyhyen sairaspoissaolon jälkeen tai tarjoamme mahdollisuuden tehtäviltään kevennettyyn työhön sairausloman sijasta ja näin vähentää sairauspoissaoloja. Työyksikössä on laadittu yhteiset pelisäännöt.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäin toimimalla yhdessä sekä vuosittain organisaation henkilöstöhyvinvointi kyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Vuonna 2025 henkilöstökysely toteutuu Siun sotessa neljästi: maaliskuussa, kesä-, syys- ja joulukuussa. Kolmen kuukauden välein toteutettavalla Vibe-henkilöstökyselyllä kartoitetaan siunsotelaisten kokemuksia työstä, johtamisesta, työyhteisön toiminnasta, osaamisesta ja kehittymisestä sekä työkyvystä ja työhyvinvoinnista. Tarvittaessa hyödynnämme organisaatiossa käytössä olevia työkaluja kriisitilanteissa (tapahtuman purkuistuntomalli) sekä pyydämme apua organisaation ammattilaisilta esim. työsuojelu. Organisaatio tarjoaa työntekijöilleen työhyvinvointikorttikoulusta.

Työn riskien arviointi päivitetään vähintään kerran vuodessa moniammatillisesti. Kerran vuodessa pyritään pitämään erikoisan kehittämisiltapäivä, jossa perehdytään erikoisan menneen vuoden lukuihin ja tapahtumiin sekä tehdään kehittämissuunnitelmaa edellisen vuoden ongelmia-alueisiin pohjautuen. Tarvittaessa työhyvinvoinnin turvaamiseksi käytetään työsuojelun ammattilaisten apua esim. riskien arviointi.

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.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä voi esiintyä huonokuntoisia, aggressiivisia, vihaisia asiakkaita/potilaita, joiden taustalla voi mm. olla tyytymättömyys tutkimukseen lähettävän yksikön toimintaan, päihteiden käyttöä, pelkoa, terveyden tila (esim. muistisairaus, aivotapahtuma, epileptinen kohtaus, keskushermostoinfektio). Mikäli tutkimuksiin saavutaan päihtyneenä, asiakas käännytetään pois ja hänelle varatan uusi aika. Yleensä merkintä väkivaltaisesta käytöksestä lukee riskitiedoissa ja pystytään soittamaan ennaltaehkäisevästi vartija paikalle suunnitellulle vastaanotolle. Huoneissa on hätäkutsu avun hälyttämiseksi oman yksikön sisältä, mikäli asiakas/potilas yllättäen käyttäytyy aggressiivisesti. Ennalta-arvaamattomassa tilanteessa soitetaan paikalle vahtimestari puhelimella tai osassa huoneita olevilla päällekkäushälyttimillä. Hälytysjärjestelmä testataan kerran kuukaudessa. Osaaminen varmistetaan perehdytyksellä. Osassa yksikön odotustiloja on valvontakamerat, joiden avulla voidaan seurata tilojen toimintaa.

Haastavia potilastilanteita saattaa syntyä myös tilanteissa, jossa lääkäri etätyössä ja paikalle tarvitaan lääkäriä esimerkiksi arvioimaan tilannetta tai pistämään merkkiainetta. Tilanteisiin yritetään ennakoida mm. perehtymällä potilasläheteisiin ennakkoon ja kysymällä lääkäriltä tilanteista ennakkoon. Välillä vastaan tulee ennakkoimattomia tilanteita, joissa turvaudutaan yksikön ulkopuoliseen apuun esimerkiksi MET-ryhmä.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Hyvistä ja toimivista käytänteistä voimme keskustella kahvipöydässä sekä erikoisaloittain olevissa kuukausipalavereissa, viikoittain olevissa moniammatillisissa iltapäiväpalavereissa sekä joka aamuisissa aamupalavereissa. Nopean viestinnän tukena meillä on tutkimuskohtaiset uutissivut sekä aamupalaverimuistiot, kokousmuistiot, Teams ja sähköposti. Henkilöstöllä on käytettävissä Laatuportin hyvien käytänteiden ilmoituskanava. Organisaation palkitsemismuotona on henkilökohtainen kertapalkitseminen onnistuneesta ja hyvästä työsuorituksesta. Myös työyksikköä voidaan palkita yhteisesti hyvin toutuneista asioista esim. hyvät palautteet opiskelijaohjauksesta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Perehdytysuunnitelman vaillinaisuus lääkäreillä ja fyysikoilla	Laaditaan perehdytysuunnitelmat myös lääkäreille ja fyysikoille	4.9.2023 kuvantamiskeskuksen johtotiimissä on annettu kehoitus tehdä lääkäreiden ja fyysikoiden perehdytysuunnitelmat

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. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyä sääntelee asiakas- ja potilaslakien lisäksi [laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä eli asiakastietolaki \(703/2023, linkki\)](#). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty [EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa \(2016/679, linkki\)](#) sekä kansallisessa [tietosuojalaissa \(1050/2018, linkki\)](#).

Siun sotessa tietojärjestelmätoimittajien kanssa tehdyin sopimuksin varmistetaan, että tietojärjestelmissä on käyttötarkoituksen kannalta oikeat toiminnallisuudet ja tarvittavat kansallisten palvelujen integraatiot (mm. Kanta-palvelut) sekä sopimuksissa edellytetään toimittajia huolehtimaan lain mukaisten päivitysten toteuttamisesta tietojärjestelmiin. Siun sotessa on käyty läpi keskeisten järjestelmien käyttöoikeudet (roolipohjainen käytönhallinta), sekä tarkasteltu ja tehty toimenpidesuunnitelma muiden järjestelmien käyttöoikeuksien osalta. Tietojärjestelmäsopimuksissa on lisäksi huomioitu lainsäädännön osalta tietosuojaja tietoturva näkökulmat ja määritelty vastuut sekä poikkeamakäytännöt. Tietojen luotettava ja turvallinen käsittely kaikissa olosuhteissa, tietojen säilyttäminen sekä tietojen hävittäminen varmistetaan jo tietojärjestelmien hankintavaiheessa sekä suunniteltaessa olemassa oleviin tietojärjestelmiin merkittäviä muutoksia. Näissä tilanteissa henkilötietojen käsittelyyn liittyvät riskit ja vaikutukset arvioidaan tekemällä tietosuojan vaikutustenarviointi (DPIA, Data Protection Impact Assessment). Tietosuojan ja tietoturvan toteutumisen seuranta tietojärjestelmien osalta on osa Siun soten sisäistä valvontaa, jota ohjaavat hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojapolitiikka ja -suunnitelma sekä tietosuojan valvontasuunnitelma.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö on tutkimusyksikkö, joka käyttää toiminnanohjausjärjestelmänä nearIS:ä ja potilastietojärjestelmä Mediatria. NearIS-järjestelmän ja Mediatriin välillä on rajallinen tutkimustietoihin liittyvä tiedonsiirtoyhteys. NearIS:ssä ovat kaikki potilaiden tutkimuslähetteet, ajanvaraukset sekä tutkimuksen tekoon ja tutkimusvastaukseen liittyvät kirjaukset ja dokumentit. Isotoopilla radiolääkkeisiin liittyvät tiedot on nearIS:n lisäksi myös radiofarmasiatoimintaa ohjaavassa IBC-ohjelmassa. Näiden ohjelmien

tietoturvasta ja tietosuojasta huolehditaan organisaation ICT-yksikön toimesta. Jokainen ohjelmien käyttäjä myös omalta osaltaan huolehti ohjeiden mukaisesti omasta toiminnastaan tietoturvan ja tietosuojan toteuttamiseksi. Ohjelmiin kirjaudutaan AD-käyttäjätunnuksen avulla ja ohjelmien käytöstä jää lokitiedot.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä on paljon tutkimuslaitteita, joilla potilaita tutkitaan. Tutkimustiedon identifiointiseksi, jokaisesta potilaasta jää tutkimustietokantaan tutkimusdatan lisäksi identifiointitieto(nimi ja syntymäaika). Tutkimustietokantoihin kirjaudutaan yksilöllisten tunnusten avulla ja vain tutkimuslaitteen käyttäjä voi tutkimustiedot nähdä. Tutkimuslaitteiden hankinnan yhteydessä tehdään aina Tietosuojan vaikutustenarviointi (DPIA).

Tutkimuksissa tuotettu materiaali on tallessa tutkimuslaitetietokannoissa sekä potilaan tutkimusraportti PDF- ja kuvatiedostoissa NeaRIS:n kuva-arkistossa (PACS:ssa), josta niitä voidaan katsella NeaRIS:n katseluohjelman Nealinkin kautta. Kuvamateriaali ja EKG tallentuvat myös kansalliseen kuva-arkistoon Kvarkkiin potilaista, joilla on hoitosuhde SiunSotessa. Toiminnanohjausjärjestelmä osaltaan edistää tietojen kirjaamista reaaliaikaisesti, koska tutkimuksen seuraavaan vaiheeseen ei pääse, jos edellistä ei ole kirjattu. Mahdolliset tutkimukseen liittyvät potilaan manuaalisesti täyttämät paperilomakkeet (esim. unipäiväkirja, pitkäaikaisrekisteröintipäiväkirja) skannataan toiminnanohjausjärjestelmä neaRIS:n ja paperidokumentit hävitetään tietosuojajätteenä. Tutkimustuloksia tutkimus yksikkö ei luovuta potilaalle vaan ne potilaat saavat aina tutkimukseen lähettävän yksikön eli hoitavan tahon kautta, jotta saavat myös kokonaisvaltaisen tiedon kuinka tutkimustulos vaikuttaa hoitoon. Tulokset näkyvät myös kannassa ja tarvittaessa tiedot pystyy potilas myös pyytämään tiedonhallintayksikön kautta.

Mediatriin yksikössämme tehdään harvoin kirjauksia, mutta Mediatriista katsotaan tutkimuksessa tarvittavia potilastietoja esim. lääkitys-, riskitieto- ja kertomuskirjauksia. Tutkimusyksikön Mediatriin kirjaamat tiedot ovat esimerkiksi riskitiedot ja sihteerien lähete/tutkimusvastauskäsittelyyn liittyvät kirjaukset. Mediatriin avulla voidaan työstäviestinä käydä tiedonkulkua tutkimuksiin liittyen tutkimukseen lähettäneiden yksiköiden kanssa tutkimukseen liittyvistä asioista.

neaRIS:iin on jokaisella henkilökohtaiset tunnuksset, paitsi opiskelijat eivät koskaan itsenäisesti kirjaa tietoja toiminnanohjausjärjestelmään, vaan tämä tapahtuu aina ohjaajan kanssa. Potilaan tietoja käsittelevät vain ajanvaraukseen osallistuvat, tutkimusta tekevät ja tutkimukseen osallistuvat työntekijät. neaRIS:ssä ja Mediatriissa on saatavissa lokitiedot, jos halutaan selvittää kuka on kenenkin tietoja katsellut.

Hoitohenkilöstö perehdytetään asiakas- ja tietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla osastonhoitajan yleisperehdytyksessä ja tarkemmin työpistekohtaisesti työpisteen vaatimalla tavalla. Muiden ammattiryhmien kohdalla oma ammattiryhmä perehdyttää uuden työntekijän järjestelmien käyttöön.

Työpisteohjeissa on auki kirjoitettu järjestelmiin kirjaamisohjeet. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen perusteella. Palautetta voivat antaa tutkimusprosessissa mukana olevat tahot, potilasta hoitava taho ja potilaat.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

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

Jokainen kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä työskentelevä henkilö toteuttaa organisaation ohjeistusta tietoturvaan ja tieto suojaan liittyen yllä kuvatulla tavalla.

Organisaatiossa on kirjattuna tietosuojan valvontasuunnitelma, jonka mukaisesti toiminnan asianmukaisuutta valvotaan. Valvonnassa esille tullessiin epäkohtiin puututaan valvontasuunnitelman mukaisesti. Jokaisella ammattiryhmällä on ilmoitusvelvollisuus huomaamistaan epäkohdista. Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan tietoturvaloukkauksesta esihenkilölleen tai Siun soten tietosuojavastaavalle sekä tekemään tietoturvaloukkausilmoituksen organisaation ohjeistamalla tavalla.

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

Tietosuojavastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella henkilötietojen käsittelyä sekä tietosuojasäännösten ja -ohjeiden noudattamista. Tietosuojavastaava neuvoo ja ohjaa henkilöstöä ja asiakkaita tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä. Tietosuojavastaava seuraa lisäksi tietoturvaloukkausten ilmoitusvelvollisuuden toteutumista sekä raportoi hyvinvointialueen johdolle tietosuojan tilasta ja kehittämistarpeista. Tietosuojavastaavan asemasta ja tehtävistä on säädetty EU:n yleisessä tietosuoja-asetuksessa (2016/679, 38–39 art.)

Hyvinvointialueen tietosuojavastaavan yhteystiedot:

tietosuoja@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

[Henkilötietojen käsittely - siunsote.fi](#) (linkki)

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja:

Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, susanna.wilen@siunsote.fi
(sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riskitietojen ja lähetetietojen vaillinaisen kirjaaminen	Olemassa olevien ohjeiden noudattaminen	Riskitietojen kirjaamisohje ja tutkimusohjeet lähetettävälle yksiköille
Eri tietojärjestelmien käytön hallinta	Ohjeet, perehdytys ja osaamisen varmistaminen	Tietojärjestelmäohjeet, perehdytyksen dokumentointi, tietojärjestelmien pääkäyttäjien tuki

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.

Yksikkömme viisi 5 toimitilaa sijaitsee Tikkamäellä. Tilat on suunniteltu tutkimuskäyttöön ja tiloihin ja tutkimushuoneisiin on esteetön pääsy, opasteet ja valaistus ovat kunnossa. Säteilytutkimuksiin käytettävät tilat on STUK tarkastanut säteilyturvallisuuden osalta (mm. riittävät säteilysuojaukset) PET-TT -tiloihin kulku asiakkaille Sammonkadun puolelta on haasteellista, kun on totuttu tulemaan sairaalaan Tikkamäentien puolelta. Tämä on huomioitu potilasohjeissa sekä ajanvarauskutsukirjeissä mm opastekartan avulla. Sairaalaan tullessa opasteet ohjaavat myös PET-TT tiloihin. PET-TT -asiakkaille on oma maksuton pysäköintipaikka tilojen edessä, koska asiakaspysäköintihalli sijaitsee kaukana ja sitä ei voida käyttää.

Jokaiseen tilaan on tehty poistumissuunnitelma ja poistumisreitit on merkitty. Isotoopin tiloissa on huomioitu säteilysuojaus huoneiden rakenteissa mm. lyijysuojaukset. Tutkimustilojen käyttöönottoonottoa ennen tehdään aina tilojen rakentajan kanssa käyttöönottotarkastus sekä saadaan käyttökoulutus tilojen sähkö yms. tekniikan käyttöön. Tilojen käyttöönoton jälkeen tehdään vielä takuutarkastukset vuoden ja kahden vuoden kohdalla. Jos tiloissa tai tilojen tekniikassa huomataan puutteita ollaan välittömästi yhteydessä

kiinteistöhuoltoon, josta ammattihenkilöt tulevat tarkastamaan ja korjaamaan tilojen tekniikan toiminnan. Potilaiden yksityisyys tiloissa pyritään suojaamaan siten, että jokaiselle tutkimukselle on oma tutkimushuone ja huoneessa on ajanvaraukseen perustuen vain yksi asiakas kerrallaan. Potilaiden odotustuoleja ei ole sijoitettu tutkimushuoneiden seinustalle. Tutkimushuoneiden äänieristys ei aina pysty eristämään tutkimushuoneista kuuluvia hoitajien ohjeistuksia tai tutkimuslaitteiden ääniä.

Jokaiselle tutkimukselle on oma tutkimushuone ja välineistö sekä laitteisto, jota käyttää tutkimukseen perehdytetty henkilökunta. Tutkimuslaitteet ovat lääkinällisiä laitteita ja niille on omat huoltosopimuksena. Lisäksi laitteiden toimintakunto tarkastetaan jokaisena tutkimusaamuna laitetoimittajan ohjeiden mukaisesti (kalibroinnit, laatumittaukset). Tutkimushuoneen muu välineistö ja tarvikkeet tarkistetaan/huolletaan työpäivän päätteeksi ja tehdään mahdolliset tarviketäydennykset. Osa välineistä voidaan työpäivän päätteeksi huoltaa itse ja osa lähtee välinehuoltoon. Välineiden huollossa noudatetaan välineiden toimittajien ohjeistuksia ja käytetään tarviketoimittajan ja infektioiden torjuntayksikön laatimien ohjeiden mukaisia puhdistusmenetelmiä ja -aineita sekä aineiden säilytyksiä. Tarvittaessa on käytössä aineiden säilytykseen lukittavat tilat. Tutkimushuoneissa ei säilytetä turhia välineitä pöydillä vaan tutkimushuoneissa on suljettavia kaappeja säilytystiloina. Kun tutkimushuoneissa ei ole tutkimuksia, ne pidetään lukittuina ja huoneisiin on pääsy vain avaimet/kulkuluvat saaneilla henkilöillä.

Yksikössä sijaitseva radiofarmasiatila on kulkutunnisteella suojattu ja yksikön lääkekaapit ovat lukollisia. Edellä mainittuihin tiloihin/lääkekaappeihin on pääsy vain nimetyillä henkilöillä.

D-siipi, P-kerroksessa (käytävä 2 ja käytävän 1 pääty) sijaitsee kliinisen fysiologian toimitilat, joka kattaa 10 tutkimushuonetta kliinisen fysiologian tutkimuslaitteille ja 6 toimistotilaa, joissa mm. on tutkimustulosten analysoinnin mahdollistavat ohjelmat.

D-siipi, P-kerroksessa (käytävän 1 alkupää) sijaitsee isotooppiäketieteen tutkimusten huoneet; radiofarmasia, pisto, kaksi kuvaushuonetta ja valvomoa sekä yksi toimistohuone. D-siiven P-kerroksen 2 käytävän puolella on luuntiheysmittauslaite.

I-siipi, P-kerroksessa sijaitsee kliinisen neurofysiologian tilat, joka kattaa 6 tutkimushuonetta, valvomohuoneen ja 2 toimistohuonetta.

A-siipi, P-kerros Islabin näytteenoton yhteydessä poliklinisen EKG:n tilat, joissa yksi tutkimushuone, yksi varastohuone ja kaksi pukuhuonetta.

L-talo, K-kerros sijaitsee PET-TT -kuvaukset, joka kattaa 1 esivalmisteluhuone, radiofarmasia, vuodeodotus, kuvaushuone ja valvomo.

Yksikössä sijaitsee lisäksi henkilökohtaisia työhuoneita, kone- huolto- ja sosiaalityloja.

Siun soten kiinteistön tilojen toimitilastrategia ohjaa tarkoituksenmukaisten tilakokonaisuuksien suunnittelua ja toteutusta. Sen avulla kehitetään toimitilojen käyttöä ja asiakaslähtöistä yhteistyötä. (Toimitilastrategia) Siun

soten rakennuttamispalvelut vastaa hyvinvointialueen omien tilojen rakennuttamisesta sekä uusien tilojen käytön perehdyttämisestä talotekniikan osalta.

Jos toimitilat ja/tai toimintaympäristö ei vastaa tarkoitustaan tai muodostaa turvallisuusriskin olemme yhteydessä kiinteistöyksikköön, joka suorittaa kiinteistöjen ylläpito- ja huoltotöitä. Kiinteistöyksikölle voidaan tehdä vika- tai tarveilmoitukset kiinteistöyksikön oman ilmoitusohjelman kautta suunnattuna eri erikoisaloille tai kiireellisissä tilanteissa olla puhelimitse yhteydessä tekniseen päivystykseen. LVI-tekniikkaan kuuluvat lämpö-, ilmanvaihto-, vesi- ja viemäriasiat, sairaalakaasut ja -happi, sänky- ja pyörätuolien korjaukset. Sähkötekniikkaan kuuluvat lamput, sähkölaitteet ja kiinteistöautomaatio. Rakennustekniikkaan kuuluvat korjaus-, maalaus-, remontti-, kalustetyöt, ulkoalueiden kunnossapitotyöt, nimikilvet ja laminointi. Lääkintälaitetekniikkaan kuuluvat lääkintä-, laboratorio-, dialyysi-, röntgen-, sädehoito-, hengityslaittehuollot.

Säteilytutkimustilat STUK tarkastaa säännöllisesti 5 vuoden välein ja uuden toiminnan alkaessa. Aina ennen säteilytutkimuslaitteiden käyttöönottoa tehdään STM:n asetuksen(423/2000) 32 §/1& mukainen laitteen vastaanottotarkastus, jonka tarkoituksena on todeta laitteen asennus sekä laitteelle varattu tila laitteen kannalta asianmukaisiksi.

Säteilylaitteiden käyttöönotto tarkastukset tehty laitetoimittajan kanssa ennen laitteen käyttöönottoa tilojen ja laiteasennuksen valmistuttua; SPET-TT Intevo ja PET-TT 2016, SPET-TT BOLD 2020, Lunar luuntiheysmittauslaite 2023

Säteilytilojen viimeisin tarkastus STUK:n toimesta tehty 23.4.2024:

Tarkastaja/ luvan myöntäjä: Sampsa Kaijaluoto ja Verner Ruonala

23.04.2024 Tarkastuksessa on tarkastettu tilojen(SPET-TT, PET ja luuntiheysmittaus) riittävä säteilysuojaus sekä säteilyvaaramerkit ja merkkivalot.

Yksikössä on työntekijöiden, yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden hallitun liikkuminen suunniteltu ja toteutettu kulunvalvonta- ja lukitusjärjestelmiä käyttäen. Hallittu liikkuminen muodostuu kulunvalvonta- ja lukitusjärjestelmän kulkuoikeuksista sekä mekaanisista lukitusjärjestelmistä. Tavoitteena on se, että asiakkaat ja henkilökunta sekä yhteistyökumppanit pääsevät liikkumaan tiloissa mahdollisimman vaivattomasti niiden aukioloaikoina ja tilojen kiinni olo aikana liikkuminen on estetty niiltä, joilla tilaan ei ole pääsyoikeutta. Tutkimusyksikössämme on käytössä kameravalvonta ja päällekkäisyysjärjestelmä sekä tutkimushuoneissa hoitajakutsujärjestelmä lisäavun hälyttämiseksi. Asiakastiloissa on hoitajakutsujärjestelmä hoitajan hälyttämiseksi paikalle. Kaikissa tiloissamme on automaattinen palohälytys ja paloilmoinjärjestelmä sekä

osassa tiloistamme on käytössä murtosuojaus. Tiloista löytyy alkusammutusvälineet sekä osassa tiloja on automaattinen sammutusjärjestelmä. Merkkivalaistuksen avulla näytetään yksikön tiloissa poistumistiet.

Valvonta- ja turvallisuusratkaisut on toteutettu yhteistyössä organisaation turvallisuusasiantuntijoiden kanssa. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi).

Työntekijät on perehdytetty hälytysjärjestelmien käyttöön sekä alkusammutusvälineistön käyttöön. Potilaille annetaan suullinen opastus hälytysjärjestelmien käyttöön. Yksikön hälytysjärjestelmiä testataan säännöllisesti viikoittain, kuukausittain tai vähintään kerran vuodessa riippuen järjestelmästä.

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
Tilojen jakaantuminen eri puolille Tikkamäkeä on haaste henkilöstöressurssien käytössä	Tulevaisuudessa tilasuunnittelu	Tilasuunnittelussa parempi kokonaistoiminnan huomioiminen
Tilojen riittävyyden varmistaminen laitteiden vaihtoon liittyen	Tulevaisuudessa tila- /laittehankintasuunnittelu	Laittehankinnoissa huomioidaan tilasuunnittelu.

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

Yksikössämme on käytössä hyvin vähän etä- ja digipalveluja. Käytössä on vain Luuntiheysmittausten nettiajanvaraus. Nettiajanvaraukseen tunnistaudutaan vahvalla tunnistautumisella (esim. pankkitunnukset) ja ajanvarauksen voi tehdä, jos tutkimukseen on lääkärin tekemä lähete olemassa. Tutkimukseen lähettävä yksikkö antaa potilaalle ajanvarauksen ja potilasohjeistuksen potilastutkimukseen valmistautumisesta suullisesti ja kirjallisesti. Mahdollisissa ajanvarausten vaihtamisissa tms. tilanteissa potilas voi olla yhteydessä myös tutkimuksen suorittavaan yksikköön potilasohjeessa olevan puhelinumeron kautta ja aika voidaan vaihtaa tutkimusyksikön sihteerin toimesta. PET-tutkimuksiin ajanvarauksen tekevät PET-hoitajat tutkimukseen lähettävän yksikön aloitteesta. Potilaan tunnistaminen ajanvarauksen yhteydessä tapahtuu samalla tavalla kuin potilaan saapuessa tutkimukseen. Tämä on kuvattuna Kuvantamiskeskuksen toimintaohjeessa [Siunsote RAD TYOOHJE Potilaan kohtelu tunnistaminen itsemääräämisoikeus oikeusturva.docx](#) (linkki),

joka perehdytetään työntekijälle yleisperehdytyksessä. Etä- ja digipalveluiden käytön turvallisuuden toteutumista seurataan palautteiden avulla ja ryhdytään selvittämään ohjelmien asiantuntijoiden avulla havaitut ongelmat

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä on käytössä tutkimuksiimme tarvittavia potilastutkimus- ja kuvantamislaitteita sekä potilaan seurantaan (esimerkiksi verensokerimittari, verenkierron seuranta laitteet, lisähappilaitteet) ja hätätilatoimintaan liittyvät laitteet. Laitteita hankittaessa tehdään yhteistyötä tilasuunnittelun, hankintatoimen ja lääkintälaittehuollon asiantuntijoiden kanssa, jotta hankinta ja hankittavat laitteet täyttävät lain edellytykset ja tilat soveltuvat laitteiden käyttöön.

Uusien laitteiden saapuessa niille tehdään lääkintälaittehuollon toimesta turvallisuusmittaukset sekä tarvittavat laitetoimittajan toimesta tehtävät laitteen käyttöönottoon liittyvät tarkastukset. Hankinnoissa huomioidaan koekäyttöjen, käyttökoulutuksen, käyttöohjeiden ja huolto-ohjeiden saanti laitetoimittajalta sekä laitetoimittajan osallistuminen laitteentoimintaympäristön suunnitteluun (laitteen vaatiman toimintaympäristön luominen). Hankintavaiheessa suunnitellaan myös laitteiden huollot laitetoimittajan ja lääkintälaittehuollon toimesta. Tutkimuslaitteemme vaativat erilaisia potilaskohtaisia tai monikäyttöisiä tarvikkeita, joiden laatu ja turvallisuus varmistetaan kilpailutuksella ja hankintasopimuksilla laitehankinnan yhteydessä tai määräajoin.

Yksikön laitteet ovat lääkintälaittehuollon laiterekisterissä ja lisäksi esimerkiksi holter ja EKG-laitteista on työpistevastuuhoitajien ylläpitämä oma laiterekisteri, minne laitteiden käyttäjät voivat kirjata laitteiden

huolto/vika historiaa sekä laitteen sijainnin. Yksikkömme fyysikot toimivat tutkimus- ja kuvantamislaitteiden asiantuntijoina ja laitteiden käyttäjien tukena yksikössämme. Jokaisessa työpisteessämme on työpistevastuuhoitajia, jotka on saaneet työpisteen laitteisiin perehdytyksen laitetoimittajalta. Laitteongelmatilanteissa työpisteessä työskentelevän hoitaja aina vastuullinen keskustelemaan työpistevastuuhoitajan ja fyysikon ja mahdollisesti lääkelaitehuollon kanssa kuinka toimia.

Yksikkömme potilastutkimus ja kuvantamislaitteilla on lääkintälaittehuollon toimesta tehtyjä huoltosopimuksia, joiden mukaisesti laitteet huolletaan laitetoimittajan toimesta ja näistä saamme aina huoltoraportit. Päivittäin ennen laitteiden käyttämistä laitteille tehdään laitetoimittajan suosittelemat toimintakunnon tarkastukset(kalibrointi, laatumittaukset), jotka kirjataan laitekohtaisiin kirjanpitoihin. Laitetoimittajan suositusten mukaisesti myös vuoden aikana tehdään mahdollisia laatumittauksia esim. kuukausikontrollit. Tutkimuksissa käytettävien monikäyttötarvikkeiden huoltamisesta on laitetoimittajan ohjeistuksen, joiden mukaan huollot tehdään.

Potilastutkimus- ja kuvantamislaitteita ja -tarvikkeita ei kukaan saa käyttää ilman perehdyttämistä, joka suunnitellaan jokaiselle työntekijälle ja opiskelijalle yksilöllisesti. Opiskelijat ja perehtyjät käyttävät potilastutkimus- ja kuvantamislaitteita ja -tarvikkeita asiaan perehtyneen työntekijän valvonnassa. Perehdytykset dokumentoidaan ja perehtymisen etenemistä seurataan. Tulevaisuudessa eri laitteilla tulee olemaan laatuportin kautta digitaalisia laitepasseja, joiden avulla varmistetaan lääkinnällisten laitteiden käyttöosaamista. Tällä hetkellä lepo EKG:n rekisteröintiin on EKG-passi, jonka avulla turvataan lepo-EKG:n laatua sekä rekisteröintilaitteen käytön osaamista.

Yksikössämme riskilaitteiksi nimitetään laitteita, joille ei ole varalaitteita tai joita käytetään hyvin harvoin. Yksikössämme ei ole kaikille laitteille varalaitetta. Jos riskilaitte rikkoutuu, voi siitä seurata tutkimusten ruuhkautumista ja mahdollisesti muualle tutkittavaksi lähettämistä. Tällaisia laitteita ovat esimerkiksi PET-TT-laitte, Technegas-laitte, ergospirometrialaitte, manometrialaitte ja TILT-laitteisto. Harvoin yksikössämme käytettäviä laitteita ovat esimerkiksi defibrilaattori. Tällaisten laitteiden käyttöä harjoitellaan säännöllisesti simulaatioharjoittelun avulla.

Yksikön tutkimus- ja kuvantamislaitteet on kytketty verkkovirtaan, varavoimaan tai UBS:n laitetoimittajan suosittelemalla tavalla. Suomenkielisiä käyttöohjeita ei kaikista laitteista ole. Jokaisesta tutkimuksesta on tehty työohje, jossa kuvataan tarkasti tutkimuksen suorittaminen ja tutkimusten tekemiseen käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden käyttö. Työohjeessa kuvataan myös potilaan ohjaus tutkimustilanteessa sekä tutkimuksen aikaisessa laitteiden ja tarvikkeiden käytössä. Ohjeet löytyvät sähköisesti tai printattuna tutkimushuoneesta, jossa tutkimus suoritetaan. Laitteohje sijaitsee laitteen läheisyydessä. Lisäksi yksikkömme työntekijät suorittavat laiteturvallisuuden verkkokurssin viiden vuoden välein organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

Vuorokausirekisteröintilaitteen asentaa potilaalle aina koulutettu hoitaja tutkimusyksikössä. Hoitaja ohjeistaa laitteen käytön suullisesti ja kirjallisesti. Suullisessa ja kirjallisessa ohjeessa on aina kuvattu myös miten toimia

ongelmatilanteissa.

Laitteiden toimiessa poikkeavasti, niiden käyttö lopetetaan ja syy poikkeavalle toiminnalle selvitetään ennen laitteen uudelleen käyttämistä. Laitteiden toiminnan ongelmista kerätään laitekohtaisesti tietoja laitteen vikavikahoon tai laitekorttiin, jonka avulla voidaan miettiä ongelman laajuutta ja toistumistiheyttä. Vaara- ja poikkeamisilmoitukset on henkilökuntaa ohjeistettu tekemään Laatuportin ohjelman avulla. Ilmoituksen käsittelijän toimesta tästä ohjelmasta voidaan tehdä myös ilmoitus suoraan Fimealle. Vaaratilanneilmoitukset ilmoitetaan laitetoimittajalle puhelimitse tai lähetetään tarvittaessa sähköpostitse. Vaara- ja poikkeamatilanteiden toimintamallit on kuvattu tutkimuskohtaisissa työohjeissa ja tarvittaessa apua saadaan myös yksikön fyysikoilta.

Vaaratilanneilmoitukset käsitellään aina moniammatillisesti ja pohditaan yhdessä kuinka kehittää toimintaa esim. päivittämällä työohjetta/toimintatapaa, perehdyttämällä henkilökuntaa, kysymällä neuvoa laitetoimittajalta. Vaaratilanneilmoituksista ja niiden käsittelystä saadaan raportit laatuporttiohjelmistosta. Potilaat käyttävät ainoastaan muutaman vuorokauden ajan pitkäaikarekisteröintilaitteitamme mukanaan. Tämä ei vaadi heiltä muuta kuin annettujen ohjeiden noudattamista esim. ei saa mennä suihkuun. Potilaiden mukaan annettavilla tutkimuslaitteilla tehdään pitkäaikaisrekisteröintejä, jos laite lopettaisi toimintansa kesken rekisteröinnin tästä ei koidu potilaalle vaaraa, mutta tarvittaessa rekisteröinti voidaan joutua toistamaan. Tämän arvioi aina tutkimusta lausuva lääkäri.

Onko palveluyksikössä laiteyhdyshenkilö: Kyllä. Yksikön fyysikot ovat kokonaisvaltaisesti mukana laitteiden hankinnassa, ylläpidossa ja vikatilanteissa. Laitetoimittajalta laitteen käyttökoulutuksen saaneet työpistevastuuhoidajat toimivat työpisteen laitteiden yhdyshenkilöinä.

Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilén, susanna.wilen@siunsote.fi (sähköpostiosoite)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tarvikkeiden saatavuus	Kilpailutus ja hankintasopimukset	Hankintaohje

Tiedonkulku laitteiden toiminnasta	Laitekohtainen vikavihko, työpistekohtainen uutissivu	Jokaisen tiedottamisvastuu
------------------------------------	---	----------------------------

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.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä tapahtuva lääkehoito on tutkimusprotokollaan liittyvää. Yksikössä ei tehdä lääkkeiden jakamista potilaille. Yksikössä lääkehoitoa toteuttaa vain lääkeluvan omaava työntekijä. Lääkelupien laajuus riippuu työtehtävästä, mutta jokainen työntekijä on suorittanut vähintään peruslääkeluvat (LOP). Opiskelijat toteuttavat yksikössä lääkehoitoa rajoitetusti ohjaajan valvonnassa vain kliinisen fysiologian tutkimuksissa (avaavan keuhkolääkkeenanto keuhkotutkimuksissa).

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikköön on laadittu yksikön lääkehoitovastuuhoitajien toimesta yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma STM:n ohjeistukseen pohjautuvalle organisaation lääkehoitosuunnitelmapohjalle.

Siunsote KFN Lääkehoitosuunnitelma Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikköTT25102023.docx (linkki)Yksikön lääkehoitosuunnitelman tarkastaa osastonhoitaja ja ylihoitaja ja suunnitelman hyväksyy yksikön ylilääkäri. Hyväksytty lääkehoitosuunnitelma löytyy sähköisenä yksikön verkkokansiota sekä paperisena yksikön lääkekaapista. Lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa ja vähintään kerran vuodessa aina ennen apteekin yksikköön tekemää lääkekaappitarkastusta. Vuoden 2025 aikana sairaala-apteekin kanssa siirrytään kirjaamaan lääkekaappitarkastukset laatuporttiin lääkehoidon ja -huollon omavalvontalomakkeelle.

Yksikön lääkehoitosuunnitelman perehdyttäminen kuuluu esihenkilön antamaan yleisperehdytykseen ja jokainen työntekijä kuittaa allekirjoituksellaan tulostetun suunnitelman kansioon perehtyneensä suunnitelmaan. Tutkimukseen tai hoitoon liittyvä lääkehoito perehdytetään työpisteittäin. Turvallisen lääkehoidon toteutumista seurataan vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten sekä isotoopin toiminnantarkkailun avulla (käsialanäytteet, hygienianäytteet, säteilymittaukset) avulla. Lääkehoidon osaamista ylläpidetään säännöllisen lääkelupakoulutuksen sekä erikoisalakohtaisen ulkoisen koulutuksen (esim. isotooppipäivät) avulla. Työntekijöiden lääkeluvat on yksikön lääkelupakansiossa paperisena ja suoritukset on merkitty myös organisaation työntekijän koulutus- ja luparekisteriin.

Yksikössä toteutettava lääkehoito on hyvin pienimuotoista ja aina tutkimusprotokollaan liittyvää. Potilasta ohjeistetaan aina lääkehoidon aikana ja häntä seurataan lääkkeen antohetkellä. Jos lääkehoidon aikana tapahtuu jotain poikkeavaa tässä informoidaan heti potilasta, lääkärinä ja tarvittaessa myös fyysikköä. Tilanteissa toimitaan moniammatillisesti potilaan parhaaksi ja tarvittaessa voidaan kutsua paikalle apua yksikön ulkopuolelta (tehohoitoryhmä). Radiolääkkeen ja – hoidon jälkeen potilas säteilee ja hän saa tähän liittyen ohjeistuksen, jota tulee noudattaa.

Lääkehoitoon liittyvät vaara- ja poikkeamatapahtumailmoitukset tehdään Laatuporttiin ja käsittely ja raportointi toteutetaan samalla tavalla kuin muidenkin laatupoikkeamien kohdalla. Laatuportin kautta voidaan tarvittaessa lähettää ilmoitus myös suoraan Fimeaan. Säteilystä liittyvät poikkeamat fyysikko ilmoittaa Säteilyturvakeskukseen säteilyturvakeskuksen ohjeistamalla tavalla.

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: 25.10.2023

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Tuomo Tompuri tuomo.tompuri@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Päivi Tirkkonen
paivi.tirkkonen@siunsote.fi

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta.

Kliinisen fysiologian yksikön toimintaa ohjaa infektioiden torjuntayksikön laatima ohjeistus, jota noudatetaan tutkimusyksikön näkökulmasta varautumalla ennen tutkimusta, suojautumisena tutkimuksen aikana ja puhdistustoimin tutkimuksen jälkeen potilaan lähdettyä. Ajantaisainen ohjeistus löytyy aina intrasta infektioiden torjuntayksikön sivulta. Ohjemuutoksista infektioiden torjuntayksikkö informoi organisaation sisäisen tiedotuskanavan(intra, sähköposti) kautta aktiivisesti.

Huolellinen käsihygienia on oleellinen osa toimintaamme liittyvien infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjunnassa. Yksikössämme on helposti saatavissa käsien desinfiointiaainetta annostelijoissa sekä asiakkaille että henkilökunnalle. Ohjeet käyttöön löytyy annostelijoiden läheisyydestä. Yksikön hygieniavastaava tekee yksikössä käsihuuhdehavainnointia sekä aseptisen työskentelyn havainnointia. Laatuportin kautta tehdään yksikön käsihuuhdesaatavuuden arviointia.

Tartuntavaarallisten potilaiden kohdalla tutkimustilanteet suunnitellaan noudattamalla kyseiseen tartuntavaaraan annettuja hygieniayksikön ohjeita, eristyskäytäntöjä ja suojautumista. Tartuntavaaralliset potilaat pyritään aina mahdollisuuksien mukaan tutkimaan päivän viimeisinä.

Yksikkömme toiminnasta johtuvat infektiot ovat hyvin harvinaisia, koska potilas kontaktit ovat ajallisesti hyvin lyhyitä ja tutkimuksia ei pääsääntöisesti voi tehdä akuutin infektion aikana. Jos yksikössämme käyvällä osaston potilaalla huomattaisiin esim. infektoitunut kanyyli, olemme aina yhteydessä potilasta hoitavaan tahoon.

Yksikössämme työskenteleviltä työntekijöiltä vaaditaan tartuntatautilain mukainen rokotussuoja ja tämä rokotussuoja tarkistetaan suullisesti uuden työntekijän tullessa yksikköön. Opiskelijoiden rokotussuojan tarkistaa opiskelijaterveydenhuolto. Kausiluontoisten rokotteiden (esim. influenssarokote) kattavuus on yksikön henkilöstön keskuudessa erinomainen.

Infektioiden torjuntaan liittyvää perehdyttämistä varten on yksikkömme hygieniayhteyshenkilöt laatineet meidän yksikön toimintaan liittyvän kootun materiaalin. Yksikön hygieniiosaaminen varmistetaan tekemällä yhteistyötä meille nimetyn hygieniahoitajan kanssa. Yksikkömme hygieniavastaava osallistuu vastuuhoidajien tapaamisiin säännöllisesti ja tätä kautta yksikköömme saadaan tietoa ajankohtaisista hygieniasioista. Yksikköömme on toteutettu infektioiden torjuntatoimien omavalvonta Laatuportin kautta.

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.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian siisteydestä huolehtii Polkka Oy yhdessä laaditun siivoussuunnitelman mukaisesti. Työhuoneissa syntyvästä jätteestä hoitaja huolehtii tietoturvajätteen toimittamisesta sille

varattuun jäteastiaan, muutoin jätteet eteenpäin toimittaa huonetta siivoava laitoshuoltaja. Yksikön huuhteluhuoneesta löytyy kierrätysastioita ja kierrätystä toteutetaan yksikössä organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

Säteilevälle jätteelle on yksikössämme omat lyijyllä säteilysuojatut astiat ja yksikön fyysikko on laatinut ohjeistuksen tämän jätteen käsittelystä ja puoliintumisesta. Tartuntavaarallista jätettä yksikössämme syntyy harvoin, jätteen käsittelyssä noudatamme organisaation ohjeistusta.

Hygienian toteutumista seurataan mm. tilojen/kaappien siivouksen seurantaavakkeiden avulla. Siivoukseen liittyvistä laatupoikkeamista tehdään ilmoitus Laatuporttiin sekä Polkka Oy:n meidän yksikköön nimeämälle vastuuhenkilölle. Laatuportin kautta voidaan myös tehdä yksikön työntekijöiden toimintaan liittyvistä hygieniapoikkeamista. Toimintaa kehitetään saadun palautteen avulla.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian toiminta ja ohjeet perustuvat aina näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Tutkimusten vastuulääkäri ohjaa aina tutkimusprotokollien valintaa ja ohjeiden laadintaa.

Yksikössä on tutkimustyöpistevastuuhoitajien toimesta jokaisesta tutkimuksesta laadittu potilasohje, ohje tutkimukseen lähettävälle yksikölle sekä työohje. Ohjeiden hyväksyjänä toimii aina erikoisalan vastuulääkäri. Näiden ohjeiden säilytyspaikka on yksikön oma verkkokansio, jonne pääsy rajataan käyttöoikeuksin. Potilasohje- ja tutkimukseen lähettävän yksikön ohje on myös jo siirretty Intran tiedostopankkiin, joka tulevaisuudessa on kaikkien arkistoitavien ohjeiden säilytyspaikka. Ohjeissa on näkyvissä ohjeen laatija ja

hyväksyjä sekä hyväksymispäivämäärä että voimassaoloaika. Ohjeita päivitetään tarvittaessa tai voimassaoloajan ollessa umpeutumassa sekä aina jos jokin muuttuu tai jos saadun palautteen (potilaat, hoitavat yksiköt) perusteella on aihetta päivittää ohjeita. Työpistevastuuhoitaja vastaa siitä, että työpisteessä on saatavilla työpisteen ajan tasaiset ohjeet (sähköinen ja paperinen). Yksikön potilasohjeet ja ohjeet lähetettävälle yksiköille on tallennettuna myös tiedostopankkiin, jossa ohjeen hyväksyjänä on aina erikoisalan vastuulääkäri. Tiedostopankista ohjeet on linkitetty myös toiminnanohjausjärjestelmämme tutkimuksen tilaus- ja ajanvarausnäkyymiin, mistä tutkimuksen tilaaja ja ajanvaraaja voi ohjeen avata ja tulostaa helposti. Tiedostopankin ohjeille on tiedostopankissa määriteltä vuorokauden henkilö, jolle ohjelma lähettää tiedon vanhenevista ohjeista.

Yleisperehdytyksessä tutustutaan tiedostopankin ja yksikön verkkokansioiden käyttöön. Työpisteperehdytyksessä opetellaan käyttämään työpisteeseen liittyviä ohjeita.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Verkkokansio ei täytä arkistointi velvoitteita	Tiedostopankin hyödyntäminen	Kaikki arkistointia velvoittavat ohjeet siirretään tiedostopankkiin
Työpisteen ohjeen paperiversion päivittäminen sähköisen version päivittyessä	Työpistevastuuhoitaja	Laaditaan työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvaus

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.

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

Organisaation yhteistyötahojen kanssa tehtävään yhteistyöhön on määritelty säännöllisiä tapaamisia esimerkiksi apteekkitarkastukset, paloviranomaistarkastukset, mutta yhteistyötä tehdään myös tarvittaessa. Viranomaistahojen (STUK) kanssa on virainomaistahojen laatimat tarkat yhteistyöohjeistukset ja aikataulutukset.

Yksikössä noudatetaan organisaatioon laadittuja asiakas- ja potilasturvallisuus ohjeistuksia. Ohjeistukset on löydettävissä työntekijöiden käytössä olevasta sisäisestä viestintäkanavasta, Intrasta. Jokainen työntekijä suorittaa myös organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö sijaitsee Tikkamäellä keskussairaalan tiloissa. Tiloihin on laadittu pelastussuunnitelma [Suunnitelma - Keskussairaala - Siun Sote \(linkki\)](#) , jossa kuvataan tilojen poistumisturvallisuus. Pelastusopasteet ovat jokaisen toimintayksikön seinällä näkyvissä. Poistumisturvallisuusselvitystä yksikön eri toimipaikkoihin ei turvallisuusyksikön mukaan tarvita. Yksikön turvallisuuskansiossa on kuvattu kuinka toimitaan häiriö ja poikkeustilanteissa ja missä on kokoontumispaikka.

Siun soten organisaatiolla on erilaisia toimintaohjeita häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumisesta ja näihin liittyen järjestetään myös erilaisia harjoituksia. Yksikkömme on osallistunut organisaation sähkökatkharjoituksiin säännöllisesti ja laitteiden toiminta sähkökatkon aikana on tarkistettu ja turvattu.

Suuronnettomuussuunnitelmassa meidän yksikkömme on vastuussa vain säteilyonnettomuusohjeistuksesta ja osallistumme asiantuntijoina säteilyonnettomuustilanteisiin. Säteilyturvallisuusvastaavana toimiva fyysikko vastaa ohjeistuksen laadinnasta ja päivittämisestä sekä henkilöstön kouluttamisesta ja osaamisen ylläpitämisestä.

Yksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaavat esihenkilöt, jotka myös vastaavat valmius- ja jatkuvuudenhallinnan suunnitelman laadinnasta, joka päivitetään vuonna 2025.

Yksikön henkilökunta ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuussuunnitelmaan yleisperehdytyksessä esihenkilön tai yksikön turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikön turvallisuus vastaava ylläpitää yksikön turvallisuuskansiota, joka toimii myös yleisperehdytyksen tukena. Yksikön henkilökunta osallistuu 5 vuoden välein organisaation järjestämään paloturvallisuutta taidolla opintokokonaisuuteen.

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
Selkeä ohjeistus erilaissa poikkeusoloissa toimiseksi ei ole kaikilta osin kattavaa	Ohjeen laadinta	Ohjeet erilaisissa poikkeusoloissa toimimiseksi laaditaan /täydennetään
Poistumisturvallisuus ohjeistuksen päivittäminen	Ohjeen laadinta	Käytännön ohje laaditaan

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Työskentelyn riskit hallitaan tunnistamalla riskit ja ennalta ehkäisemällä vaaratilanteet. Henkilökuntaa kannustetaan tekemään tapahtuneista ja läheltä piti vaaratilanteista vaaratilanneilmoitukset Laatuportti - ohjelman kautta, jotta tilanteista voidaan oppia ja kehittää toimintaa käsittelemällä tilanteet yhdessä ilmoitusten perusteella.

Työskentelyssä käytettävistä kemikaaleista pidetään yllä kemikaaliluetteloa, josta löytyy kemikaalien tuoteselosteet, vaaralausekkeet ja käyttöohjeet sekä käyttöturvallisuustiedotteet. Kemikaalien säilyttäminen yksikössä tapahtuu kemikaalien vaatimalla tavalla. Mahdollisten sisäilmaongelmien havaitsemiseksi on noudatetaan organisaation ohjeistusta.

Työn riskienarvointi tapahtuu vuosittain Laatuportin riskienhallinta työkalun avulla. Yksikössämme on osallistuttu organisaation määrittämille turvallisuuskiertoille. Uusille työntekijöille perehdytetään myös tiloihin

liittyvät asiat esihenkilön antamassa yleisperehdytyksessä sekä työpistekohtaiset tila-asiat työpistekohtaisessa perehdytyksessä.

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

Työterveyshuolto ja työsuojelu tekevät tiloissa määräaikaistarkastuksia vähintään viiden vuoden välein ja aina tarvittaessa.

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Potilaan saapuessa kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikköön, hän ilmoittautuu tutkimukseen ilmoittautumisautomaatilla tai yksikön toimistossa kelakortin tai muun henkilötietokortin avulla. Tutkimuksia

tehtäessä yksikön tutkimustiloissa tai osastoilla, tutkimuksen tekijä tunnistaa potilaan aina henkilöturvaturvituksen avulla noudattaen kuvantamiskeskuksen potilaan tunnistamisohjetta [Siunsote RAD TYOOHJE Potilaan kohtelu tunnistaminen itsemääräämisoikeus oikeusturva.docx](#) (linkki). Potilas ilmoittaa henkilöturvaturvituksensa suullisesti. Jos potilas on kommunikoinaton, hänet tunnistetaan joko potilaalla olevan rannekkeen tai saattajan avulla. Tutkimusta ei koskaan normaalioloissa tehdä, jos potilasta ei voida tunnistaa.

Tunnistamisen toteutumista seurataan suoran palautteen (potilas, saattaja, hoitava yksikkö, oma yksikkö) ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten avulla. Jos potilaan tunnistamisessa tapahtuisi poikkeama, tähän puututtaisiin välittömästi ja näin ehkäistäisiin haittatapahtumat esim. tutkimustulosten tallentuminen väärälle potilaalle. Potilaan oikea tunnistaminen perehdytetään uudelle työntekijälle yleisperehdytyksessä ja ohjetta kerrataan henkilökunnan kanssa kerran vuodessa ja tarvittaessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Muistisairaspotilas tulee tutkimukseen ilman ranneketta ja saattajaa	Muistisairaalla tulee aina olla tunnistusranneke tai saattaja, joka tunnistaa potilaan	Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ja_tunnistevalineiden_kaytto.docx

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Potilaiden odotustilat sijaitsevat yksikössämme yleisten kulkuväylien yhteydessä ja osassa odotustiloja on kameravalvonta. Potilaita ei tutkimushuoneisiin jätetä koskaan yksin vaan he ovat koko tutkimuksen ajan seurannassa. Isotoopin, PET-TT:n ja neurofysiologian vuodeodotuksessa on hoitajakutsupainikkeet ja samoin yleisistä tiloista löytyy hoitajakutsupainikkeet (WC, odotustilat). Tikkamäellä missä yksikkömme sijaitsee, on mahdollista hälyyttää paikalle hätätilapotilaan asiantuntijaryhmä MET-ryhmä tai elvytysryhmä, kun huoli potilaasta herää tai potilas on eloton. Nämä asiantuntijaryhmät ovat laatineet selkeät ohjeistukset siitä, milloin kyseessä on hätätilapotilas ja kuinka tulee toimia. Nämä ohjeistukset löytyvät jokaisesta tutkimushuoneesta käden ulottuvilta.

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön henkilökunta osallistuu kerran vuodessa hätätilapotilaan tunnistus ja elvytys koulutukseen. Koulutukseen kuuluu teoriaopinnot sekä käytännön harjoittelu elvytysnuken avulla hyödyntäen yksikön omaa elvytysvälineistöä kuten defibrilaattoria.

Jos hoitaja tunnistaa hätätilapotilaan, hän aina hälyttää paikalle apua omasta yksiköstä (lääkäri, lisää hoitajia) käden ulottuvilla olevan hoitajakutsujärjestelmän avulla. Toimimme tilanteissa moniammatillisissa yhteistyössä ja hälytämme tarvittaessa asiantuntija-apua yksikön ulkopuolelta. Tällaiset äkilliset hätätilanteet käymme aina yhdessä läpi, jotta opimme tilanteesta ja pystymme kehittämään toimintaamme tarvittaessa.

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
Tutkimukseen tullessa puutteelliset taustatiedot potilaasta	Riittäväillä tiedoilla oleva tutkimuslähete	Tutkimukseen lähettävälle yksiköille olevat tutkimusohjeet.

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö vastaa potilaan fysiologisen ja neurofysiologisen tilan tutkimisesta ja hoitamisesta (magneettistimulaatio ja isotooppihoidot) potilaan hoitavan yksikön pyytämällä tavalla. Potilaan tutkimukselle on aina oltava lähete potilasta hoitavasta yksiköstä ja lähetteeseen kirjattuun kysymyksenasetteluun pyritään tutkimuksella vastaamaan mahdollisimman hyvin. Yhteistyötä tehdään kiinteästi jokaisen lähettävän yksikön kanssa mm. ohjeistus, tiedotus tutkimuksista ja kriittisistä tutkimustuloksista. Jos tutkimuksen aikana potilaan tilassa tapahtuu muutos, tästä ollaan aina yhteydessä tutkimukseen lähettävään yksikköön soittamalla tai kirjaamalla toiminnanohjaus-/potilastietojärjestelmään esim. potilas säteilee tutkimuksen jälkeen, akuutti tutkimuslöydös. Tarvittaessa voimme tehdä myös huoli-ilmoituksen potilaan tutkimukseen lähettävään yksikköön, jos tutkimuksen aikana meille herää huoli esim. potilaan pärjäämisestä kotona tai jokin muu huoli potilaan kokonaisvoinnista.

Yksikön henkilökunta suorittaa säännöllisesti verkkokurssina ISBAR - suullisen tiedonkulun varmistaminen (SiunOppi) -koulutuksen. Jos palautteen tai vaaratilanneilmoitusten kautta herää huoli yhteistyöstä ja

viestinnästä yhteistyötahojen kuten tutkimukseen lähettävien tahojen kanssa, yhteistyötahoon ollaan aina yhteydessä mahdollisimman pian. Laatuportin kautta voidaan myös tehdä yhteistyötahoille vaaratilanne ja läheltä piti tilanne ilmoituksia yhteistyön tahon toiminnan tai yhteistyön kehittämiseksi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä ei varsinaisesti hoideta kipua, vaan yritetään tehdä tutkimukset kivun sallimissa rajoissa ja mahdollisimman kivuttomasti. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva suorittaa kivun hoidon perusopinnot ja tarvittaessa jatkossa kertaan niitä.

Poikkeuksena on kipupotilaille annettavat magneettistimulaatiohoidot, joissa hoidetaan kipua ja seurataan vastetta VAS-asteikolla sekä potilaan sanallisella arviolla hoitoon lähettäneen yksikön ohjeistamalla tavalla. Nämä kirjataan hoidon seurantaavakkeeseen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä potilas viipyy vain hetken. Meillä ei ole käytössä kaatumisen ehkäisyn mittareita. Käytämme tarvittaessa apuvälineitä kuten siirtolevyjä potilaan siirtyessä esim. kuvauspöydälle. Varaamme myös siirtotilanteisiin riittävästi henkilökuntaa eli pyydämme tarvittaessa apua toisiltamme. Tarvittaessa voimme myös lainata naapuriosastolta potilasnosturia.

Jos yksikössämme tapahtuisi potilaan putoaminen tai kaatuminen kirjaamme asian Mediatriin organisaation ohjeistuksen mukaisesti ja kaatumisten/putoamisten seuranta toteutuu potilasta hoitavan tahon toimesta

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumistenehkäisyn yhdyshenkilö: Kyllä, ergonomiavastaava

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kaatumiset ja putoamiset	Kulkureittien pitäminen vapaana Tarvittavien tukien ja apuvälineiden käyttäminen tutkimustilanteessa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. • Terveysthuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.

		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa. Vajaaravitsemuksen ja potilaan kokonaistilan arvioi tutkimukseen lähettävä hoitava yksikkö.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Ei koske palvelutyksikkömme toimintaa. Painehaavat ja potilaan kokonaistilan arvioi tutkimukseen lähettävä hoitava yksikkö

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Yksikössämme ei toteuteta leikkaustoimenpiteitä. Yksikössämme suoritetaan mahdollisia leikkausta edeltäviä tutkimuksia esim. sydänfilmi, vartijaimusolmuketutkimus, keuhkojen alueellisen toiminnan tutkimus, diffuusiokapasiteetti ja leikkauksen jälkeisiä tutkimuksia esim. suorituskykyarvio ohitusleikkauksen jälkeen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkö potilaskontakti on niin lyhyt, että potilaan akuutti sekavuustila on hankala tunnistaa. Päivystyksellisissä EEG-tutkimuksissa tarkistetaan potilaan orientaatio, mutta potilaan kokonaistilan arvioi tutkimukseen lähettävä hoitava yksikkö. Jos henkilökunnalle herää huoli potilaasta, olemme yhteydessä potilasta hoitavaan yksikköön.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.10 Elintapaohjaus

Terveystenhuoltolaki (13 §) velvoittaa hyvinvointialuetta sisällyttämään kaikkiin terveydenhuollon palveluihin alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Lain mukaan neuvonnan on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden hyvinvointialueen järjestämien palvelujen kanssa.

Elintapaohjauksen tavoitteena on tukea yksilöä tai ryhmää tekemään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä pysyviä muutoksia elintavoissa. Elintapaohjauksen kohderyhmää ovat erityisesti henkilöt, joilla on korkea riski sairastua kansantauteihin epäterveellisten elintapojen vuoksi, tai jotka ovat jo sairastuneet, mutta eivät ole omatoimisesti pystyneet muuttamaan elintapojaan. Tässä kappaleessa tarkastellaan elintavoista liikkumista, ravitsemusta ja unta. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan päihteitä, rahapelaamista ja mielen hyvinvointia.

Ei koske varsinaisesti tutkimusyksikköme toimintaa. Elintapaohjausta antaa potilasta hoitava taho, joka lähettää potilaan tutkimukseen. Tutkimuksen teon yhteydessä voimme tutkimusyksikössä motivoida potilasta lähettävän yksikön antamien elintapamuutosohjeiden noudattamiseen esimerkiksi kuormituskokeissa lääkäri voi motivoida potilasta liikkumaan enemmän tai keuhkotutkimusten ja ääreisverenkierron tutkimusten teon yhteydessä hoitaja voi motivoida potilasta tupakoinnin lopettamiseen tai hoitavan tahon määrämien lääkkeiden säännölliseen käyttämiseen.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 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.

Nikotiinituotteiden käyttämisestä keskustellaan tutkimustilanteessa, joissa nikotiinituotteet voivat vaikuttaa tutkimustulokseen. Ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

10.11.2 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.

Alkoholituotteiden käyttämisestä keskustellaan tutkimustilanteessa, joissa alkoholituotteet voivat vaikuttaa tutkimustulokseen. Ohjaamme asiakkaan/potilaan ehkäisevän päihdetyön hoito- ja palveluketjun asiantuntijoiden yhteydenottoon, mikäli hän kysyy meiltä hoidosta.

10.11.3 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.

Lyhyessä potilaskontaktissa vakavaan päihderiippuvuuteen on mahdollon tunnistaa ja vaikuttaa. Potilaan kokonaistilanteen arvioinnin ja mahdollisen hoitoon ohjauksen tekee aina hoitava yksikkö.

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy

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

Ei koske palveluyksikömmen toimintaa.

10.11.5 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.

Lähtökohtaisesti klinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä ei voida ottaa kantaa mielenterveyden arvointiin. Lukuunottamatta klinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikössä rTMS- hoidossa käyviä psykiatrisia potilaita, joiden hoidon tehoa ja potilaan vointia seurataan yhteistyössä hoitoon lähettäneen yksikön kanssa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 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.

Mikäli potilas tuo esille klinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikkökäynnillä esille itsemurhaan viittaavia asioita, asiasta ilmoitetaan hoitavaan yksikköön.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

Oikeus väkivallattomaan elämään on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimusvelvoitteet edellyttävät aktiivisia toimia yksilöiden suojelemiseksi väkivallalta. Lähisuhdeväkivallan ehkäisy on kaikkien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja arjen turvallisuutta edistävää työtä. Hyvinvointialue ja kunnat vastaavat omalla toimialallaan lähisuhdeväkivallan suunnitelmallisesta ehkäisemisestä.

Lähisuhdeväkivallan seurausten ehkäisyyn ja väkivallan kierteen katkaisemiseen vaikutetaan tehokkaimmin tunnistamalla lähisuhdeväkivalta terveydenhuollon palveluissa varhaisessa vaiheessa. Vaikuttavuuden kannalta keskeistä on, että lähisuhdeväkivaltakokemuksista kysytään palveluissa vaikei se olisi käynnin ensisijainen syy.

Työssä tulee huomioida väkivallan kaikkiin osapuoliin (uhri, tekijä, todistaja) mahdollisesti liittyvät palvelutarpeet ja viranomaisvelvoitteet, moniammatillinen yhteistyö sekä asiakkaan/koko perheen turvallisuuden varmistaminen välittömässä asiakas ja potilastyössä.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä

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

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

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

Kehittämistarve	Kehittämistoimenpide	Alustava kehittämisajankataulu
Potilaan kohtaaman vaaratapahtuman jälkeen annettava potilasvastaavan yhteystiedot	Yksikön sisäinen koulutus ja tiedottaminen	Huhtikuu 2025
Vaara- ja poikkeamailmoitusten tekemisen osaaminen	Yksikön sisäinen koulutus ja tiedottaminen	Jatkuva kehittäminen vuonna 2025
Työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvaus	Tarkennetaan työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvausta	Syksy 2025
Toimintasuunnitelma pitkän vesikatkon varalle	Laaditaan ohje vesikatkon varalle	Kesä 2025
Poistumisturvallisuusohjeistuksen päivittäminen	Päivitetään poistumisturvallisuusohjeistus	Kevät 2025
Poikkeusolojen toimintasuunnitelma	Päivitetään poikkeusolojen toimintasuunnitelma	Kesä 2025
ISBAR-menetelmän käyttöönotto	Siun oppi verkkokoulutus, potilaan kohtaamisohjeeseen lisääminen	Kesä 2025

Infektioiden torjuntatoimien omavalvonta	Tehdään riskienarviointi	Vuoden 2025 aikana
--	--------------------------	--------------------

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).

Kliinisen fysiologian ja neurofysiologian yksikön omavalvontasuunnitelma päivitetään kerran vuodessa maaliskuun loppuun mennessä ylilääkärin ja osastonhoitajan toimesta. Päivittämiselle varataan aikaa kalenteroimalla päivitys päivittäjien kalentereihin useita kuukausia aikaisemmin. Kun omavalvontasuunnitelma on hyväksytty intrassa henkilöstö veloitetaan lukemaan se ja kirjaamaan lukeminen henkilöstöhallintajärjestelmä Essin koulutuksiin. Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, muistutus, kantelu ja potilasvahinko raporteista saatavaa tietoa sekä asiakas-/potilaspalautteita. Omavalvontasuunnitelmaan tehdyistä päivityksistä informoidaan henkilöstöä sisäisiä tiedotuskanavoita käyttäen (teams, sähköposti). Tarvittavat kesken vuotta tulevat omavalvontasuunnitelman päivitykset viedään tiedostopankkiin tallennettuun omavalvontasuunnitelmaan aikailematta. Vuoden 2025 aikana organisaation verkkosivupäivityksen yhteydessä mahdollistuu tiedostopankissa olevaan tiedostoon tehtyjen päivitysten siirtyminen automaattisesti hyvinvointialueen nettisivuilla julkisesti esillä olevaan tiedostoon.
--

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	26.03.2025

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_gomBAxVTEsAIHaKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usq=AOvVaw0_zx7DOg57-Ofwykl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHwKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usq=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449> (linkki)

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

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9liBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usq=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCI&opi=89978449 (linkki)

Lääkehoidosuunnitelmat (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%2Db6b1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

Omavalvontaohjelma:

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29Zef&opi=89978449> (linkki)

Terveysthuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcgFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveysthuojelulaki (763/1994):

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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

Vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin Siun soten verkkosivujen kautta:

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

Viestit – Suomi.fi:

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