Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

Röntgen

Laatija(t) Perttu Puhakka, ylilääkäri

Hanna Kukkonen, osastonhoitaja

Irja Kähkönen, apulaisosastonhoitaja

Sami Stefanius, apulaisosastonhoitaja

Tarkastaja Satu Rantala, Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja

Hyväksyjä Satu Rantala, Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö, ylihoitaja

Pvm. 19.3.2025

Sisällysluettelo

1 Johdanto ... 5

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot ... 5

2.1 Palveluyksikön johtaminen ... 6

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut ja palvelusetelipalvelut ... 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 vastuuhenkilö(t) ... 10

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen ... 10

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus ... 10

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta ... 11

5.1 Riskienhallinnan vastuut ... 11

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 ... 15

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen ... 15

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen ... 16

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta ... 16

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen ... 17

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi ... 17

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy ... 18

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma ... 19

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva ... 20

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ... 20

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 ... 23

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute ... 23
6.5.2 Asiakasviestintä ... 24

7 Henkilöstö ... 25

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys ... 25

7.2 Rekrytointi ... 26

7.3 Perehdytys ... 26

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus ... 27

7.5 Johtamisosaaminen ... 28

7.6 Työhyvinvointi ... 29

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin ... 30

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen ... 31

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen ... 33

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat ... 33

8.2 Tietosuoja ja tietoturva ... 35

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu ... 36

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut ... 37

9.2 Etä- ja digipalvelut ... 41

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet ... 42

9.4 Lääkehoidon turvallisuus ... 44

9.5 Infektioiden torjunta ... 45
9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ... 45
9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt ... 46

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat ... 47

9.7 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu ... 48
9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa ... 48
9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius ... 48
9.7.3 Terveydensuojelu ... 50

10 Palvelun sisällön omavalvonta ... 51

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen ... 51

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen ... 52

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys ... 53

10.4 Kivunhoito ... 54

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy ... 55

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito ... 56

10.7 Painehaavojen ehkäisy ... 56

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus ... 57

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen ... 57

10.10 Elintapaohjaus ... 58

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö ... 58

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus ... 58

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ... 58

10.11.3 Huumausaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus ... 59

10.11.4 Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy ... 59

10.11.5 Ehkäisevä mielenterveystyö ... 59

10.12 Itsemurhien ehkäisy ... 59

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö ... 60

11 Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä ... 61

12 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta ... 61

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen ... 61

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen ... 61

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen ... 62

Suunnitelmassa viitatut internetosoitteet ... 63

1 Johdanto

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

Palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman laatimisvelvoitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan 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) sisältökokonaisuudet.

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

Palveluntuottaja	Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote Y-tunnus: 3221317-4 Osoite: Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Toimialue	Terveys- ja sairaanhoitopalvelut
Palvelualue	Sairaalapalvelut
Vastuualue	Kuvantamiskeskus
Palveluyksikkö	Röntgen, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto **Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan** **Asiakas- tai potilaspaikkamäärä ja/tai** **Asiakas- tai potilasmäärä ja/tai** **Käyntimäärä ja/tai** **Käyntimäärä/asiakas ja/tai** **hoitojakson pituus**	Asiakas-/potilastutkimusyksikkö, joka palvelee koko Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen yksiköitä sekä heidän asiakkaitansa/potilaitansa. Tuotamme ajanvaraukseen perustuen potilastutkimuksia virka-aikana seitsemässä yksikössä eripuolilla maakuntaa sekä 24/7 Tikkamäellä. Vuodessa röntgenissä käy tutkimuksissa n. 45 000 asiakasta ja tutkimuksia heille tehdään n. 105 000.

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri Perttu Puhakka, perttu.puhakka@siunsote.fi, 013 330 3721 Osastonhoitaja Hanna Kukkonen, hanna.kukkonen@siunsote.fi, 013 330 3434
Palvelupäällikkö	Satu Rantala satu.m.rantala@siunsote.fi p. 013 330 3131
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi, 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

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 asiakaspalutteiden 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 poikkemia tai tarvitaan erityisiä yhteistyössä toteutettavia toimenpiteitä.

Röntgen kuuluu kuvantamiskeskukseen. Röntgenin toimintaa johtaa ylilääkäri, joka toimii myös röntgenin lääkärien esihenkilönä. Osastonhoitajalla on hoitotieteellinen hallinnollinen vastuu ja hän toimii

hoitohenkilökunnan esihenkilönä. Röntgenissä on kaksi apulaisosastonhoitajaa, jotka työskentelevät läheisessä yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Säteilyn käytön turvallisuudesta vastaa STV (säteilyturvallisuusvastaava), joka röntgenissä on ylifyysikko, jonka lisäksi röntgenissä työskentelee sairaalafyysikko.

Röntgenin esihenkilöiden tehtävänä on vastata yksikön päivittäisen toiminnan suunnittelusta ja organisoinnista sekä yksikön toiminnan laadusta ja kehittämisestä yhteistyössä koko henkilöstön kanssa. Röntgenin ylilääkäri vastaa yksikön lääketieteellisestä toiminnasta. Hän suunnittelee ja organisoi päivittäistä toimintaa yhteistyössä osastonhoitajien kanssa, niin että yksikön toiminta vastaa sille asetettuja tavoitteita.

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 ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	**Palvelutuottaja**
Radiologian erikoisalalla ostopalveluna lausuntopalveluja	Useita eri palveluntuottajia
Radiologian erikoisalalla ostopalveluna lääkärityövoimaa paikan päällä tapahtuviin palveluihin	Useita eri palveluntuottajia

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

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

Ostopalvelujen tuottajilta tai palvelusetelituottajalta 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).

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

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

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

Röntgentutkimukset tuotetaan asiakkaille/potilaille läsnäpalveluna röntgenin eri yksiköissä.

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.

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

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

Avarakatseisuus: olemme valmiita muutoksiin ja suhtaudumme niihin ennakkoluulottomasti.

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

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

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

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuuhenkilö(t)

Röntgenin omavalvontasuunnitelmasta vastaa osastonhoitaja, apulaisosastonhoitajat ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

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

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluyksikkökohtainen omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka tulee julkaista julkisessa tietoverkossa tai muuten julkisuutta edistävällä tavalla. Omavalvontasuunnitelma tulee olla asiakkaiden ja

potilaiden sekä muiden asiasta kiinnostuneiden nähtävillä julkisesti (esim. ilmoitustaululla tai muutoin) palveluyksikössä ilman erillistä pyyntöä.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen oman palvelutuotannon palveluyksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen internetsivuilla osoitteessa **Omavalvonta - siunsote.fi** (linkki).

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

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

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

5.1 Riskienhallinnan vastuut

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

Kuvantamiskeskuksen palvelupäällikkö johtaa, seuraa ja kehittää koko kuvantamiskeskuksen prosessien ja turvallisuuden hallintaa, turvaamista ja käytännön toteuttamista. Turvallisuusasioita käydään kuvantamiskeskuksen johtotiimissä kaksi kertaa kuukaudessa ja lisäksi tarpeen mukaan akuuteissa tapahtumissa. Röntgenin esihenkilöt vastaavat yksikkönsä prosessien ja turvallisuuden päivittäisen hallinnan ja turvaamisen toteuttamisesta, seuraamisesta, ilmoitusvelvollisuuden ilmi tuomisesta henkilöstölle sekä pitkäntähtäimen kehittämisestä. Röntgenin jokainen työntekijä on vastuussa oman toimintansa ja yksikön prosessien riskien tunnistamisesta ja esille tuomisesta sekä turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Röntgenin henkilökunnan vastuuseen kuuluu ilmoittaa viipymättä ja salassapitosäännösten estämättä, mikäli he huomaavat tai saavat tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan/potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Vastuuhenkilöiden (toiminnasta vastaava johto, esihenkilöt) vastuuseen kuuluu tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät

voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilöiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

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

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

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

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

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

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

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

Vuoden 2025 aikana jatketaan röntgenissä hoito- ja palveluketjujen kehittämiseen liittyen prosessikuvausten laadintaa, joita voidaan hyödyntää myös näihin liittyvien riskianalyysien tekemisessä.

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

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

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

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

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

Röntgenissä varmistetaan käytössä olevien menetelmien lainsäädännön ja standardien mukaisuus, jotta ne noudattavat alueellisia ja kansallisia ohjeistuksia. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset analysoidaan 30 päivän sisällä ja käydään läpi henkilöstön kanssa kolmen kuukauden välein.

Riskienarvioinnit ja turvallisuusarvioinnit päivitetään vuosittain. Työpaikkaselvitykset tehdään lainmukaisella tavalla. Arvioinneissa esille tuleviin epäkohtiin reagoidaan niiden vaatimalla tavalla.

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).

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

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

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

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

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

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

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

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.

Organisaatiossa on ollut käytössä Laatuportti- järjestelmä useamman vuoden ajan. Ilmoitusten käsittelijät pystyvät arvioimaan onko trendi ilmoitusten määrässä menossa poikkeavaan suuntaan aiempaan verrattuna, ja tarvittaessa tutkimaan muutokseen johtaneita syitä. Lisäksi henkilöstöä muistutetaan säännöllisesti tekemään ilmoituksia vaara- ja läheltä piti -tilanteista, sekä tarvittaessa myös opastetaan ilmoitusten tekemisessä.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Laatuportti-järjestelmään kirjatuista ilmoituksista tulee sähköpostiviesti yksikön esihenkilöille (osastonhoitaja, ylilääkäri, palvelupäällikkö) ja fyysikolle. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, kuitenkin viimeistään 14 vrk kuluessa. Ilmoitukset käsitellään moniammatillisissa henkilöstöpalavereissa, joita järjestetään kerran kuussa. Ilmoitusten käsittelyaika riippuu tapahtuman luonteesta ja laajuudesta. Ilmoitukset käsitellään valmiiksi 30 vrk kuluessa. Säteilyturvailmoituksien käsittelyn ja dokumentoinnin tekee fyysikko, joka myös raportoi tarvittaessa säteilyturvakeskukselle säteilyn käyttöön liittyvistä laatupoikkeamista. Ilmoituksen käsittely ja dokumentointi tallentuu laatuporttiin ja sen kautta ilmoitukseen voidaan palata myöhemminkin ja ajaa mm. erilaisia raportteja esim. eri tapahtumatyypeistä. Ilmoituksen jättäneeseen asiakkaaseen otetaan yhteyttä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa sitä varten. Ilmoittajaa informoidaan kehittämistoimenpiteisiin ryhtymisestä.

Tunnistettujen riskien suuruus ja vaikutus palvelutoimintaan arvioidaan Laatuportti-järjestelmän riskienarviointi työkalun avulla vuosittain. Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanneilmoitusten käsittelyn toteutumista seurataan organisaatiotasolla potilasturvallisuuspäällikön toimesta. Mikäli ilmoitusten käsittely ei toteudu määräajassa, yksikön asiakas- ja potilasturvallisuusyhdyshenkilö muistuttaa käsittelyn toteuttamisesta suunnitellusti.

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

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

Ilmoitusten pohjalta esille tulleiden epäkohtien perusteella kehitetään toimintaa, niin että havaitut riskit tai vaara- ja poikkeamatilanteet eivät toistuisi. Lisäksi niiden perusteella kehitetään yksikön toimintaa yhteistyössä koko henkilöstön kanssa.

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

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

Mikäli korjaavien toimenpiteiden toteuttaminen ei toteudu yksikössä suunnitellusti, pyritään selvittämään, mikä tähän on johtanut, ja ohjaamaan asianosaisia toteuttamaan korjaavat toimenpiteet suunnitellusti.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

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

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

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

Asiakasta/potilasta informoidaan välittömästi tapahtuman yhteydessä ja hänelle kerrotaan tarvittaessa potilasasiamiehen yhteystiedot. Hänet ohjataan tekemään ilmoitus Siun soten verkkosivujen kautta laatuporttiin. Sähköisen järjestelmän kautta saatuun asiakas-/potilasilmoitukseen vastataan ottamalla ilmoituksen tekijään yhteyttä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa. Tapahtuma, siihen vaikuttaneet tekijät ja

virheen seuraukset käydään läpi asiakkaan/potilaan ja hänen niin toivoessa, myös hänen läheisensä kanssa. Asiakkaalle/potilaalle kuvataan, miten toimintaa tullaan ilmoituksen perusteella kehittämään siten, että vastaava ei toistu. Jos asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten tiedottaminen ei toteudu suunnitellusti pyritään selvittämään, mikä tähän on johtanut ja ohjaamaan asianosaisia toteuttamaan korjaavat toimenpiteet suunnitellusti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ilmoituksia jää tekemättä	Yksikön sisäinen tiedottaminen ja koulutus ilmoitusten tekemisestä	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin -ohje Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa -ohje Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus) Sote-toimintalaki
Asiakkaan/potilaan informointi jää toteutumatta vaaratapahtuman yhteydessä	Viestintä, toimintaohje	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Palvelun, hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehdoista 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 arvioi tutkimuksen tarpeellisuuden ja 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.

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

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

Tutkimuslähetteitä voidaan seurata tutkimusyksikön neaRIS-toiminnanohjausjärjestelmästä. Röntgen pyrkii tuottamaan kiireelliset tutkimukset kahden viikon sisällä ja ei-kiireelliset tutkimukset kuukauden sisällä. Toteutumista seurataan T3 (3.vapaa-aika) -mittarin ja tutkimusten läpimenoaikojen avulla. Lisäksi seurataan toteutuneita tutkimusmääriä.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyn määräajat 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 kuvantamisekeskuksen 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.

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

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

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

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

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

Jos kuvantamistutkimuksiin liittyvät menettelytavat eivät toteudu, selvitetään tähän johtaneet juurisyyt ja tarvittaessa kehitetään toimintaa, niin että tavoitteisiin päästään.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

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

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

Jos kuvantamistutkimuksiin liittyvät menettelytavat eivät toteudu, selvitetään tähän johtaneet juurisyyt ja tarvittaessa kehitetään toimintaa, niin että itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva toteutuvat.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittaminen tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino ja rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

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

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

Jos kuvantamistutkimuksiin liittyvät menettelytavat eivät toteudu asianmukaisesti, selvitetään tähän johtaneet juurisyyt ja tarvittaessa kehitetään toimintatapoja, niin että itsemääräämisoikeuden rajoittaminen toteutuu asianmukaisesti.

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 terveyspalveluita toteutettaessa.

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

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

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

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

Saatuja muistutuksia, kanteluja, potilasvahinkoja ja muita reklamaatiota seurataan Laatuportti-järjestelmän kautta.

Viranomaisohjeet ja -päätökset sekä niihin tulleet muutokset tuodaan henkilöstön tietoon ja toimintaa kehitetään havaittujen puutteiden korjaamiseksi. Palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuus varmistetaan noudattamalla viranomaisohjeita.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

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

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@siunsote.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 (linkki) kautta

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

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

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

Ilmoituksen jättäneeseen asiakkaaseen otetaan yhteyttä, jos hän on jättänyt yhteystietonsa sitä varten. Ilmoittajaa informoidaan kehittämistoimenpiteisiin ryhtymisestä.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

Röntgentutkimuksiin valmistautumisesta on tehty kirjalliset potilasohjeet. Asiakas/potilas saa kirjalliset valmistautumisohjeet lähettävästä yksiköstä. Ohjeissa on puhelinnumero, josta asiakas/potilas voi tarvittaessa kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Kuvantamistilanteisiin osallistuvat lääkärit ja hoitajat viestivät asiakkaan/potilaan kanssa reaaliajassa kyseisen asiakkaan/potilaan kuvaukseen/tutkimukseen/toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Sisäisten asiakkaiden eli tutkimuksiin lähettävien tahojen kanssa viestimme puhelimitse sekä sähköisten kanavien (potilastietojärjestelmä, intra, sähköposti, Teams) kautta. Tarvittaessa järjestämme myös yhteistyöpalavereita. Mikäli huomataan esimerkiksi asiakaspalauteiden pohjalta, ettei asiakas-/potilasviestintä toteudu suunnitellusti, päivitämme ohjeita ja tarvittaessa järjestämme koulutusta henkilöstölle.

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

Tunnistettu riski	**Hallintakeino**	**Toimintaohje/määräys**
Henkilöstöresurssivajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Jatkuva rekrytointi Jononpurku lisätöinä	Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
Itsemääräämisoikeuden ajoittainen rajoittamistarve infektioiden torjuntaan perustuen	Osaamisen varmistaminen	Tartuntatautilaki (1227/2016) Toimintaohjeet infektioiden torjuntaan liittyen. Perustuslaki 731/1999 Terveydenhuoltolaki 1326/2010

7 Henkilöstö

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten riittävyys, osaaminen ja hyvinvointi on yksi asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys.

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

Henkilöstön määrän ja osaamisen on oltava riittävä asiakkaiden/potilaiden määrään sekä heidän palvelujen tarpeeseen nähden.

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

Röntgenissä on yhteensä 15 erikoislääkärin virkaa, joista n. 70 % on täytetty sekä kaksi erikoistuvan lääkärin virkaa, jotka on täytetty 100 %. Röntgenhoitajan toimia on yhteensä 43, joista on täytetty n. 90 %. Lisäksi röntgenissä työskentelee koko kuvantamiskeskuksen yhteinen asiantuntijaröntgenhoitaja (1 htv 100 %). Röntgenissä on yksi osastonhoitajan virka ja kaksi apulaisosastonhoitajan virkaa, jotka on täytetty 100 %, sekä kaksi fyysikon virkaa, jotka on myös täytetty 100 %.

Satunnaisesti käytämme vuokratyövoimaa hoitohenkilöstön resurssin paikkaamiseen, sekä lääkärivajeen täyttämiseen (esim. viikonloppupäivystykset ja osa maakunnan toimipisteissä tehtävistä UÄ-tutkimuksista).

Henkilövoimavarojen riittävyyttä seurataan esimerkiksi työvuorosuunnittelun avulla, poissaolojen seurannalla, esihenkilöiden havaintojen perusteella sekä organisaation tuottamilla henkilöstökyselyillä.

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

Laillistetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti toimivien opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan tarkistamalla heidän opintorekisteriotteensa. Röntgenhoitajaopiskelijoilla tulee olla suoritettuna 140 op, jotta he voivat työskennellä sijaisena. Jokaiselle opiskelijastatuksella

työskentelevälle kirjataan hoitajien työpistesijoitteluun vastaava ohjaaja, eikä röntgenhoitajaopiskelija työskentele koskaan yksin. Jos on uhka, ettei henkilöstöä ole riittävästi asiakkaiden/potilaiden tarpeeseen ja/tai määrään nähden, esihenkilöstö pohtii yhdessä mitä toimintoja supistetaan tai onko esimerkiksi tarvetta hälyttää lisätyövoimaa.

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointi aloitetaan rekrytointihakemuksen laadinnalla. Hakemuksessa kuvataan mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan. Jokaiselle yksikköön rekrytoitavalle pidetään työhaastattelu, jossa selvitetään henkilön soveltuvuutta yksikköön sekä tarkistetaan hänen kielitaitonsa ja kelpoisuutensa tutkinto- ja työtodistusten sekä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (Terhikki) avulla. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan 1 kk:n kuluessa töiden aloittamisesta. Työntekijöiltä edellytetään, että heidän rokotekattavuutensa on lainmukainen ja se tarkistetaan suullisesti ennen työsuhteen alkamista. Uusille vakituisille työntekijöille määritetään myös koeaika työsuhteen/virkaan astumisen aluksi. Rekrytointeja tehdessä noudatetaan organisaation rekrytointiohjeita, jottei synny uhkaa, ettei rekrytointi toteudu sovittujen periaatteiden mukaisesti. Ulkomaalaisia henkilöitä rekrytoitaessa, käytetään apuna organisaation ohjetta: ”Ohjeita ulkomaalaista työntekijää palkattaessa”. Tarvittaessa rekrytoiva esihenkilö kääntyy muutenkin organisaation rekrytointipalvelun ammattilaisten puoleen.

7.3 Perehdytys

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

Röntgenissä tehdään jokaiselle uudelle sekä pitkältä vapaalta palaavalle työntekijälle henkilökohtainen perehdytyssuunnitelma. Siun soten yleisperehdytys on toteutettu verkkokurssina ja osastolla on tehty perehdytysohjelmat eri ammattiryhmille. Perehdytyksen yhteydessä uusi työntekijä tutustuu myös yksikön omavalvontasuunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaan oleellisesti liittyviin asiakirjoihin ja ohjeisiin. Eri ohjeisiin tutustuminen mainitaan yksikkökohtaisessa perehdytyssuunnitelmassa. Eri työpisteillä toteutetaan työpistekohtainenperehdytys vastuuhoitajien ja työpisteen muiden työntekijöiden toimesta. Perehdytyksessä käytetään modaliteettikohtaisia perehdytyskortteja. Perehdytyksestä vastaa

fyysikko, osastonhoitaja ja ylilääkäri sekä vastuulääkärit. Perehdytystä seurataan perehdytyskeskusteluiden avulla ja perehdytys dokumentoidaan organisaation ohjeiden mukaisesti. Röntgenin omat perehdytyskortit arkistoidaan esihenkilöiden toimesta.

Mikäli on uhka, että perehdytys ei toteudu sovitulla tavalla, käy esihenkilö asiasta keskustelun perehdytettävän ja perehdyttäjän kanssa ja laatii yhteistyössä heidän kanssaan uuden perehdytyssuunnitelman.

Uusi työntekijä, pitkältä vapaalta työhön palaava työntekijä sekä opiskelijastatuksella työskentelevä velvoitetaan lukemaan/perehtymään röntgenin omavalvontasuunnitelmaan, jotta he saavat käsityksen yksikössä toteutettavasta omavalvonnasta.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

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

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

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

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

Jokainen työntekijä velvoitetaan tutustumaan riskienhallintadokumentteihin esimerkiksi Laatuportti-järjestelmässä sekä perehtymään röntgenin omavalvontasuunnitelmaan.

Röntgenin työntekijöiden vuorovaikutustaitoihin ja palautteen vastaanottamiseen liittyvää osaamista kehitetään mm. ohjeistamalla heidät suorittamaan vuorovaikutus ja palaute -verkkokurssi.

Röntgenin henkilökunnan osaamisen kehittymistä seurataan ja arvioidaan esim. kehityskeskustelujen ja perehdytyskeskustelujen avulla. Lisäksi esihenkilöt seuraavat työntekijöiden täydennyskoulutusten toteutumista. Koulutukset anotaan ja kirjataan organisaation ohjeiden mukaisesti Siun soten HR-järjestelmä ESSiin.

Röntgenissä noudatetaan säteilyturvallisuusmääräyksiä, seurataan työskentelyolosuhteita ja tehdään säteilymittauksia. Röntgenissä käytetään tarkkoja dokumentointikäytänteitä kuvantamisen prosessien seuraamiseen ja laitteiden asianmukaisen toiminnan varmistamiseen. Jokaisella käytettävällä kuvauslaitteella on omat laitekohtaiset laatutestit. Näillä toimilla varmistetaan potilasturvallisuutta, saadaan esille mahdollisia virheitä ja seurataan säteilynkäytön asianmukaisuutta. Lisäksi toimintaa tarkastellaan sisäisten ja ulkoisten auditointien kautta.

Henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana useilla tavoilla: jokainen työntekijä seuraa omassa työssään kuvantamistutkimusten laatuvaatimusten toteutumista. Lisäksi kollegoiden ja esihenkilöiden havainnot ovat tukena toiminnan asianmukaisuuden varmistamisessa.

Havaittuihin epäkohtiin puututaan selvittämällä tapahtuman juurisyyt ja tarvittaessa muuttamalla toimintaa niiden mukaisesti. Tarvittaessa järjestetään täydennyskoulutusta osaamisen varmistamiseksi.

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 tehtäväänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Esihenkilöillä on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Eritasoista johtamiskoulutusta on myös saatavilla Riverian 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. Johtamisosaamis~~taa~~en 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, ~~ja~~ 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.

Röntgeniin palkataan esihenkilöiksi tarvittavan ammatillisen pätevyyden omaavia henkilöitä, joiden soveltuvuutta yksikköön mitataan työhaastattelussa. Lähiesihenkilöiden tulee olla oman yksikkönsä osaamisalueen asiantuntijoita. Uusi esihenkilö perehdytetään tehtäväänsä ja hänelle tarjotaan vertaistukea sekä esihenkilön tukea palvelualueella. Organisaatio järjestää johtamisvalmennusta säännöllisesti ja lisäksi on mahdollisuus tarpeista nousevaan täydennyskoulutukseen. Organisaatio järjestää erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin (talous, hankinnat, henkilöstöhallinto) liittyvää koulutusta ja ohjausta säännöllisesti.

Johtamisosaamista arvioidaan seuraamalla toteutunutta työskentelyä ja työtehtävien hoitamista. Esihenkilöltä ja kollegoilta saadun jatkuvan palautteen avulla esihenkilö voi reflektoida omaan toimintaansa ja osaamistaan. Röntgenissä esihenkilöt osallistuvat tietoturvakoulutukseen sekä esihenkilöille pakollisiin turvallisuuskoulutuksiin.

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.

Vuonna 2025 henkilöstökysely toteutuu Siun sotessa neljästi: maalis-, 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). Henkilöstön sairauspoissaoloja seurataan säännöllisesti kuvantamiskeskuksen johtotiimin kokouksissa. Palvelupäällikkö käy säännöllisesti esihenkilöiden kanssa läpi työhyvinvointiin ja sairasupoissaoloihin liittyviä asioita ja osallistuu tarvittaessa työkykyneuvotteluihin.

Röntgenissä työnantajan työturvallisuusvelvoitteet (esim. työn riskien arviointi, ilmoitusmenettely ja toiminnan kehittäminen) määräytyvät työturvallisuuslain (738/2002) ja säteilylain (859/2018) mukaisesti. Työnriskien

arviointi sisältää mm. työntekijöiden säteilyaltistuksen arvioinnin, säteilyturvallisuusohjeet ja mahdolliset työympäristön riskit. Ilmoitusmenettely röntgenissä sisältää mm. poikkeamatilanteiden raportoinnin (esim. säteilyaltistukset, laiteviat), säteilyaltistuksen raportoinnin ja työsuojeluun liittyvät ilmoitukset. Röntgenin toiminnan kehittämisessä työturvallisuuslain ja säteilyturvallisuuslain näkökulmasta työntekijöille tarjotaan säännöllisesti säteilyturvallisuuskoulutusta, perehdytetään heidät laitteiden säännölliseen testaamiseen ja turvallisuuden arvioimiseen.

Röntgenin henkilöstöltä kerätään organisaation toimesta säännöllisesti palautetta ja saatu palautteen yhteenveto käsitellään osaston yhteisissä palavereissa.

Jos ilmenee, että röntgenin työntekijöiden työhyvinvoinnin heikkeneminen uhkaa heikentää asiakas- ja potilasturvallisuutta, käytetään apuna henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista tukevia Siun soten työkykyjohtamisen työvälineitä sekä HAVAHU (varhaisen välittämisen toimintaperiaate) ja sairauspoissaolojen hallintamallia.

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

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

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

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

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat olla haasteellisia monella eri tavalla, niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Haastavat asiakas-/potilastilanteet voivat vaikuttaa terveydenhuollon yksikön toimintaan, yksittäiseen työntekijään ja vaikutuksia voi olla asiakkaalle/potilaalle itselleen, heidän läheisilleen tai ympäristölle.

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

Röntgenissä toimitaan Siun soten henkilöturvaohjeen mukaisesti.

Röntgenissä seurataan haastavien asiakas/potilastilanteiden ennaltaehkäisyn onnistumista tai haastavien tilanteiden hoitamisen toteutumista esimerkiksi Laatuportti-järjestelmään tulevien ilmoitusten kautta sekä asiakkailta saatujen palautteiden mukaisesti. Myös henkilökunnan havainnot ja työhyvinvoinnin seuranta on oleellinen osa ennakollista varautumista.

Jos röntgenissä ilmenee, ettei haastavien asiakas- ja potilastilanteiden ennakollinen varautuminen tai niiden hoito toteudu yksikössä suunnitellusti, selvitetään tähän johtavia juurisyitä ja reagoidaan tilanteen vaatimalla tavalla. Lisäksi röntgenissä on tarkoitus järjestää henkilökunnalle AVEKKI-koulutusta vuoden 2025 aikana.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Fyysikoiden perehdytyssuunnitelma	Ajantasaistaminen	Tehdään tarvittavat korjaukset perehdytyssuunnitelmaan

Eläköitymisestä johtuva henkilöstö- ja osaamisvaje	Varhainen rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) Osaamisen kehittämisen suunnitelma
Henkilöstöresurssien (röntgenlääkärit ja röntgenhoitajat) vajeesta johtuva tutkimusten jonouma	Jatkuva rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu (esim. jononpurku lisätöinä) Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu	Teemme aktiivista rekrytointia ja pidämme yllä positiivista työnantajakuvaa.
Röntgenhoitajien ja röntgenlääkäreiden henkilöstöresurssin vajeesta johtuva työn kuormittavuuden lisääntyminen	Jatkuva rekrytointi Vaihtoehtoisten toimintatapojen suunnittelu (esim. jononpurku lisätöinä) Ennakoiva osaamisen kehittämisen suunnittelu Syksyllä 2024 on aloitettu röntgenhoitajien satelliittikoulutus yhteistyössä Savonia AMK:n kanssa	Teemme aktiivista rekrytointia ja pidämme yllä positiivista työnantajakuvaa.

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 tietosuoja-asetuksessa (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 tietosuoja ja 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.

Röntgenissä käytetään toiminnanohjausjärjestelmänä neaRIS-ohjelmistoa, jonka lisäksi käytössä on potilastietojärjestelmä Mediatri. neaRIS-järjestelmän ja Mediatrin välillä on tiedonsiirtoyhteys. Röntgentutkimusten kuvadata tallennetaan neaPACS-järjestelmään sekä Kelan ylläpitämään kansallisten kuva-aineistojen arkistoon. Röntgenissä Mediatriin kirjataan mm. toimenpiteisiin liittyviä asioita. Lisäksi sieltä voidaan tarkistaa röntgentutkimuksia varten esim. potilaiden riskitietoja, laboratoriovastauksia tai toimenpiteisiin vaikuttavia lääkityksiä.

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

Hoitohenkilöstö perehdytetään asiakas- ja tietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla osastonhoitajan yleisperehdytyksessä ja tarkemmin työpistekohtaisessa perehdytyksessä. Lääkärit perehdytetään

tietojärjestelmiin sekä niiden käyttöön työsuhteen alussa sekä otettaessa käyttöön uusia tietojärjestelmiä tai jo käytössä olevia järjestelmiä päivitettäessä.

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

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

Kaikkien röntgenissä tehtävien lausuttavien tutkimusten tulokset arkistoituvat Kanta-arkistoon. Röntgenin asiakkaat/potilaat ohjeistetaan käyttämään kanta-arkistoa tutkimuksiin lähettävien yksiköiden toimesta.

Asiakas-/potilastietoja käsitellään lakien ja asetusten mukaisesti (mm. potilastietolaki, GDPR ja terveydenhuoltolaki). Tiedot säilytetään turvallisesti ja vain valtuutetut terveydenhuollon ammattilaiset voivat niitä käsitellä. Tietoja käytetään vain asianmukaisiin hoidollisiin tarpeisiin ja niitä voidaan jakaa vain luvanvaraisesti esim., jos hoito jatkuu toisen lääkärin tai sairaalan toimesta.

Röntgenissä varmistetaan, että asiakkaat saavat halutessaan selvityksen asiakas-/potilastietojensa käsittelystä ja käsittelyn perusteista informoimalla tarvittaessa, että he voivat tehdä tietosuojalain mukaisen pyynnön lokitiedoista, joista käy ilmi kuka on katsonut tai muokannut heidän tietojaan. Mikäli tietosuojan omavalvonnassa on tullut esille selvitystä vaativia asioita, ottaa tietosuojavaltuutettu yhteyttä yksikön esihenkilöön. Yhteistyössä yksikön esihenkilöiden kanssa he selvittävät tapahtumat ja niihin reagoidaan tilanteen vaatimalla tavalla.

Röntgenissä joudutaan satunnaisesti tulostamaan joitakin potilastietoja sisältäviä asiakirjoja. Niitä käsittelevät vain asiaan kuuluvat ammattihenkilöt ja paperiset asiakirjat hävitetään tietosuojajätteeseen heti, kun niiden käsittelyn tarve päättyy. Röntgenin tulostimet sijaitsevat paikoissa, joihin ei ulkopuolisilla ole pääsyä.

Röntgenissä on yhteisesti sovitut toimintatavat tilanteisiin, joissa esimerkiksi kuva-arkistoon menee potilastietoja sisältävää materiaalia virheellisellä merkinnällä. Nämä toimintatavat on käyty läpi henkilöstön kanssa ja päivitetty yhdessä neaRis-järjestelmäasiantuntijoiden kanssa aina tarpeen vaatiessa. Röntgenissä

tuotettu tutkimustieto ja kuvadata arkistoituu automaattisesti toiminnanohjausjärjestelmän asetusten mukaisesti. Potilastiedot arkistoituvat Siun soten potilastietojärjestelmän kautta automaattisesti.

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

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

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

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

Tilanteisiin joissa tietoturva/tietosuoja voi vaarantua, varaudutaan muistuttamalla henkilöstöä säännöllisesti esim. sähköpostien liitteiden avaamiseen liittyvistä vaaroista. Epävarmoissa tilanteissa henkilökuntaa on ohjeistettu ottamaan yhteyttä turvallisuuspäällikköön, tietosuoja-asiantuntijaan tai Meitan servicedeskiin.

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

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

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

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

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

Röntgenin eri toimitiloissa olevat riskit vaihtelevat niiden käyttötarkoituksen mukaan. Esim. magneettitutkimushuoneissa riskinä on magneettikenttiin liittyvä turvallisuus. Magneettiturvallisuus varmistetaan mm. tutkimukseen tulevalle asiakkaalle/potilaalle annettavalla magneettiturvallisuuskaavakkeella. Lisäksi jo tutkimukseen lähettäviä yksiköitä on ohjeistettu varmistamaan potilaan sopivuus tutkimukseen. Röntgenhoitaja varmistaa myös tutkittavan magneettikelpoisuuden vielä aina ennen tutkimushuoneeseen siirtymistä. Röntgensäteilyä käyttävissä tutkimuksissa riskinä on säteily. Röntgenkuvaushuoneet on rakennettu niin, että niistä ei pääse siroamaan säteilyä niiden ulkopuolelle eikä kuvaushuoneisiin tai kuvauslaitteille ole ulkopuolisilla pääsyä. Myös kuvausprotokollat on optimoitu niin, että asiakkaat/potilaat saavat tutkimuksen aikana mahdollisimman pienen säteilyannoksen. Laitteiden asianmukainen toiminta varmistetaan säännöllisillä laatutesteillä, ja niiden oikeanlainen käyttö on varmistettu laitekohtaisella perehdytyksellä sekä tarvittaessa lisäkoulutuksella.

Tutkimuksissa varsinaisten tutkimuslaitteiden lisäksi käytettävät välineet ja oheislaitteet on valittu käyttötarkoituksiinsa soveltuviksi ja niiden toimintaa seurataan päivittäistasolla. Riskinä voi olla välineiden rikkoutuminen ja kuluminen. Ko. riskiä minimoidaan vaihtamalla rikkoutuneiden tilalle välittömästi uudet välineet. Rikkinäisten laitteiden tai välineiden käyttöä ei jatketa.

Yleisesti toimitiloissa on erilaisista rakennusten peruskorjausten takia riskinä monimutkaiset reitit joihinkin tutkimushuoneisiin. Riskiä on pyritty minimoimaan lisäämällä opasteita ja ohjeita aina kun havaitaan esim. palautteiden perusteella niiden olevan riittämättömiä.

Yksityisyyden suoja otetaan röntgenissä huomioon mm. niin, että asiakkaan/potilaan asioista keskustellaan sellaisissa tiloissa, joista keskustelu ei kuulu ulkopuolisille. Asiakkaan/potilaan tietoja käsitellään aina vain sellaisissa tiloissa tai työasemilla, joihin ulkopuolisilla henkilöillä ei ole pääsyä. Yksityisyyden suoja varmistetaan myös käsittelemällä tutkimuksiin liittyviä asioita vain hoitosuhteisten henkilöiden kuullen ja nähden. asiakkaan/potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ennen tutkimuksia tehdään niin, ettei esimerkiksi

henkilötunnus ole muiden kuin asianosaisten kuultavissa tai nähtävissä. Mahdollisia potilasasiakirjoja käsitellään sekä digitaalisesti että paperimuodossa siten, että asiakirjat eivät ole ulkopuolisten saavutettavissa. Mahdolliset paperiset lomakkeet hävitetään tietosuojajätteeseen välittömästi, kun asiakirjan käsittelyn tarve on poistunut.

Toimitiloihin ja välineisiin liittyviä riskejä hallitaan vuosittain päivitettävän Laatuportin riskienarvioinnin avulla. Lisäksi hyödynnetään päivittäisessä työssä tapahtuvaa havainnointia. Röntgenin jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan havaitessaan epäkohdan tai puutteen tiloissa tai välineissä ja esihenkilöillä on viime kädessä vastuu toimitilojen ja välineiden toimivuudesta.

Jokaisella kuvantamislaitteella on oma vuosihuoltosuunnitelma. Tarvittaessa laitteita ja välineitä huolletaan myös huoltosuunnitelmasta poikkeavina aikoina. Lääkinnällisten laitteiden huoltoa varten Siun sotessa toimii lääkintälaitehuolto, joka auttaa mm. laiteongelmissa. Toimitilojen huoltoa varten Siun sotessa on kiinteistöhuoltoyksikkö, joka huolehtii toimitilojen huolloista ja järjestää tarvittaessa korjaustoimenpiteitä.

Laite- ja välinekoulutukset suunnitellaan niiden toimittajien suositusten mukaisesti siten, että jokainen työntekijä saa työssään käyttämilleen laitteille/välineille tarvittavan määrän koulutusta. Lisäksi tarvittaessa järjestetään koulutusta myös käyttöönoton jälkeen.

Toimitiloihin liittyvien toimintojen kuten sairaalakaasujen ja paloturvajärjestelmien koulutusta järjestetään röntgenissä säännöllisesti, sekä aina tilojen tai toimintojen muuttuessa Siun soten asiantuntijoiden avulla.

Röntgenin tiloihin on laadittu poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje, jotka päivitetään 3 vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa. Henkilöstö tutustuu sen kiinteistön turvallisuusohjeisiin (poistumisturvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja yksikön paloturvallisuusohje), jossa työpiste sijaitsee ja toimii sen mukaisesti. Tiloissa on automaattinen palohälytysjärjestelmä. Työntekijät on perehdytetty hälytysjärjestelmien käyttöön röntgenin turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikön hälytysjärjestelmiä testataan säännöllisesti.

Röntgeneiden ovet ovat auki vain niiden aukioloaikoina.

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

Röntgentutkimushuoneet on suunniteltu ja rakennettu säteilynkäytön vaatimukset huomioiden ja ne on käyttöönottovaiheessa tarkistettu fyysikon sekä säteilyturvakeskuksen (STUK) toimesta. Kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevista toimintamalleista, resursseista ja suunnitelmista vastaa kiinteistöyksikkö. Tiloihin liittyvistä ongelmista tehdään vikailmoitukset ja työtilaukset Gralund manager -ohjelmaan. Toimintaympäristöön ja toimitiloihin liittyviä vaara- ja poikkeamatilanteita seurataan palautteiden perusteella ja niiden perusteella ryhdytään tarvittaessa tilanteen mukaisiin toimiin.

Säteilyturvakeskus (STUK), on tehnyt tarkastukset ja myöntänyt luvan toiminnalle röntgenin tiloissa, joissa käytetään säteilyä, seuraavina ajankohtina:

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Kiteen röntgen
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
4/2015

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Liperin röntgen
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
10/2016

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Tikkamäen päivystysröntgen ja J1-siiven tietokonetomografia
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
29.7.2020

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Juuan hammaskuvaushuone
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
10/2021

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Ilomantsin röntgen
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
3/2022

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Tikkamäen E-siiven röntgenin tilat (natiivi, mammo angio, hammaskuvaukset)
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
7/2024

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Outokummun röntgen
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
3/2025

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa: Lieksan röntgen
Tarkastaja/ luvan myöntäjä: STUK
3/2025

Jo röntgenlaitteita hankittaessa, on niiden soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarkastettu. Röntgeniin hankitaan ainoastaan CE-merkinnän saaneita lääkinnällisiä laitteita. Kun röntgeniin hankitaan uusi tutkimuslaite, jo hankintaa tehdessä sovitaan laitevalmistajan antama käyttökoulutus sille henkilöstöryhmälle, joka laitetta käyttää. Lisäksi uudet työntekijät sekä pitkältä poissaololta palaavat työntekijät perehdytetään ko. laitteen syväosaajan/syväosaajien toimesta laitteen turvalliseen ja oikeaoppiseen käyttöön.

Jokaisen kuvantamislaitteen vikatilanteisiin on ohjeet siitä, kuinka toimia. Tilannekohtaisesti vikatilanteet ratkaisee röntgenin oma henkilökunta, Siun soten lääkintälaitehuolto tai tarvittaessa laitetoimittajan huoltoinsinööri. Jos huoltoviive on pitkä, tehdään asiakkaiden/potilaiden kuvantamissuunnitelmat tapauskohtaisesti (esim. kuvaukset siirretään toiselle laitteelle tai ilta-ajoille).

Röntgenissä varmistetaan asiakkaan ja potilaan yksilölliset tarpeet ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa mm. niin, että asiakkaalla/potilaalla on aina oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus. Lisäksi tutkimukseen lähettävän lääkärin on tullut informoida asiakasta/potilasta tutkimuksen tarkoituksesta sekä mahdollisista hyödyistä ja riskeistä. Röntgenin henkilökunnan velvollisuutena on puolestaan informoida asiakasta/potilasta tutkimuksen kulusta sekä huomioida asiakkaan/potilaan yksilölliset tarpeet tutkimuksen aikana (esim. fyysiset ja psyykkiset rajoitteet ja tarpeet, aistirajoitteet). Röntgentutkimukset tehdään aina lääketieteellisin perustein ja säteilyä käytettäessä säteilyaltistus pidetään mahdollisimman vähäisenä. Röntgenin laitekanta on uutta, joten kuvantamisessa käytetään teknologiaa, jolla kuvanlaatu saadaan optimoitua mahdollisimman pienellä säteilyannoksella, mutta kuitenkin niin, että diagnoosin tekeminen ei vaikeudu. Jos vain on mahdollista, raskaana oleville asiakkaille/potilaille käytetään säteilytöntä tutkimusmenetelmää eli magneetti tai ultraääntä diagnoosin saamiseksi.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön ympäristön havainnointi ja aktiivinen epätavallisesti toiminnasta ilmoittaminen	Ohjeiden noudattaminen Perehdytys ja opastus	Pelastussuunnitelmat - linkit Poistumisturvallisuus opas Yksikön paloturvallisuusohje

		Siun soten Turvallinen lääkehoidon-opas Lääkekaapin/huoneen omavalvonta Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Laiterikot	Säännölliset vuosihuollot laitetoimittajien toimesta	Toimintaohjeet vikatilanteisiin eri kuvauslaitteilla

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.

Keuhkojen ja luuston natiiviröntgentutkimuksiin asiakas/potilas voi varata ajan itse nettiajanvarauksen kautta. Nettiajanvaraukseen tunnistaudutaan vahvalla tunnistautumisella (esim. pankkitunnukset). Ajanvarauksen voi tehdä vain, jos tutkimukseen on lääkärin tekemä sähköinen lähete. Röntgentutkimuksia voidaan lausua etänä joko Siun soten omien röntgenlääkäreiden tai ostopalvelua tuottavien röntgenlääkärien toimesta. Tietoturva etäsaneluiden osalta on varmistettu Siun soten ohjeiden mukaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Röntgenissä on käytössä tutkimuksiimme tarvittavia potilastutkimus- ja kuvantamislaitteita sekä potilaan seurantaan liittyviä laitteita (esimerkiksi verensokerimittari, verenkierron seurantalaitteet, lisähappilaitteet). Tutkimuslaitteemme vaativat erilaisia asiakas-/potilaskohtaisia tai monikäyttöisiä tarvikkeita, joiden laatu ja turvallisuus varmistetaan kilpailutuksella ja hankintasopimuksilla. Yksikön kaikki laitteet ovat lääkintälaitehuollon laiterekisterissä, jonka ylläpitämisestä vastaa Siun soten lääkintälaitehuolto. Yksikkömme potilastutkimus- ja kuvantamislaitteilla on huoltosopimukset, joiden mukaisesti laitteet huolletaan laitetoimittajan toimesta. Kuvantamislaitteille tehdään laadunvalvonta- ja toimintakunnon tarkastukset laitetoimittajien ja Säteilyturvakeskuksen suosittelemilla aikaväleillä ja tavoilla. Laatumittaukset kirjataan laitekohtaisiin laadunvalvontatiedostoihin. Laitekohtaisiin perehdytyksiin kuuluu myös laadunvalvontaan perehtyminen. Röntgenin henkilökunnan laiteosaaminen varmistetaan jatkossa vuoden 2025 aikana käyttöön otettavien laitepassien kautta. Laitepassit tallentuvat Laatuportti-järjestelmään. Lisäksi röntgenin koko henkilökunnan tulee suorittaa verkkokoulutuksena Laiteturvallisuus -koulutus (Potilasturvaportti ja Oppiportti). Röntgenin tutkimuslaitteita hankittaessa varmistetaan aina, että laitteella on CE-merkintä. Kun röntgeniin hankitaan uusi tutkimuslaite, jo hankintaa tehdessä sovitaan laitevalmistajan antama käyttökoulutus sille

henkilöstöryhmälle, joka laitetta tai sen tuottamaa kuvadataa käyttää. Lisäksi uudet työntekijät sekä pitkältä poissaololta palaavat työntekijät perehdytetään ko. laitteen syväosaajan/syväosaajien toimesta laitteen turvalliseen ja oikeaoppiseen käyttöön. Ennen hankintapäätöstä, liikuteltaville kuvantamislaitteille (UÄ ja liikuteltava röntgenkuvauslaite) voidaan suorittaa koekäyttö röntgenin omassa ympäristössä. Kuvantamislaitteiden sijoitus toimintaympäristöön on suunniteltu aina huomioiden esim. säteily tai magneettikentät. Kaikille kuvantamislaitteille on laadittu omat työohjeet siihen, kuinka niitä käytetään, miten toimitaan vikatilanteissa tai kuinka ja millaisilla puhdistusaineilla laitteet puhdistetaan. Kaikki kuvantamislaitteet tarvitsevat toimiakseen sähköä ja osa laitteista onkin varavoimaverkossa, jotta erittäin kiireellisiä tutkimuksia voidaan tehdä myös esim. pitkittyneen sähkökatkon aikana.

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

Röntgenistä ei anneta potilaiden käyttöön laitteita tai välineitä.

Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Ei

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Ei

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

Laitteiden toimintahäiriöt	Säännölliset huollot ja laadunvarmistusmittaukset	Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Säteilylaki (859/2018)

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

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

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

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

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

Vuodesta 2025 lähtien lääkehoidon omavalvonta toteutetaan yhteistyössä sairaala-apteekin kanssa laatuportissa olevan lomakkeen avulla.

Jos lääkehoidon aikana tapahtuu jotain poikkeavaa, tässä informoidaan heti potilasta ja röntgenlääkäriä. Tarvittaessa paikalle voidaan kutsua MET- tai elvytysryhmä. Lääkehoitoon liittyvät vaara- ja

poikkeamatapahtumailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään ja käsittely ja raportointi toteutetaan samalla tavalla kuin muidenkin laatupoikkeamien kohdalla. Laatuportin kautta voidaan tarvittaessa lähettää ilmoitus suoraan Fimeaan. Lääkehoitoon liittyviä ilmoituksia ja kehittämistoimenpiteitä seurataan laatuporttijärjestelmän kautta ja niitä käsitellään säännöllisesti yhdessä henkilökunnan kanssa.

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: 25.05.2023, päivitetään 4/2025

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä
Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:
Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri: Perttu Puhakka perttu.puhakka@siunsote.fi

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: Hanna Kukkonen hanna.kukkonen@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.

Röntgenin toimintaa ohjaa infektioidentorjuntayksikön laatima ohjeistus, joka on henkilökunnan saatavilla Siun soten intrassa. Huolellinen käsihygienia on osa infektioiden ja tarttuvien sairauksien torjuntaa. Röntgenissä on helposti saatavilla käsien desinfiointiainetta annostelijoissa sekä asiakkaille/potilaille että henkilökunnalle.

Röntgenin henkilökunta voi ottaa yhteyttä mahdollisissa infektioiden torjuntaa koskevissa kysymyksissä Siun soten hygieniahoitajiin.

Röntgenin hygieniavastaava tekee aseptisen työskentelyn havainnointia. Käsihuuhde- ja suojakäsinekulutusta sekä influenssarokotuskattavuutta seurataan eHygienia-seurantajärjestelmän avulla. Tilastot ja raportit ovat koko henkilöstön nähtävillä yksiköittäin Infektioiden torjunta- yksikön intrasivuilta. Röntgenissä on tehty käsihuuhdesaatavuuden arviointi Laatuporttiin elokuussa 2024.

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

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

Infektioiden torjuntaan liittyvä osaaminen varmistetaan tekemällä yhteistyötä hygieniahoitajan kanssa. Röntgenin hygieniavastaava osallistuu vastuuhoitajien tapaamisiin säännöllisesti ja tätä kautta yksikköömme saadaan tietoa ajankohtaisista hygienia-asioista.

Röntgenin henkilökunta suorittaa verkkokoulutuksena Infektioiden torjunta (Oppiportti) ja Tavanomaiset varotoimet infektioiden torjunnassa (Oppiportti) -koulutukset. Uudet työntekijät perehdytetään infektioidentorjuntakäytäntöihin verkkokoulutusten lisäksi intrasta löytyvien infektiontorjuntaohjeiden avulla.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

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

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

Tartuntavaarallisen jätteen ja pyykin käsittelyssä noudatetaan röntgenissä Siun soten ohjeistusta.

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

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Tieto eristystoimista ei saavuta röntgeniä	Tieto lähetteeseen	Siun soten infektiotorjuntaohjeet

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Röntgenin toiminta ja ohjeet pohjautuvat tutkittuun tietoon. Tutkimusten vastuulääkäri ohjaa tutkimusprotokollien valintaa ja ohjeiden laadintaa. Yksikön potilas- ja toimintaohjeet sekä ohjeet lähettäville yksiköille on tallennettuna intran tiedostopankkiin Siun soten mallipohjien mukaisesti, jolloin ne ovat teknisesti saavutettavia koko henkilöstölle. Ohjeiden hyväksyjänä on röntgenin ylilääkäri. Intran tiedostopankin ohjeille on määritelty vastuuhenkilö, jolle ohjelma lähettää automaattisesti sähköpostiin tiedon vanhenevista ohjeista. Yleisperehdytyksessä tutustutaan tiedostopankin ja yksikön Teams-kansioiden käyttöön. Työpisteperehdytyksessä opetellaan käyttämään työpisteeseen liittyviä ohjeita. Röntgenin potilasohjeet on laadittu mahdollisimman selkeiksi ja osa ohjeista muokataan kevään 2025 aikana selkokielisiksi. Potilasohjeita myös päivitetään niistä saatujen asiakaspalautteiden perusteella.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Ohjeiden päivittäminen	Vastuuhenkilöiden työajan resursoiminen	Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Röntgen toimii yhteistyössä Siun soten sisäisten toimijoiden (esim. turvallisuusyksikkö, sairaala-apteekki, tietosuojavastaava, pelastuslaitos) sekä yksikön ulkopuolisten toimijoiden (esim. Säteilyturvakeskus (STUK), Fimea, THL) kanssa asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Yhteistyötahojen kautta voimme saada röntgeniin asiantuntija-apua mm. koulutuksiin, ennakointiin tai ongelmatilanteisiin liittyen. Yhteistyön toteutumista seurataan saadun palautteen perusteella ja niiden mukaisesti tehdään tarvittavia toimia yhteistyön parantamiseksi. Röntgenissä noudatetaan Siun sotessa laadittuja asiakas- ja potilasturvallisuus ohjeistuksia. Ohjeistukset ovat löydettävissä työntekijöiden käytössä olevasta sisäisestä viestintäkanavasta intrasta. Röntgenin työntekijät suorittavat säännöllisesti Siun soten määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Röntgenissä on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys eri toimipaikkoihin yhteistyössä turvallisuusyksikön kanssa. Suunnitelmasta vastaavat röntgenin turvallisuusvastaava yhdessä osatonhoitajan kanssa. Poistumisturvallisuusselvitystä Tikkamäen röntgenin osalta päivitetään uusien tilojen valmistumisen mukaisesti. Yksikössämme on toimintaohjeet esim. sähkö- tai tietoliikennehäiriötilanteisiin. Nämä ohjeet löytyvät intran tiedostopankista. Poikkeusoloihin varautumiseen liittyen Siun sotessa järjestetään erilaisia harjoituksia. Siun Sotella on toimintaohjeita myös erilaisten turvallisuusuhkien varalle ja näiden ohjeiden mukaan toimitaan myös röntgenissä. Röntgenissä yksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaavat esihenkilöt, jotka myös vastaavat valmius- ja jatkuvuudenhallinnan suunnitelman laadinnasta, joka päivitetään vuonna 2025. Magneettiturvallisuuteen liittyen magneettivastuuhoitaja yhdessä fyysikon kanssa on laatinut syksyllä 2024 pelastuslaitokselle ohjeistuksen miten toimitaan, jos magneetissa syttyy tulipalo. Röntgenin henkilökunta ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuussuunnitelmaan yleisperehdytyksessä röntgenin turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikön henkilökunta osallistuu säännöllisesti organisaation järjestämään paloturvallisuutta taidolla -opintokokonaisuuteen. Siun soten suuronnettomuussuunnitelmassa on kuvattu röntgenin toiminta ja tehtävät ko. tilanteissa. Röntgenin henkilökunnalle on myös laadittu toimintakortit suuronnettomuustilanteisiin. Häiriö- ja poikkeustilanteisiin liittyviä ohjeita päivitetään ja sisältöjä kerrataan säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	**Hallintakeino**	**Toimintaohje/määräys**
Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius	Ohjeiden säännöllinen kertaus	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. • Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 50 § • Valmiuslaki (1552/2011) 12 §

		• Pelastuslaki (379/2011) 15 § Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. • Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje • Tarkastuslista varautuminen sähkökatko • Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinnälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma

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.

Riskien arviointi tapahtuu vuosittain Laatuportti-järjestelmän riskienhallinta-työkalun avulla. Uusille työntekijöille perehdytetään riskienhallintaan liittyvät asiat esihenkilön antamassa yleisperehdytyksessä sekä työpistekohtaisessa perehdytyksessä. Tilojen suunnittelussa on huomioitu niiden soveltuvuus henkilöstön työskentelyyn ja laitteiden käyttöön (esim. säteilysuojelu). Röntgenissä käytössä olevista kemikaaleista pidetään yllä kemikaaliluetteloa, josta löytyy kemikaalien tuoteselosteet ja käyttöohjeet sekä käyttöturvallisuustiedotteet. Tilojen terveysturvallisuudesta huolehditaan yhteistyössä kiinteistöhuollon, lääkintälaitehuollon, turvallisuusyksikön ja laitetoimittajien kanssa. Röntgenissä seurataan käyttöveden laatua aistinvaraisesti. Terveydensuojeluun liittyvistä riskeistä, vaara- ja poikkeamatilanteista ja epäkohdista ilmoitetaan tilanteen mukaan esim. kiinteistöyksikköön, lääkintälaitehuoltoon, työsuojeluun tai työterveyshuoltoon.

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.

Ennen tutkimuksen tai toimenpiteen aloittamista asiakas/potilas tunnistetaan tarkastamalla henkilötunnus. Asiakas/potilas kertoo tunnuksen suullisesti tai se tarkistetaan potilasrannekkeesta tai muusta luotettavasta asiapaperista (esim. Kela-kortti). Tutkimusta ei tehdä, jos potilasta ei voida tunnistaa. Tunnisteen puuttumisesta tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään. Röntgenissä jokaisen asiakkaan/potilaan tiedot rekisteröidään kuvauslaitteelle, jotta kuvat ja lausunnot kirjautuvat oikean röntgenlähetteen alle eli jokainen asiakas/potilas tulee tunnistaa ennen kuin hänet voidaan kuvata. Röntgenin henkilöstö suorittaa Potilaan tunnistaminen -verkkokurssin (Potilasturvaportti) ja tutustuu Siun soten työohjeeseen potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineiden käyttö perehdytyksen aikana. Lisäksi henkilökunnalle kerrataan säännöllisesti ohje liittyen siihen, että jokaisen asiakkaan/potilaan henkilöturvatunnus tarkistetaan aina suoraan kuvauslaitteelta, jotta oikealle asiakkaalle/potilaalle tehdään oikea tutkimus oikealla laitteella ja oikealla tutkimusprotokollalla.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Muistisairas ilman luotettavaa tunnistetta	Tunnistusranneke tai saattajalla henkilötunnus (esim. Kela-kortti)	Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ja_tunnistevalineiden_kaytto.docx
Työskentelyn aikataulupaine-> kiire	Ohjeistukset, perehdytykset, koulutukset henkilökunnalle tunnistamiseen liittyen.	Siunsote_RAD_TYOOHJE_Potilaan_kohtelu_tunnistaminen_itsemääräämisoikeus_oikeusturva Siunsote_TSHP_TYOOHJE_Potilaan_tunnistaminen_ja_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.

Siun sotessa on laadittu selkeät ohjeistukset siitä, milloin kyseessä on hätätilapotilas ja kuinka hätätilassa tulee toimia (MET-ohjeistus). Nämä ohjeistukset löytyvät jokaisesta tutkimushuoneesta. Henkilökunta osallistuu kerran vuodessa hätätilapotilaan tunnistus ja elvytys taso 4 koulutukseen. Koulutukseen kuuluu teoriaopinnot sekä käytännön harjoittelu. Röntgenissä seurataan hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistamisen toteutumista asiaan liittyvien palautteiden perusteella. Jos palautteiden perusteella ilmenee uhka, ettei hätätilapotilaan ja -asiakkaan tunnistaminen toteudu yksikössä suunnitellusti, järjestetään henkilöstölle lisää koulutusta asiaan liittyen.

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

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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Röntgenin keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat erikois- ja perusterveydenhuollon yksiköt, ikääntyneiden palveluyksiköt, perhe- ja sosiaalipalveluiden yksiköt, yksityiset palvelun tarjoajat sekä asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa. Siun soten tilannekeskukseen röntgenistä informoidaan toimintojen tilapäisistä supistuksista tai suluista ja tilannekeskus jakaa tiedon sitä tarvitseville tahoille.

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

Jos tutkimuksen aikana potilaan tilassa tapahtuu muutos, tästä ollaan yhteydessä lähettävään yksikköön puhelimitse. Jos röntgenissä herää huoli asiakkaan/potilaan hyvinvoinnista, ollaan tilanteen mukaan joko yhteydessä asiakasta/potilasta hoitavaan yksikköön tai tehdään hänestä huoli-ilmoitus.

Röntgentutkimusten lausunnot näkyvät sähköisesti lähettävissä yksiköissä sekä kirjautuvat Kanta-arkistoon, jota kautta mm. toisilla hyvinvointialueilla on mahdollisuus nähdä ne. Myös röntgenkuvat arkistoituvat sähköiseen kuva-aineistojen arkistoon, josta muut terveydenhuollon yksiköt pääsevät ne näkemään.

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.4 Kivunhoito

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Kivunhoito	Yhteistyö lähettävien yksiköiden kanssa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. • Terveydenhuoltolaki (1326/2010) • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) • Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Röntgenin kulkureitit pidetään vapaina ja hyvin valaistuina, jottei kaatumisia ja liukastumisia tapahtuisi. Ennen röntgentutkimuksen suorittamista tutustumme potilaan lähetteeseen ja arvioimme sen perusteella apuvälineiden tarvetta. Siirtotilanteisiin varaamme riittävästi henkilökuntaa ja käytämme potilassiirroissa esim. liukulevyjä. Tarvittaessa voimme lainata käyttöömme potilasnosturia. Asiakkaiden/potilaiden kaatumiset ja putoamiset kirjataan Laatuporttiin sekä Mediatriin. Varsinaista kaatumisriskien arviointia ei röntgenissä tehdä, sillä röntgen on tutkimusyksikkö. Jos kaatumisia/putoamisia röntgenissä tapahtuu, selvitetään niihin johtaneet syyt ja pyritään kehittämään toimintaa niin, että tapahtuma ei pääse toistumaan.

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

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

		Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa.

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Ei

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

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa.

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa.

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

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Yleensä monisairaat ympärivuorokautisen avun varassa olevat ikääntyneet asiakkaat/potilaat tulevat saattajan kanssa röntgentutkimuksiin. Tutkimustilanne pyritään rauhoittamaan ja tarvittaessa kommunikoidaan saattajan välityksellä. Tarvittaessa konsultoidaan myös esim. MET-ryhmää. Röntgenissä potilaskontaktit ovat pääsääntöisesti lyhyitä, joten asiakkaan/potilaan akuuttia sekavuustilaa voi olla vaikea tunnistaa. Potilaan kokonaistilan arvioi tutkimukseen lähettävä/hoitava yksikkö. Jos henkilökunnalle herää huoli asiakkaasta/potilaasta, olemme yhteydessä hoitavaan yksikköön.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.10 Elintapaohjaus

Terveydenhuoltolaki (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.

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.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa.

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.

Ei koske palveluyksikkömme toimintaa, mutta 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.

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

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

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.

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

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

10.12 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.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.13 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 vaikkei 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 soitamme 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 kehittämisaikataulu
Digitaalinen laitepassi	Otetaan käyttöön yksikössämme, kun asiaan on saatu organisaation ohjeistus	Vuoden 2025 aikana
Maakunnan röntgeneiden riskienarviointi	Tehdään riskienarviointi	Kevät 2025
Asiakkaan /potilaan informointi vaaratapahtuman yhteydessä	Käydään henkilöstön kanssa läpi lainsäädäntö ja organisaation ohjeistus	Kerrataan kevät 2025

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

Röntgenin omavalvontasuunnitelma päivitetään kerran vuodessa maaliskuun loppuun mennessä ylilääkärin, osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajien toimesta. Omavalvonnan eri osa-alueiden seurantaa toteutetaan hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatilanneraportointitietoa, muistutus, kantelu ja potilasvahinko raporteista saatavaa tietoa sekä asiakas-/potilaspalautteita.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	3.4.2025

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatut internetosoitteet

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026:
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6 (linkki)

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman mallipohja:
https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/omavalvontasuunnitelman-mallipohja/ (linkki)

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelma:
https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_SUUNNITELMA_Asiakas-ja_potilasturvallisuus_seka_laadunhallinta.pdf/be1e4633-89d9-3c7c-c8c1-014bf65c2408

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

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) 679/2016:
https://eur-lex.europa.eu/FI/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjs9Jf_gomBAxVTExAIHaKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-0fwykI2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjPq-GO8oiBAxW8GRAIHWKuBXIQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1992%2F19920785&usg=AOvVaw1hP7DQ8szAeHVsNh60mxPn&opi=89978449 (linkki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023
https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivnNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Falkup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449 (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiTqtTG9I

iBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

Lääkehoitosuunnitelmat (linkki Siun soten intran tiedostopankkiin, avautuu vain Siun soten sisäisessä verkossa): https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Dbeb1%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_Omavalvontaohjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367 (linkki)

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%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=2ahUKEwiCjLyq8oiBAxVKJxAIHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449 (linkki)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSqK_x8YiBAxWQKhAIHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveydensuojelulaki (763/1994):
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBAxVmAxAIHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Tietosuojalaki 1050/2018:
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050

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)

Valviran määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä:
https://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/normi/562001/50504 (linkki)

Viestit – Suomi.fi:
https://www.suomi.fi/viestit (linkki