

Terveysthuollon omavalvontasuunnitelma

Patologia

Laatija(t)	Niina Issakainen, osastonhoitaja
	Risto Pirinen, ylilääkäri
Tarkastaja	Satu Rantala, kuvantamiskeskus palvelupäällikkö, ylihoitaja
Hyväksyjä	Satu Rantala, kuvantamiskeskus palvelupäällikkö, ylihoitaja
Pvm.	18.03.2025

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	11
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	12
5.4	Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely.....	13
5.5	Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen	14
5.6	Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	14
5.7	Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta	15
6	Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen	15
6.1	Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi	16
6.2	Palveluun tai hoitoon pääsy.....	16
6.3	Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
6.4	Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva	17
6.4.1	Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen.....	17
6.4.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	17
6.4.3	Asiakkaan/potilaan kohtelu	18
6.4.4	Asiakkaan/potilaan oikeusturva	18
6.5	Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen	19

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	19
6.5.2	Asiakasviestintä	20
7	Henkilöstö	20
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	20
7.2	Rekrytointi	21
7.3	Perehdytys	22
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	23
7.5	Johtamisosaaminen.....	23
7.6	Työhyvinvointi	24
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	25
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	26
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	26
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	28
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	29
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	29
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	30
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	31
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	33
9.5	Infektioiden torjunta	33
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	33
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	34
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	35
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	35
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	35
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	36
9.7.3	Terveydensuojelu	37
10	Palvelun sisällön omavalvonta	38
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	38
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	39

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	39
10.4	Kivunhoito	40
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	40
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	41
10.7	Painehaavojen ehkäisy	41
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	42
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	42
10.10	Elintapaohjaus	43
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	44
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	44
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	44
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	44
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	44
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	45
10.12	Itsemurhien ehkäisy	45
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	46
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	46
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	46
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	48
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	48
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	49
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	50

1 Johdanto

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

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

2 Palveluyksikköä koskevat tiedot

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

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Niina Issakainen, Osastonhoitaja niina.issakainen@siunsote.fi p. 013 330 3514 Risto Pirinen, Ylilääkäri risto.pirinen@siunsote.fi p. 013 330 371
Palvelupäällikkö	Satu Rantala satu.m.rantala@siunsote.fi p. 013 330 3131
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi , 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

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

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

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

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

Patologian yksikkö on osa kuvantamiskeskusta. Yksikköön kuuluvat sekä patologian laboratorio että obduktio.

Patologian yksikön toimintaa johtaa ylilääkäri. Ylilääkärillä on yksikön lääketieteellinen hallinnollinen vastuu. Patologian osastonhoitajalla on yksikön hoitotieteellinen hallinnollinen vastuu. Ylilääkäri toimii yksikön lääkäreiden ja sairaalasolubiologin lähiesihenkilönä. Osastonhoitaja toimii hoitohenkilökunnan lähiesihenkilönä.

Lähiesihenkilöt vastaavat asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä toiminnan laadun toteuttamisesta ja kehittämisestä. He varmistavat, että toimintaan liittyvät asiakas- ja potilasturvallisuusriskit on tunnistettu ja suunnittelevat tarvittavat toimenpiteet riskien pienentämiseksi tai poistamiseksi. Lähiesihenkilöt varmistavat, että yksikön turvallisuusohjeet ja omavalvontasuunnitelma ovat ajan tasalla ja että niitä noudatetaan. He huolehtivat, että turvallisuus- ja laatuasioita käsitellään säännöllisesti yksikköpalaverissa. He vastaavat, että patologian työntekijöillä on patologiassa työskentelyyn vaadittava osaaminen ja luvat sekä vastaa perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksen toteutumisesta. Lähiesihenkilöt kannustavat työntekijöitään tuomaan esille poikkeamat, turvallisuushavainnot ja kehittämis ehdotukset sekä seuraavat niitä aktiivisesti. He myös huolehtivat, että ilmoitukset käsitellään yksikössä moniammatillisesti ja että poikkeamien avulla kehitetään toimintaa. He myös vastaavat tiloista, laitteista ja tarvikkeista yksikössään.

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. Listausta palveluyksikön osto- ja palvelusetelipalveluista ja ostopalvelujen tuottajista.

Palvelu	Palveluntuottaja
Radiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, isotooppilääketieteen ja patologian erikoisaloilla ostopalveluna lausuntopalveluja	Useita eri palveluntuottajia
Radiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, isotooppilääketieteen ja patologian erikoisaloilla ostopalveluna lääkäri työvoimaa 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 Sopimusyksiköstämme.

Patologia voi hankkia näytteiden valmistus-, tutkimus-, ja konsultaatiopalveluita alihankintalaboratorioilta. Yleisimmät ostopalvelutarpeet ovat diagnostisesti haastavien näytteiden konsultaatiopalvelut, näytteiden tutkiminen ruuhkanpurkuna ja harvemmin käytettävät erikoistutkimukset. Patologia voi myös hankkia tarvittaessa myös lääkäriä työvoimaa paikan päällä tapahtuviin palveluihin, jolloin työntekijälle annetaan perehdytys työtehtäviin.

Ostopalvelusopimuksissa on määriteltyjen ehtojen täyttymistä seurataan lähettäviltä yksiköiltä ja omalta henkilökunnalta saadun palautteen perusteella ja seuraamalla ostopalvelulausuntojen vastausaikoja. Ilmoitettuja vaaratapahtumia ja poikkeamia seurataan. Lausuntojen laatua seurataan uusintatarkastusten avulla. Ostopalveluna näytteiden tutkimispalvelua tuottavan palveluntuottajan kanssa pidetään säännöllinen palaveri kaksi kertaa vuodessa, joissa toiminnan laatua arvioidaan ja tehdään tarvittavia korjaus- tai kehittämistoimenpiteitä. Havaituista puutteista tai virheistä reklamoidaan välittömästi palveluntuottajalle ja reklamaatiot kirjataan ylös.

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).

Kuvantamiskeskus tuottaa terveydenhuoltolain mukaisia terveydenhuollon palveluja kolmessa eri yksikössä; kliininen fysiologia ja kliininen neurofysiologia, röntgen ja patologia. Palvelut tuotetaan Pohjois-Karjalan

hyvinvointialueella erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalihuollon ja yksityisen puolen potilaille. Toimimme moniammatillisessa yhteistyössä tutkimuksiin lähettävien potilasta hoitavien yksiköiden kanssa tavoitteenamme tuottaa potilastutkimusprosessin mukainen laadukas tutkimus, joka antaa potilasta hoitavalle taholle mahdollisimman suuren päätöksenteontuen potilaan hoidossa. Pyrimme toimimaan aina asiakkaan parhaaksi ja kehittämään avarakatseisesti niin toimintakulttuuriamme, ammattitaitoamme kuin palveluitammekin palvelujen kysynnän aiheuttamien tarpeiden mukaisesti. Palvelumme ovat potilaalle/asiakkaalle läsnäpalvelua.

Patologian yksikkö tarjoaa kliinisen patologian palveluita osallistumalla diagnostiikkaan tutkimalla histologisia ja sytologisia näytteitä sekä tekemällä lääketieteellisiä ruumiinavauksia ja tarjoamalla vainajansäilytyspalvelua. Yksikkö antaa myös patologian tutkimuksiin liittyvää neuvontaa ja osallistuu patologian ja soveltuvien osien muiden alojen tutkimus-, kehitys- ja koulutustoimintaan. Patologia tutkii potilaasta otetut solu- ja kudospäätteet eivätkä potilaat/asiakkaat asioi patologian yksikössä.

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

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen yhteiset arvot ovat asiakaslähtöisyys, avarakatseisuus, turvallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus.

Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on asiakkaiden tarpeita vastaavat patologian palvelut. Asiakastytyväisyyttä seurataan lähettävillä yksiköillä tehtävän säännöllisen asiakastytyväisyyskyselyn ja asiakaspalautteiden perusteella. Tulokset arvioidaan ja toimintatapoja kehitetään vastaamaan asiakkaiden ja toimintaympäristön tarpeita.

Kehitämme toimintaamme avoimin mielin ja toimintaympäristömme on moniammatillinen.

Potilas- tai tietoturvallisuudesta huolehditaan Siun soten tietosuoja- ja tietoturvapoliittikan mukaisesti. Henkilökunnan osaamista ylläpidetään ja työturvallisuudesta sekä työhyvinvoinnista huolehditaan. Yksikön toiminta pyritään turvaamaan varautumalla poikkeustilanteisiin.

Kaikkia näytteitä käsitellään samanarvoisesti huomioiden näytteiden ainutlaatuisuus. Näytteiden kiireellisyyden priorisointi perustuu lääketieteelliseen tarpeeseen. Kaikkia työyhteisön jäseniä kohdellaan yhdenvertaisesti ja tasa-arvoisesti.

Jokainen työntekijä vastaa omalla toiminnallaan palvelujen kokonaisuudesta ja sitoutuu työskentelemään huolellisesti sekä yhteisten toimintatapojen mukaisesti. Toiminnassa huomioidaan myös taloudellinen vastuu ja ympäristövastuu.

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Patologian omavalvontasuunnitelman laatimisesta vastaavat osastonhoitaja ja ylilääkäri.

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Omavalvontasuunnitelman pohjana käytetään organisaation omavalvontasuunnitelmapohjaa. Osastonhoitaja ja ylilääkäri laativat yksikön omavalvontasuunnitelman luonnoksen. Patologian henkilökunta tutustuu luonnokseen oman työnsä asiantuntijana ja suunnitelmaa muokataan yhdessä. Lähettävät yksiköt voivat antaa

palautetta julkisesti esillä olevasta suunnitelmasta ja suunnitelmaa voidaan kehittää annetun palautteen perusteella.

4.3 Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Palveluysikkökohtainen 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) palveluysikössä ilman erillistä pyyntöä.

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

Omavalvontasuunnitelman tulostettu versio on yksikön neuvotteluhuoneessa.

5 Omavalvonnan toimeenpano - riskienhallinta

Riskien tunnistaminen on palveluysikkökohtaisen 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 palveluysikkö 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.

Patologian ylilääkäri ja laatutyöryhmä vastaavat riskien tunnistamisesta ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelemisesta, joilla riskejä pienennetään tai poistetaan.

Jokainen työntekijä vastaa asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisesta omassa työssään. Työntekijän tulee tuntea ja tiedostaa patologian toimintaan liittyvät riskit ja huomioida ne käytännön työssä. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus myös ilmoittaa havaittu vaaratilanne/poikkeama yksikön ohjeiden mukaisesti.

Työntekijän tulee myös itse reagoida havaitsemiinsa turvallisuusuhkiin (välittömät toimet tilanteessa) ja pyrkiä niitä poistamaan tai lieventämään tästä aiheutuvia seurauksia.

Riskejä kerätään ja tarkastellaan jokapäiväisessä toiminnassa havaittujen riskien, poikkeamien ja vaaratapahtumailmoitusten avulla. Riskejä katselmoidaan auditointien, toiminta- ja taloussuunnittelun, johdon katselmusten ja osastotuntien yhteydessä.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

Patologian yksikön sisäinen riskienarviointi tapahtuu vuosittain Laatuportin avulla. Työhön liittyviä riskejä ovat henkinen kuormittuminen, tapaturmat, ergonomia/tuki- ja liikuntaelinten kuormitustekijät, fysikaaliset vaaratekijät, kemialliset ja biologiset altisteet. Tukea antavat turvallisuuspäällikkö, työsuojeluvaltuutetut ja työterveyspalvelut. Yksikön tiloissa tehdään työterveyshuollon ja työsuojelun työpaikkakäynnit säännöllisesti. Patologialla tehdään vuosittain moniammatillinen turvallisuuskierro vuosittain organisaation valitsemien erilaisten turvallisuusteemojen mukaisesti.

Patologian yksikkö on arvioinut ennakoiden patologian prosesseihin liittyvät työpistekohtaiset riskit ja tunnistanut kriittiset työvaiheet sekä laatinut toimenpiteet riskien pienentämiseksi tai poistamiseksi. Riskejä arvioidaan myös uusien menetelmien käyttöönoton sekä työpistekohtaisten sisäisten auditointien yhteydessä.

Riskejä tunnistetaan myös jo tapahtuneisiin tapahtumiin liittyen patologian tietojärjestelmään tehtyjen näytetapahtumailmoitusten ja Laatuporttiin tehtyjen vaaratilanneilmoitusten (PaTu) avulla.

Riskien tunnistamisessa voidaan hyödyntää myös muiden rekistereiden tuottamaa aineistoa, kuten saapuneita asiakaspalautteita, reklamaatioita, korvattuja potilasvahinkoja sekä tehtyjä tietoturvailmoituksia. Lisäksi voidaan hyödyntää asiantuntijoiden arvioita.

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).

Patologian kaikki työntekijät ovat velvollisia tekemään ilmoituksen omassa tai toisessa yksikössä tapahtuneista vaara- tai poikkeamatilanteista Laatuportti-järjestelmään. Muut yksiköt voivat tehdä ilmoituksen samalla tavalla patologian toimintaan liittyvistä vaara- tai poikkeamatilanteista.

Kaikki patologian näytteiden prosesseihin liittyvät poikkeamat ja muut tapahtumat kirjataan näytekohtaisiksi näytetapahtumiksi patologian tietojärjestelmään. Laatuportti-järjestelmään luokitelluista näytetapahtumista tehdään ilmoitus Laatuportti-järjestelmään.

Laatuportti-ilmoitusten määrää seurataan kaksi kertaa vuodessa ja laboratorion tietojärjestelmään tehtyjä näytetapahtumia kerran kuukaudessa. Henkilökuntaa kannustetaan ilmoitusten tekemiseen ja ilmoitusten tekemisen tärkeyttä korostetaan. Työohjeisiin on kirjattu esimerkkejä tilanteista, joista on tehtävä poikkeamailmoitus ja ilmoitusten tekeminen käydään läpi myös perehdytyksessä.

Myös Epäkohta tai epäkohdan uhka -ilmoituksen teko on työntekijän velvollisuus. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan tai potilaan epäasiallista kohtaamista, kaltoin kohtelua, toimintakulttuuriin sisältyviä asiakkaalle tai potilaalle vahingollisia toimia, puutteita asiakkaan tai potilaan aseman ja oikeuksien toteuttamisessa tai muuta lainvastaista toimintaa. Epäkohta voi olla myös asiakas- ja potilasturvallisuudessa ilmenevä puute, johon ei ole omavalvonnallisesti yksikössä puututtu tai reagoitu. Ilmoitukset kirjataan Laatuporttiin (Epäkohta tai epäkohdan uhka –ilmoituslomake). Suullisesti tai muiden kanavien (mm. sähköposti) kautta tietoon tulleet epäkohdat kirjataan tiedon vastaanottaneen tahon toimesta Laatuporttiin. Yksikön esihenkilöllä on velvollisuus ottaa ilmoitus heti käsittelyyn ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin. Lisäksi ilmoituksesta menee tieto valvontapäällikölle, potilasturvallisuuspäällikölle, jotka tarvittaessa ohjaavat ilmoitukset vastuualueen palvelupäällikölle ja palvelujohtajalle.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Laatuporttiin kirjatusta ilmoituksesta tulee sähköpostiviesti yksikön lähiesihenkilöille. Ilmoitusten käsittely pyritään aloittamaan mahdollisimman pian ja ilmoituksen vastaanottaja organisoii asian käsittelyn 14 vrk kuluessa sen tahon kanssa, jota asia koskee. Ilmoituksen käsittelyn vaiheet kirjataan Laatuporttiin. Ilmoitukset käsitellään myös yksikön viikoittaisilla osastotunneilla, ja tapahtuma ja sen juurisyyt käydään läpi ja päätetään tarvittavat toimenpiteet yhdessä. Vaaratilanteen tai poikkeaman aiheuttaman riskin suuruus arvioidaan Laatuportin ohjeiden mukaisesti perustuen vaaratapahtuman todennäköisyyteen sekä vaaran vakavuuteen.

Ilmoitusten käsittelyaika riippuu tapahtuman luonteesta ja laajuudesta. Ilmoitusten käsittelyn määräaikaisten toteutumista seurataan puolivuositain. Ilmoituksen käsittely ja dokumentointi tallentuu Laatuporttiin.

Laatuportissa ilmoituksia voidaan käsitellä myös myöhemmin ja erilaisia raportteja voidaan tehdä esim. eri tapahtumatyypeistä. Ilmoituksen tekijä saa Laatuportin kautta tiedon tapahtuman käsittelystä.

Näytetapahtumat käydään kootusti läpi kuukausittain yksikön näytetapahtumakokouksessa ja käsittely dokumentoidaan. Poikkeamien käsittelystä vastaa yleensä osastonhoitaja ja hän tai ylilääkäri ottavat tarvittaessa yhteyttä myös sidosryhmiin.

Viikoittaisten osastotuntien pohjalta toteutuneet toimenpiteet käsitellään vuosittain osastokokouksessa ja johdon katselmuksessa, joissa arvioidaan myös toimenpiteiden vaikuttavuus.

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.

Näytetapahtumien ja vaara- tai poikkeamatilanteiden käsittelyssä tehdään juurisyyanalyysi. Analyysin perusteella määritetään toimenpiteet, joiden avulla tilanteen toistuminen voidaan estää.

Ilmoitusten käsittelyn yhteydessä käsittelijä kirjaa yhdessä suunnitellut ja sovitut kehittämistoimenpiteet sekä asiasta vastaavat henkilöt ja toteutusaikataulun. Toimenpiteiden toteuttaminen koskee jokaista työntekijää, mutta asiaa organisoii ja aikataulusta vastaa vastuuhenkilöksi nimetty henkilö esihenkilön tukemana. Seuranta ja toteuma kirjataan Laatuporttiin. Kehittämistoimenpiteiden aikataulu vaihtelee sovitun toimenpiteen mukaan.

Toteutettujen kehittämistoimenpiteiden arviointia tehdään yksikön sisäisissä kokouksissa keskustellen sekä seuraamalla Laatuportin vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia sekä näytetapahtumia. Kehittämistoimenpiteitä arvioidaan vuosittain myös osastokokouksessa ja johdon katselmuksessa.

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

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

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Patologian riskienarvio näyteprosessien osalta on kesken	Tehdään työpistekohtaiset riskinarviot ja päivitetään riskinarviot sekä riskienhallintatoimenpiteet työpisteiden kuvauksiin	ISO 15189:2022 -standardi
Esihenkilöt eivät näe omasta yksiköstä muihin yksiköihin kohdistettuja Patu ilmoituksia -> Ilmoitusten tekemistä ja määrä ei pystytä valvomaan	Muutos Laatuportti-ohjelmaan	
Näytetapahtumien ja poikkeamien kirjaamisen ohjeet ovat tekemättä	Tehdään kirjalliset ohjeet valmiiksi	
Korjaavien toimenpiteiden toteutuminen saattaa jäädä kirjaamatta, vaikka ne olisi tehty	Tehostetaan korjaavien toimenpiteiden toteutumisen kirjaamisen seurantaa osastotuntimuistioissa	

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

Yksiköissämme tehtäviin potilastutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan tahon tekemä lähete. Tutkimukseen lähettävä lääkäri 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. Tutkimusläheteitä 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. Toteutumista 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.

Patologian yksikössä tehtäviin tutkimuksiin vaaditaan aina potilasta hoitavan yksikön tekemä lähete. Lähettävä lääkäri arvioi tutkimuksen tarpeellisuuden. Lähettävä lääkäri määrittelee myös tutkimuksen kiireellisyyden lääketieteelliseen tarpeeseen perustuen. Patologian yksikkö ei ole suorassa kontaktissa potilaisiin eikä osallistu suoraan palvelutarpeen arviointiin tai sen seurantaan.

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

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

Patologian tutkimusten saatavuutta seurataan tutkimusaikatavoitemittareiden avulla. Mittareita seurataan sekä viikoittain että kuukausittain. Tulokset käydään läpi yksikön yhteisissä kokouksissa. Patologian vastausaikatilastot ovat näkyvissä Siun soten intrassa.

Patologian yksikkö on määrittänyt, että 80 % ei-kiireellisistä histologian tutkimuksista on vastattuna seitsemässä työpäivässä. Vastaava tavoite sytologian tutkimuksissa on kolme työpäivää. Kiireellisissä näytteissä vastaava tavoite on 1-3 työpäivää. Mikäli tutkimusaikatavoitteet eivät täyty, pyritään tavoitteisiin esimerkiksi työjärjestelyjen tai ostopalvelujen avulla.

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Patologian yksikkö toimii osana potilaan hoitoprosessia eikä tutkimusyksikkönä vastaa potilaan terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelmasta.

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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 terveystenpalveluita toteutettaessa.

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin.

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

Patologian yksikköä koskevat muistutukset, kantelut ja potilasvahingot osoitetaan tiedoksi yksikön ylilääkärille ja kuvantamiskeskuksen palvelupäällikölle, jotka käsittelevät tapaukset organisaation ohjeiden mukaisesti.

Muistutukset, kantelut ja reklamaatiot sekä asiakaspalautteet käsitellään yksikössä lain säätelemällä tavalla. Huomioitavaa on, että esimerkiksi muistutukset ja kantelut ovat salassa pidettäviä asioita eikä tapausten käsittelyssä ja juurisyyanalyysissä tuoda esille salassa pidettäviä tietoja. Muistutuksia, kanteluita ja reklamaatiota seurataan vuosittain johdon katselmuksessa.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

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

Ohjeet muistutuksen tekoon löytyvät Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Tyytymättömyys palveluun tai hoitoon - suunsote.fi](https://www.suunsote.fi) (linkki). Muistutuksen voi tehdä sähköisesti [Miunpalvelut](https://www.miunpalvelut.fi) (linkki)- verkkopalvelun kautta tai paperilomakkeella. Lomake löytyy Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen verkkosivuilta ja

sen voi saada myös sosiaali- ja potilasasiavastaavalta kotiin postitettuna. Vastaus muistutukseen pyritään antamaan aina viimeistään 4 viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta.

Lomake lähetetään Siun soten kirjaamoon:

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Siun sote

Kirjaamo

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 330 8285

Puhelinpalvelu avoinna ti, ke ja to klo 10–14.30

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@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

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

6.5 Asiakkaan/potilaan sekä heidän läheisten osallistaminen

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

6.5.1 Säännöllisesti kerättävä palaute

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

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

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstöresurssin (lääkäri- ja laboratoriohoitajaresurssi) vajeesta johtuva mahdollinen tutkimusten ruuhkautuminen	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimmiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen	Siun soten työkyvyn tuen toimintamallit
Toimivan ja tarvittavan laitekannan varmistaminen kiristyneessä taloustilanteessa	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laitteiden elinkaari ja realistiset hinta-arviot	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

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

Patologian laboratoriossa on 13 laboratoriohoitajan toimea, joissa työskentelee 14 laboratoriohoitajaa. Lisäksi yksikön hoitohenkilökuntaan kuuluvat kaksi obduktiopreparaattoria sekä osastonhoitaja. Laboratoriossa ei

käytetä vuokratyövoimaa. Pidempien poissaolojen ajaksi on mahdollista palkata sijaisia. Obduktiossa voidaan käyttää tarvittaessa vuokratyövoimaa tai sijaisia.

Yksikössä työskentelee kolme erikoislääkärä, yksi erikoistuva lääkäri sekä yksi sairaalasolubiologi.

Laitoshuoltajia yksikössä on kaksi ja osastonsihteereitä kaksi.

Henkilöstöresurssin riittävyys varmistetaan poissaolojen seuraamisella, aktiivisella rekrytoinnilla sekä positiivisen työnantajakuvaan ylläpitämisellä. Rekrytoinnissa huomioidaan, että työntekijällä on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 5§:n mukainen laillistus tai lupa toimia kyseisessä tehtävässä. Jos laboratoriohoitajan sijaisuuteen on palkattu opiskelija, niin hänellä tulee olla suoritettuna vähintään 2/3, eli 140 op bioanalyytikon tutkinnosta. Opiskelijana työssä olevalle nimetään kirjallisesti ohjaaja, jonka tulee seurata, ohjata ja valvoa opiskelijan toimintaa ja puuttua välittömästi siinä mahdollisesti ilmeneviin epäkohtiin sekä keskeytettävä toiminta, jos potilas- tai asiakasturvallisuus voi vaarantua.

Yksikkö toimii virka-aikana yhdessä vuorossa. Hoitajien työvuorosuunnittelu tehdään osastonhoitajan toimesta kolmen viikon jaksoissa jaksotyöajan mukaisesti Numeron-järjestelmään osaamisperusteisesti. Laboratorion hoitohenkilökunnalla on viikon työkierto.

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

7.2 Rekrytointi

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

Rekrytointi aloitetaan rekrytointihakemuksen laadinnalla. Hakemuksessa kuvataan tarkoin mihin tehtävään henkilöä haetaan ja millaiset osaamis- ja koulutusvaatimukset tehtävään valitulta vaaditaan. Yksikön toiminnan luonteen vuoksi yksikössä työskentelee vain laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Poikkeuksena bioanalytiikan tai lääketieteen opiskelijat, joita on mahdollista rekrytoida määräaikaisesti rajoitettuihin työtehtäviin.

Jokaiselle yksikköön töihin tulevalle henkilölle pidetään työhaastattelu, jossa selvitetään työntekijän soveltuvuutta yksikköön sekä tarkistetaan hänen kielitaitonsa ja kelpoisuutensa tutkinto- ja työtodistusten sekä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (JulkiTerhikki) avulla. Vakituiseen tehtävään valitun tulee toimittaa lääkärintodistus terveydentilastaan yhden kuukauden kuluessa

työn alkamisesta. Työntekijöiltä edellytetään, että heidän rokotekattavuutensa on lainmukainen ja se tarkastetaan suullisesti ennen työsuhteen alkamista.

7.3 Perehdytys

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

Patologialla jokaiselle uudelle työntekijälle tehdään henkilökohtainen yleisperehdytysuunnitelma ja hoitohenkilökunnalle lisäksi työpistekohtainen perehdytysuunnitelma. Jokainen uusi työntekijä suorittaa myös Siun soten yleisperehdytyksen.

Osastonhoitaja toteuttaa hoitohenkilökunnan yleisperehdytyksen patologian toimintaan. Työpistekohtaisesta perehdytyksestä vastaa työpisteen vastuuhoidtaja yhdessä muiden työpisteen työntekijöiden kanssa. Perehdytyksessä käytetään työpistekohtaista perehdytyskorttia. Alkuun työntekijälle on nimetty työpistekohtainen perehdyttäjä, jonka kanssa perehdytään työpisteen tehtäviin ja työskennellään yhdessä. Kun perehtynyt työntekijä voi toimia työpisteessä itsenäisesti, hänelle nimetään taustahenkilö, joka auttaa tarvittaessa. Yksikössämme kehoitetaan aina kysymään ja pohtimaan asioita yhdessä, jos jokin asia askarruttaa tai on epäselvä. Perehdytystä seurataan perehdytyskeskusteluiden avulla ja perehdytys dokumentoidaan perehdytyskortteihin. Yleisperehdytys dokumentoidaan ja arkistoidaan organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Jos todetaan, että perehdytys ei ole edennyt suunnitellusti, sitä täydennetään tarvittavin osin. Perehdytyskortit ja materiaalit päivitetään tarvittaessa.

Lääkärin perehdytyksestä vastaa ylilääkäri ja perehdytykseen osallistuvat myös osastonylilääkäri, erikoislääkärit, sairaalasolubiologi ja soveltuvien osin myös muu laboratorion henkilökunta. Perehdytyksen laajuus riippuu perehdytettävän henkilön kokemuksesta ja koulutuksesta.

Erikoistuvan lääkärin perehdytyksessä tutustutaan laboratorion toimintaan, tietojärjestelmiin, lääkärin tehtäviin eri työpisteissä ja perehdytään vähitellen näytediagnostiikkaan ja vastausten laadintaan erikoislääkärin ohjauksessa. Erikoistuvan lääkärin yleisperehdytys kestää kuusi kuukautta (ei aikaisempaa patologian kokemusta, erikoislääkärikoulutuksen koejakso). Mikäli erikoistuvalla lääkärillä on jo aikaisempaa kokemusta patologialla työskentelystä, suunnitellaan ohjaus tilanteen mukaan. Jokaiselle erikoistuvalla on nimetty oma lähikoulutusta eli erikoislääkäri, joka seuraa erikoistuvan työskentelyä ja koulutuksen etenemistä. Koulutuksen eteneminen ja suoritteet sekä myönnettyt luvat kirjataan valtakunnalliseen ELSA-järjestelmään.

Erikoislääkärin perehdytys keskittyy laboratorion yleisperehdytykseen ja muuhun tapauskohtaiseen perehdytykseen työskentelyn lomassa, siltä osin kuin opastusta eri asioissa tarvitaan.

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

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

Patologialle palkataan vain terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneita henkilöitä. Yksikössämme vaaditaan patologian alan mukaista tutkimusprosessien perusosaamista, laatuosaamista, tietoteknistä perusosaamista sekä erilaisten laitteiden ja ohjelmien käyttöosaamista. Lisäksi tarvitaan yleistä sairaalamailman osaamista, kuten hygienia-, riskienhallinta-, tietoturva- ja tietosuojaaosaamista.

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

Työntekijän esihenkilö arvioi omassa työssään päivittäin sekä työvuorosuunnittelussa henkilöstön osaamista kokonaisuutena suhteessa yksikön toiminnassa tarvittavaan osaamiseen. Henkilöstön työskentelyn asianmukaisuutta seurataan yksikössä sovittujen pätevyysarvioinnin käytäntöjen mukaisesti, mm. seuraamalla työsuoritteiden määrää ja laatua. Vuosittaisissa kehityskeskusteluissa tehdään jokaisen työntekijän kanssa kehityssuunnitelma seuraavalle vuodelle ja kehityskeskusteluissa nousee esille kouluttamistarpeita. Kriittisiin osaamispuutteisiin reagoidaan välittömästi esimerkiksi lisäperehdytyksellä.

Yksikön henkilökunta osallistuu vuosittain patologian alan koulutuksiin. Koulutuksiin osallistuneet välittävät koulutuspalautteen koko yksikölle osastotuntien yhteydessä. Organisaatio järjestää yleisiä koulutuksia mm. elvytys-, alkusammutus-, tietoturva-, tietosuoja- ja potilasturvallisuuskoulutuksia verkko-opintoina sekä sisäisenä koulutuksena. Organisaation pakollisiin koulutuksiin on määritelty suorittamisaikataulu, jota noudatetaan. Käydyt koulutukset kirjataan Onni-HR-järjestelmään, josta saadaan myös koulutusraportit. Koulutukset anotaan ja kirjataan organisaation ohjeiden mukaisesti myös ESSiin.

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 ammatillisella on oikeus hyvään johtamiseen, jotta he sitoutuvat turvallisuutta edistäviin työtapoihin ja niiden kehittämiseen.

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

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

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

7.6 Työhyvinvointi

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

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

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäin toimimalla yhdessä sekä vuosittain organisaation valitsemalla työhyvinvointikyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Vuonna 2025 henkilöstökysely toteutuu Siun sotessa

neljästi: maalís-, 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 sairaspoissaoloihin liittyviä asioita ja osallistuu tarvittaessa työkykyneuvotteluihin.

Patologialla on laadittu yhteiset pelisäännöt ja tarvittaessa henkilökunnalla on mahdollista saada työnohjausta.

Työn fyysisiä riskejä, kuten pisto- ja viiltotapaturmia ja kemikaalialtistusta, arvioidaan Laatuportin riskien arvioinnin yhteydessä ja oppimalla turvallisuushavainnoista. Niihin varaudutaan perehdyttämällä työntekijät riskien mahdollisuuteen ja käyttämällä tarvittavia suojautumiskeinoja. Henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan puutteista työhyvinvoinnissa tai -turvallisuudessa. Havaittuihin puutteisiin reagoidaan ja riski pienennetään siedettävälle tasolle.

Henkilöstön työhyvinvointia seurataan päivittäin toimimalla yhdessä sekä vuosittain organisaation valitsemalla työhyvinvointikyselyllä sekä kehityskeskusteluissa. Myös riskienarvioinnissa arvioidaan työn psyykkistä kuormittavuutta. Hyvinvoinnista kertovat myös sairauspoissaololuvut, joita seurataan säännöllisesti yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Tarvittavat toimenpiteet työhyvinvoinnin parantamiseksi suunnitellaan yhteisesti ja työterveyshuollon tukemana. Mahdollisissa kriisitilanteissa hyödynnetään organisaatiossa käytössä olevia työkaluja (tapahtuman purkuistuntomalli).

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

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

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

Hyvistä ja toimivista käytännöistä keskustellaan yksikössä työn lomassa, viikoittaisilla osastotunneilla sekä päivittäisissä aamupalavereissa. Nopean viestinnän tukena on yksikön oma Teams-kanava sekä sähköposti. Henkilöstöllä on käytettävissä Laatuportin Erinomainen toiminta -raportointi. Organisaation palkitsemismuotona on henkilökohtainen kertapalkitseminen onnistuneesta ja hyvästä työsuorituksesta. Myös työyksikköä voidaan palkita yhteisesti hyvin toteutuneista asioista esim. hyvät palautteet opiskelijaohjauksesta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Sairaalasolubiologin perehdytysuunnitelma puuttuu	Tehdään perehdytysuunnitelma	

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen

8.1 Asiakas- ja potilasasiakirjat

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyä sääntelee asiakas- ja potilaslakien lisäksi [laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä eli asiakastietolaki \(703/2023\)](#), (linkki). Lisäksi tietojen käsittelyssä on huomioitava, mitä henkilötietojen käsittelystä on säädetty [EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa \(2016/679\)](#), (linkki) sekä kansallisessa [tietosuojalaissa \(1050/2018\)](#), (linkki).

Siun sotessa tietojärjestelmätoimittajien kanssa tehdyin sopimuksin varmistetaan, että tietojärjestelmissä on käyttötarkoituksen kannalta oikeat toiminnallisuudet ja tarvittavat kansallisten palvelujen integraatiot (mm. Kanta-palvelut) sekä sopimuksissa edellytetään toimittajia huolehtimaan lain mukaisten päivitysten toteuttamisesta tietojärjestelmiin. Siun sotessa on käyty läpi keskeisten järjestelmien käyttöoikeudet (roolipohjainen käytönhallinta), sekä tarkasteltu ja tehty toimenpidesuunnitelma muiden järjestelmien käyttöoikeuksien osalta. Tietojärjestelmäsopimuksissa on lisäksi huomioitu lainsäädännön osalta 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.

Patologialla käytetään toiminnanohjausjärjestelmänä QPati-ohjelmaa. Lähettävät yksiköt tekevät tutkimusten läheteet nearIS-ohjelmaan, josta ne siirtyvät QPatiin. QPatisa käsitellään patologialle tehtyjä läheteitä ja patologian näyteprosessien tietoja sekä tutkimusten vastauksia eikä patologian järjestelmästä näe muita potilastietoja. Tutkimuksen vaiheet, yksityiskohtaiset tiedot ja vastaukset kirjataan tietojärjestelmään ajantasaisesti työvaiheiden mukaisesti.

QPatiin kirjattu tieto tallennetaan Meitan palvelimelle ja kuvamateriaalia tallennetaan myös kuva-arkistoon (Neagenin PACS), josta kuvia voidaan katsella nearLink-katselimen kautta. Tutkimukseen liittyvät paperiset dokumentit, esim. konsultaatiolähteet ja -vastaukset, skannataan QPatiin ja toimitetaan postitse lähettävään yksikköön. QPatin ja nearIS:n sekä nearIS:n ja potilastietojärjestelmän välillä on tiedonsiirtoyhteys. Obduktiossa vainajasäilytysten kirjaamiseen käytetään Attune-ohjelmaa, joka on integroitu QPatiin.

Potilastietojärjestelmään ei tehdä patologialla suoria kirjauksia, mutta tarvittaessa potilastietojärjestelmästä katsotaan tutkimuksissa tarvittavia potilastietoja.

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

Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista salassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Esihenkilö varmistaa, että jokainen työntekijä ja opiskelija on allekirjoittanut hyvinvointialueen salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Hoitohenkilöstö perehdytetään asiakas- ja tietojärjestelmien käyttöön yleisellä tasolla osastonhoitajan yleisperhdytyksessä ja tarkemmin työpistekohtaisesti. Muiden ammattiryhmien kohdalla oma ammattiryhmä perehdyttää uuden työntekijän järjestelmien käyttöön.

Kirjaamisohjeet on kuvattu työpisteohjeissa sekä organisaation toimintaohjeissa. Kirjaamisen asianmukaisuutta seurataan ja kehitetään saadun palautteen ja havaintojen perusteella. Palautetta voivat antaa tutkimusprosessissa mukana olevat tahot, potilasta hoitava yksikkö ja potilaat. Mahdolliset virheelliset kirjatukset korjataan välittömästi ja tarvittaessa korjauksesta ilmoitetaan hoitavalle lääkärille henkilökohtaisesti. Korjauksista jää lokitieto järjestelmään.

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

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

Organisaation tietosuoja ja tietoturva käsikirja perehdytetään jokaiselle kuvantamiskeskuksen 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.

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

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)

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Oikean tiedon kirjaaminen oikeaan paikkaan ja oikea-aikaisesti, jotta tutkimusprosessin tieto säilyy eheänä.	Sovitut kirjaamisperiaatteet.	Yksikön työohjeet.

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Patologian laboratorion tilat sijaitsevat Tikkamäellä keskussairaalan päätalossa.

Obduktio-yksikkö ja kappeli ovat päätalon G-siivessä K-kerroksessa. Omaiset pääsevät kappeliin henkilökunnan saattamana. Kappelin sisäänkäynnille on opasteet ja sinne on esteetön pääsy. Asiakasparkkipaikkoja löytyy sekä obduktion edestä että G2-siiven parkkipaikalta.

Patologian laboratorio ei ole avoinna asiakkaille ja henkilökunnan saapuminen laboratorioon on opastettu sairaalan K-kerroksen kautta. Toimitiloihin on laadittu yksikön paloturvallisuusohje, joka päivitetään kolmen vuoden välein ja/tai toimintaympäristön muuttuessa.

Patologian laboratorion tilat ja välineet ovat suunniteltu laboratoriokäyttöön ja obduktion tilat ja välineet ruumiinavauskäyttöön ja vainajasäilytykseen. Tilojen kunnosta ja toimivuudesta huolehditaan asianmukaisesti. Tilojen kunnossapidosta vastaa Siun soten kiinteistöyksikkö. Tilojen poistumisreitit on merkattu. Tiloissa on henkilökunnalle tarvittavat sosiaalityilat.

Mikäli tilojen kunnossa havaitaan puutteita, tehdään puutteista välittömästi korjaustyöpyyntö kiinteistön vikailmoitusohjelmaan. Vaaratilanteista tehdään ilmoitus Laatuporttiin ja korjaavat toimenpiteet aloitetaan mahdollisimman pian.

Patologian kaikki tilat ovat lukittuja. Laboratorion ja obduktio-yksikön tiloja valvotaan kulunvalvonnan avulla. Lisäksi osaa tiloista valvotaan kameravalvonnan avulla. Kameravalvonta kohdistuu yleisiin tiloihin ja ulkoalueisiin. Turvallisuusyksikkö vastaa valvonnasta. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä [Tietosuojaseloste Tallentava Kameravalvonta](#) (linkki). Kaikissa patologian tiloissa on automaattinen palohälytysjärjestelmä.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Vainajansäilytystilan riittävyys	Tilasuunnittelu ja lisätilojen rakentaminen	Investointisuunnitelmassa huomioiminen

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

Patologialla käytössä olevia lääkinnällisiä laitteita käytetään in vitro -diagnostiikkaan. Vain patologian yksikön työntekijät käyttävät lääkinnällisiä laitteita. Yksikön laitteet ovat lääkintälaitesuojon laiterekisterissä ja patologialla on myös oma laitelistaus. Laitteen kirjataan rekisteriin ennen niiden käyttöönottoa ja rekisteri tarkistetaan ajoittain.

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

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

Laitteiden hankinnoissa edellytetään, että laite on potilas- ja työturvallinen. Kaikkein hankittujen laboratoriolaitteiden tulee täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2017/746 in vitro -diagnostiikkaan tarkoitettuja lääkinnällisiä laitteita. Ennen käyttöönottoa laitteen asianmukainen toiminta tarkastetaan ja dokumentoidaan.

Patologialla kriittiset laitteet ovat sellaisia, joiden toimintahäiriö aiheuttaa kohtuutonta viivästystä tai virheen potilaan kannalta kriittisiin tutkimuksiin. Kriittisiä laitteita ovat mm. kuduskuljettimet, perusvärjäysautomaatti ja immunohistokemian värjäysautomaatit. Tällä hetkellä laboratoriossa lähes kaikille laitteille on varalaite. Osa käytössä olevista laitteista on kytketty varavoimaan tai UBS:een laitetoimittajan suosittelemalla tavalla.

Patologian yksikössä tehdään lääkinnällisten laitteiden omavalmistusta. Omavalmistetut on rekisteröity Fimean laiterekisteriin (CERE-rekisteri), eikä niitä valmisteta kaupallisessa mittakaavassa. Yksikössä on tehty suunnitelma omavalmistetun vaatimuksien noudattamiselle ja niiden käytön seurannalle. Omavalmistetun toimivuutta seurataan muun muassa kontrollimateriaalien sekä ulkoisten laadunvarmistuskierrosten avulla. Jos

omavalmisteen suorituskyvyssä todetaan vakava poikkeama, siitä tehdään merkintä näytteen tapahtumiin sekä vaaratilanneilmoitus Laatuporttiin ja Fimealle.

Laitteiden toimintahäiriöissä laitteen käyttö lopetetaan ja häiriön syy selvitetään ennen laitteen uudelleenkäyttöä. Laitteiden toimintahäiriöistä kerätään tiedot laitekohtaisiin tiedostoihin, joiden avulla seurataan ongelmien esiintymistä, laajuutta ja toistumistiheyttä. Vaara- ja poikkeamailmoitukset tehdään Laatuporttiin ja ilmoitetaan laitetoimittajalle puhelimitse tai sähköpostitse. Laatuportissa ilmoituksen käsittelijä voi tehdä ilmoituksen myös suoraan Fimealle. Näytteiden prosessiin liittyvät poikkeamat kirjataan näytekohtaisesti myös patologian tietojärjestelmään.

Vaara- ja poikkeamatilanteiden toimintamallit on kuvattu työpistekohtaisissa ohjeissa ja apuna toimivat myös yksikön sairaalasolubiologi ja lääkintälaittehuolto. Vaaratilanneilmoitukset käsitellään osastokokouksissa ja pohditaan yhdessä kuinka kehittää toimintaa esim. päivittämällä työohjeita/toimintatapaa, perehdyttämällä henkilökuntaa ja kysymällä toimintaohjeita laitetoimittajalta. Vaaratilanneilmoituksista ja niiden käsittelystä saadaan raportit Laatuportti-järjestelmästä sekä patologian tietojärjestelmästä.

Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Kyllä

Onko palveluyksikössä nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Kyllä

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

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

Ei koske yksikön toimintaa.

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty: Yksikössä ei toteuteta lääkehoitoa.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Ei

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava lääkäri:

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö:

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. Terveystieteiden palveluyksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja palveluyksikön

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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.

Patologian laboratorion ja obduktion siisteydestä huolehtii Polkka Oy yhdessä laaditun siivoussuunnitelman mukaisesti. Polkka Oy:n laitoshuoltajat huolehtivat myös patologian välinehuollosta. Välinehuollon ohjeistus on laadittu yhdessä infektioidentorjuntayksikön kanssa. Työpisteissä syntyvän jätteen käsittelystä huolehtii laitoshuoltaja. Yksikön huuhteluhuoneesta löytyy kierrätysastioita ja kierrätystä toteutetaan yksikössä organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

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

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

Obduktion kappelissa on helposti saatavissa käsien desinfiointiainetta annostelijoissa sekä asiakkaille että henkilökunnalle. Tarjolla on myös kasvomaskeja, joita omaiset voivat käyttää.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

Jokaiseen patologian työpisteeseen on laadittu työohjeet. Ohjeiden säilytyspaikka on yksikön oma verkkokansio, jonne pääsy rajataan käyttöoikeuksin. Ohjeisiin on merkitty ohjeen laatija, hyväksyjä ja hyväksymispäivämäärä. Ohjeita päivitetään tarvittaessa ja ne tarkastetaan vähintään vuosittain. Työpisteen vastuuhoidaja vastaa, että työpisteessä on saatavilla ajantasaiset ohjeet (sähköinen ja paperinen versio). Ohjeiden laatijana voi toimia myös sairaalasolubiologi tai osastonhoitaja. Osastonhoitaja tai ylilääkäri hyväksyvät työohjeet ja valvovat ohjeiden asianmukaista hallinnointia.

Yksikön potilasohjeet ja ohjeet lähetettävälle yksiköille ovat tallennettu myös organisaation tiedostopankkiin, jolloin ohjeen hyväksyjänä on aina ylilääkäri. Tiedostopankin ohjeille on tiedostopankissa määritelty vastuuhenkilö, jolle ohjelma lähettää tiedon vanhenevista ohjeista. Ohjeet on laadittu Siun soten saavutettavuusvaatimukset täyttävälle työohjepohjille.

Yleisperehdytyksessä tutustutaan tiedostopankin ja yksikön verkkokansioiden käyttöön.

Työpisteperehdytyksessä tutustutaan työpisteen ohjeisiin.

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

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

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

Patologian yksikkö toimii yhteistyössä organisaation sisäisten toimijoiden (mm. turvallisuusyksikkö, apteekki, tietosuojavastaava, pelastuslaitos) sekä ulkopuolisten toimijoiden (esim. tietojärjestelmä- tai laitetoimittajat) kanssa asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Yhteistyötahoilta saadaan apua mm. ennakointiin ja ongelmatilanteisiin liittyen sekä koulutusten järjestämiseen.

Yksikössä noudatetaan organisaatioon laadittuja asiakas- ja potilasturvallisuusohjeistuksia. Ohjeistukset on löydettävissä organisaation intrasta. Jokainen työntekijä suorittaa organisaation määrittelemät asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutukset säännöllisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Patologian yksikössä on varautumissuunnitelma tietojärjestelmä- ja sähkökatkojen, henkilökunnan poissaolojen sekä reagenssien ja tarvikkeiden saatavuusongelmien varalle. Varautumissuunnitelman päivittämisestä vastaavat yksikön ylilääkäri, osastonylilääkäri, osatonhoitaja sekä sairaalasolubiologi. Yksikön henkilökunta ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuussuunnitelmaan yleisperehdytyksessä esihenkilön tai yksikön turvallisuusvastaavan toimesta. Yksikkö osallistuu organisaation sähkökatkoharjoituksiin säännöllisesti.

Yksikön henkilökunta osallistuu säännöllisesti organisaation järjestämään paloturvallisuutta taidolla opintokokonaisuuteen sekä ensiapukoulutukseen. Poistumisturvallisuus selvitystä ei ole tehty, koska yksikössä ei ole potilaita/asiakkaita. Organisaation pelastussuunnitelman lisäksi patologian laboratoriossa on oma ohje tulipalon tai vastaavan poikkeustilanteen varalle. Organisaatio vastaa pelastussuunnitelman päivittämisestä.

Obduktio vastaa suuronnettomuustilanteessa vainajien säilytyksestä.

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
Yksion oma ohje tulipalon varalta on päivittämättä.	Päivitetään ohje.	

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.

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

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

Yksikössä on ohjeet mikrobeilta ja muilta taudinaiheuttajilta suojautumiseen ja tarvittavat suojaruusteet. Ohjeet on laadittu yhdessä infektioyksikön edustajan kanssa.

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty turvallisuusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

10.1 Asiakkaan/potilaan tunnistaminen

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

Patologian laboratoriossa näytteet tunnistetaan lähettävien yksiköiden näytepurkkeihin merkitsemien tunnistetietojen perusteella. Ohje näytteiden merkitsemisestä (Ohje: Patologian näytteiden pakkaaminen ja kuljettaminen) löytyy Siun soten intrasta. Epäselvissä tapauksissa näyte lähetetään takaisin lähettävään yksikköön tunnistettavaksi ja merkattavaksi. Tutkimusta ei tehdä, jos näytettä ei voida tunnistaa.

Obduktiossa vainajat tunnistetaan tunnisterannekkeiden perusteella. Jos vainajalla ei ole tunnisteranneketta, vainajaa tuova taho on vastuussa tunnistusrannekkeen laittamisesta vainajalle.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

Patologian laboratorioon tulee nimettömiä tai puutteellisesti merkattuja näytteitä	Lähetävä yksikkö on velvollinen merkitsemään näytepurkit asianmukaisesti näytteenoton yhteydessä	Siunsote TSHP TYOOHJE Potilaan tunnistaminen ja tunnistevalineiden kaytto.docx (sharepoint.com) Siunsote PAT OHJE naytteiden pakkaaminen ja kuljettaminen.docx (sharepoint.com)

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

Patologian yksikkö ei ole suorassa yhteydessä potilaisiin/asiakkaisiin. Potilasta hoitava yksikkö vastaa hoitoon liittyvästä tiedonvälityksestä.

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.

Ei koske yksikön toimintaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

Ei koske yksikön 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.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 yksikön 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.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

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 yksikön toimintaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.11 Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö

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

10.11.1 Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus

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

Ei koske yksikön toimintaa.

10.11.2 Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen 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 yksikön toimintaa.

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 yksikön toimintaa.

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 yksikön toimintaa.

10.11.5 Ehkäisevä mielenterveystyö

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

10.12 Itsemurhien ehkäisy

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

Ei koske yksikön toimintaa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys

--	--	--

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

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

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

Ei koske yksikön toimintaa.

Yhteenveto keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) 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 kehittämisajankaus
Patologian riskienarvio näyteprosessien osalta on kesken	Tehdään työpistekohtaiset riskinarviot ja päivitetään riskinarviot sekä riskienhallintatoimenpiteet työpisteiden kuvauksiin	Kesä 2025
Esihenkilöt eivät näe omasta yksiköstä muihin yksiköihin kohdistettuja Patu ilmoituksia -> Ilmoitusten tekemistä ja määrä ei pystytä valvomaan	Muutos Laatuportti-ohjelmaan	Ei yksikön päätettävissä
Näytetapahtumien ja poikkeamien kirjaamisen ohjeet ovat tekemättä	Tehdään kirjalliset ohjeet valmiiksi	Kesä 2025
Korjaavien toimenpiteiden toteutuminen saattaa jäädä kirjaamatta, vaikka ne olisi tehty	Tehostetaan korjaavien toimenpiteiden toteutumisen kirjaamisen seurantaa osastotuntimuistioissa	Jatkuvaa toimintaa
Henkilöstöresurssin (lääkäri- ja laboratoriohoitajaresurssi) vajeesta johtuva mahdollinen tutkimusten ruuhkautuminen	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimmiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen.	Jatkuvaa toimintaa
Toimivan ja tarvittavan laitekannan varmistaminen kiristyvässä taloustilanteessa	Laiteinvestointisuunnitelman päivittäminen vuosittain huomioiden laitteiden elinkaari ja realistiset hinta-arviot	Jatkuvaa toimintaa
Henkilöstöresurssin (lääkäri- ja laboratoriohoitajaresurssi) vajeesta johtuva mahdollinen tutkimusten ruuhkautuminen	Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tutkimusprosessien kehittäminen sujuvimmiksi. Rekrytoinneissa onnistuminen	Jatkuvaa toimintaa

Sairaalasolubiologin perehdytysuunnitelma puuttuu	Tehdään perehdytysuunnitelma	Kesä 2025
Oikean tiedon kirjaaminen oikeaan paikkaan ja oikea-aikaisesti, jotta tutkimusprosessin tieto säilyy eheänä.	Sovitut kirjaamisperiaatteet.	Jatkuvaa toimintaa
Vainajansäilytystilan riittävyys	Tilasuunnittelu ja lisätilojen rakentaminen	Ei yksikön päätettävissä
Laitekanta on osittain vanhaa	Pitkän tähtäimen laiteinvestointisuunnitelma lainanottovaltuudet huomioiden	Jatkuvaa toimintaa
Tarvikkeiden ja reagenssien saatavuus	Kilpailutus ja hankintasopimukset	Vuoden 2025 loppuun mennessä
Verkkokansio ei täytä arkistointivelvoitteita	Tiedostopankin hyödyntäminen. Kaikki arkistointia velvoittavat ohjeet siirretään tiedostopankkiin.	-
Työpisteen ohjeen paperiversion päivittäminen sähköisen version päivittyessä	Työpistevastuuhoitajan tehtäväkuvaus laaditaan.	Kesä 2025
Yksikön oma ohje tulipalon varalta on päivittämättä.	Päivitetään ohje.	Kesä 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).

Patologian yksikön omavalvontasuunnitelma päivitetään organisaation ohjeiden mukaisesti kerran vuodessa. Päivittämisestä ja suunnitelman toteumisesta vastaavat ylilääkäri ja osastonhoitaja. Omavalvontasuunnitelma on henkilökunnan nähtävillä ja muutoksista tiedotetaan henkilökuntaa.

Omavalvonnan eri osa-alueiden seuranta toteutetaan hyödyntämällä esim. vaara- ja poikkeamatapahtumien raportointitietoja, muistutus, kantelu ja potilasvahinko -raporteista saatavaa tietoa sekä palautteita.

13.2 Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	18.3.2025

Omavalvontasuunnitelma on hyväksytty sähköisesti.

Suunnitelmassa viitatu 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 (linkki)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) 679/2016:

<https://eur-lex.europa.eu/El/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html> (linkki)

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_zx7DOg57-0fwyKl2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjpq-GO8oiBAXW8GRAIHWKuBXIQFnoECBQAQAQ&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> (linkki)

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

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwivNm98oiBAXX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQAQAQ&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=2ahUKEwiTqtTG9IiBAxUrFBAIHQIApQFnoECBEQAQAQ&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_Omavalvontao_hjelma.pdf/cc2a1be8-4a4e-95fd-3cdf-890c38d52367 (linkki)

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

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

Terveysthuoltolaki (1326/2010):

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

Terveysthuoltolaki (763/1994):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBxVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usq=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Tietosuojalaki 1050/2018:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050> (linkki)

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Työttymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

<https://www.siunsote.fi/tyyttymattomyys-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)