

Terveystenhuollon omavalvontasuunnitelma

Syöpäkeskus

Laatijat	Sailas Liisa, ylilääkäri
	Hyttinen Piia, osastonhoitaja
	Matikainen Henri, apulaisosastonhoitaja
Tarkastaja	Karvinen Heli, ylihoitaja
Hyväksyjä	Harju Anu, palvelupäällikkö
Pvm.	20.3.2025

Sisällysluettelo

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

6.5.1	Säännöllisesti kerättävä palaute.....	21
6.5.2	Asiakasviestintä	21
7	Henkilöstö	22
7.1	Henkilöstön rakenne ja riittävyys.....	22
7.2	Rekrytointi	24
7.3	Perehdytys	24
7.4	Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus	26
7.5	Johtamisosaaminen.....	27
7.6	Työhyvinvointi	28
7.7	Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin.....	29
7.8	Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen.....	29
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen.....	30
8.1	Asiakas- ja potilasasiakirjat.....	30
8.2	Tietosuoja ja tietoturva	33
9	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu	35
9.1	Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut	35
9.2	Etä- ja digipalvelut.....	38
9.3	Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet	40
9.4	Lääkehoidon turvallisuus	45
9.5	Infektioiden torjunta	52
9.5.1	Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy.....	52
9.5.2	Yleiset hygieniakäytännöt.....	52
9.6	Ohjeet ja suunnitelmat	53
9.7	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa, häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius sekä terveydensuojelu	55
9.7.1	Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa	55
9.7.2	Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius.....	56
9.7.3	Terveydensuojelu	57
10	Palvelun sisällön omavalvonta	58
10.1	Asiakkaan/potilaan tunnistaminen	58
10.2	Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen.....	59

10.3	Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys.....	60
10.4	Kivunhoito	61
10.5	Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy.....	62
10.6	Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito	63
10.7	Painehaavojen ehkäisy	65
10.8	Leikkaushoidon turvallisuus.....	65
10.9	Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen	66
10.10	Elintapaohjaus	66
10.11	Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö	67
10.11.1	Nikotiiniriippuvuuden arviointi ja hoitoon ohjaus.....	67
10.11.2	Alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	68
10.11.3	Huumeaineiden ja muiden päihtymiseen käytettyjen aineiden käytön tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	68
10.11.4	Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy	68
10.11.5	Ehkäisevä mielenterveystyö	69
10.12	Itsemurhien ehkäisy	70
10.13	Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö	70
11	Yhteenveto palveluyksikön omavalvonnan toimeenpanoa ohjaavista ohjeista ja määräyksistä.....	71
12	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta	72
13	Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen	72
13.1	Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen	72
13.2	Omavalvontasuunnitelman hyväksyminen.....	73
	Suunnitelmassa viitattut internetosoitteet.....	74

1 Johdanto

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

Palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman laatiminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) ja sen 27 §:n mukaiseen suunnitelman laatimisvelvoitteeseen. Tämän Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma-mallipohjan laadinnassa on erityisesti huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman](#) sisältökokonaisuus, johon suunnitelma monelta osin myös konkreettisesti linkittyy. Suunnitelmapohjan tekemisessä on tämän lisäksi huomioitu hyvinvointialueelle laaditun [Omavalvontaohjelman](#) sisältökokonaisuus sekä yksityisen terveydenhuollon omavalvonnan lomakepohjan sekä [Valviran antama määräys omavalvontasuunnitelman sisällöstä](#), kansallisen [Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026](#) sekä [asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen omavalvontasuunnitelman](#) 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	Konservatiivinen klinikkaryhmä
Palveluyksikkö	Syöpäkeskus, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Palvelumuoto Asiakas- tai potilasryhmä, jolle palvelua tuotetaan Asiakas- tai potilaspaikkamäärä	Avohoito / potilasvastaanottotoiminta, lääkehoito ja sädehoito Siun soten alueen aikuiset, yli 16-vuotiaat, syöpäpotilaat läheteiden ja kontrollijonojen mukaisesti. Onkologisten potilaiden lisäksi syöpäkeskuksessa toteutetaan naisten tautien ja veritautien syöpäpotilaiden lääkehoitoja. Käyntejä vuonna 2024 oli 23 440

Palveluyksikön lähiesihenkilö(t)	Ylilääkäri Liisa Sailas, liisa.sailas@siunsote.fi, 013 330 3815 Apulaisylilääkäri Minna Suominen, minna.suominen@siunsote.fi, 013 330 3825 Osastonhoitaja Piia Hyttinen, piia.hyttinen@siunsote.fi, 013 330 3106 Apulaisosastonhoitaja Henri Matikainen, henri.matikainen@siunsote.fi, 0130330 3317
Palvelupäällikkö	Anu Harju, anu.harju@siunsote.fi, 0133303064
Palvelujohtaja	Jukka Heikkinen, jukka.heikkinen@siunsote.fi, 0133304183

2.1 Palveluyksikön johtaminen

Konservatiivinen klinikkaryhmä kuuluu sairaalapalveluiden kokonaisuuteen. Klinikaryhmää johtaa palvelupäällikkö, hoitotyön osalta yhteistyössä ylihoitajan kanssa. Klinikaryhmän erikoisalojen klinikoita johtavat erikoisalojen ylilääkärit, yhteistyössä yksiköiden osastonhoitajatyöparin kanssa. Syöpäkeskuksen toimintaa johtavat yhdessä ylilääkäri ja osastonhoitaja. Heidän poissa ollessa sijaisena toimivat apulaisylilääkäri ja apulaisosastonhoitaja. Yhteistyö on päivittäistä ja kerran kuukaudessa kokoonnutaan johtotiimiin. Tapaamisessa keskustellaan syöpäkeskuksen toimintaan vaikuttavista asioista moniammatillisesti ja sovitaan yhteisistä käytänteistä ja toimintamalleista. Klinikan lääketieteellinen johto kuuluu ylilääkärille ja hoitotyön johto osastonhoitajalle. Säteilyturvallisuusvastaava on ylifyysikko. Ylifyysikko tiedottaa ja konsultoi omalta osaltaan syöpäkeskuksen esihenkilöitä säteilytoimintaan liittyen.

2.2 Palveluyksikön ostopalvelut

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

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

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

Lymfaterapia palveluista vastuu on ylilääkärillä. Palveluntuottajat on kilpailutettu ja siinä vaiheessa vaaditaan täyttämään halutut kriteerit. Laskujen yhteydessä tulee palveluntuottajalta palaute toteutuneesta hoidosta. Työnohjauksesta ovat vastuussa ylilääkäri ja osastonhoitaja omien työntekijöidensä osalta. Palveluntuottajat on kilpailutettu ja täyttävät kriteerit. Palautetta työnohjauksesta tulee esihenkilölle ja ohjauksen lopuksi se raportoidaan työhyvinvointiyksikköön. Henkilöstövuokrauksen sekä tulkkaukspalveluiden osalta käytetään Siun Soten sopimustuottajia organisaation ohjaamalla tavalla. Ostopalvelun hankintavaiheessa asetetaan vähimmäisvaatimuksia hankittavalle palvelulle hyödyntäen hankinta- ja sopimuspalvelujen ammattilaisten osaamista. Yksiköstä hankintaprosessiin osallistetaan esihenkilöiden lisäksi ne henkilöt, joilla on paras tietotaito hankittavan palvelun tai laitteen hankintaan. Esihenkilöiden osaamista ylläpidetään osallistumalla organisaation tai palvelun/laitteen toimittajien koulutuksiin ja perehdytyksiin. Ostopalvelujen tuottajilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma: Kyllä

3 Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

3.1 Toiminta-ajatus

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

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

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

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

Suurin osa syöpäkeskuksen palveluista tuotetaan läsnäolopalveluina. Etävastaanottoja voi olla puhelimitse (esimerkiksi kotona tablettilääkehoitoa toteuttavien potilaiden kontrollisoitot) tai lääkäreiden videovälitteiset etävastaanotot.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

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

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

4.1 Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuhenkilö(t)

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelman laadinnasta vastaavat toimintayksikön esihenkilöt (ylilääkäri, apulaisylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja).

4.2 Omavalvontasuunnitelman laadintaan osallistaminen

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

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelman laadintaan esihenkilöiden lisäksi on osallistettu koko moniammatillinen henkilökunta. Yhteisessä kehittämisiltapäivässä on suunnitelmaan koottu keskeiset asiat. Kirjallisen muo-

don ovat tuottaneet esihenkilöiden lisäksi laatutyöryhmä, johon kuuluvat edustajat sairaanhoitajista, röntgenhoitajista, lääkäreistä sekä fyysikoista. Osastonsihteereillä on kommentointivastuu. Päivitetty omavalvontasuunnitelma käydään läpi syöpäkeskuksen moniammatillisessa kehittämisiltapäivässä.

Potilailta tulleet kirjalliset sekä suulliset palautteet otetaan huomioon suunnitelmaa tehdessä.

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

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).

Syöpäkeskuksen omavalvontasuunnitelma on nähtävillä tulosteena yksikön ilmoitustaululla.

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.

Riskienhallinnan päävastuu kuuluu syöpäkeskuksen lähijohdolle. Turvallisuusilmoitusten tekemisen tärkeyttä painotetaan ja käydään läpi perehdytyksessä, säännöllisissä palaverissa, riskienarvioinnin sekä riski-, vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Esihenkilön vastuulla on tiedottaa työntekijöitä riskienhallinnan prosessista sekä vaara- ja poikkeamatilanteiden ilmoituskäytännöstä, huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta

ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Ilmoituksen saatuaan vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi.

Riskinarvionnit laaditaan yhdessä, moniammatillisesti. Yksikön riskienarvioinnit ovat henkilöstön luettavissa sähköisesti Laatuportti-järjestelmässä ja jokaisen velvollisuuksiin kuuluu perehtyä laadittuihin arviointeihin ja suunnitelmiin. Henkilökunta toteuttaa hoidon ja palvelun turvallisesti hyvien hoitokäytäntöjen ja turvallisuutta varmistavien menetelmien avulla. Syöpäkeskuksen jokaisella työntekijällä on vastuu tuntea ja havainnoida riskit sekä ilmoittaa niistä sekä vaara- ja poikkeamatilanteista. Jokainen vaikuttaa omalla toiminnallaan riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden syntymistä vähentävästi. Henkilökunnan tulee ilmoittaa viipymättä, salassapitosäännösten estämättä, mikäli hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen perusteella. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus ylläpitää ja kehittää työn edellyttämiä tietoja ja taitoja. Jokaisen velvollisuus on arvioida omaa osaamistaan, tunnistaa täydennyskoulutustarpeensa ja pyytää tarpeen mukaan lisäkoulutusta tai -perehdytystä.

5.2 Riskien ja vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistaminen

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

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

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

Säteilyturvallisuus huomioidaan sädehoitotyössä lääketieteellisen, työperäisen ja väestön altistuksen osalta säteilytoiminnan turvallisuusarviossa, jossa myös tunnistetaan ennalta toimintaan liittyviä riskejä. Fyysikot esimerkiksi tarkistavat toisen tekemän annossuunnitelman ennen sen hyväksymistä. Säteilyturvallisuuteen liittyy

ohjausta ja neuvontaa annetaan yhteistyökumppaneille (esim. osastot, taksikuskit). Säteilyturvallisuusasiat perustuvat lakiin ja niitä valvotaan säännöllisesti.

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

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

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

Ennakoivan riskien, vaara- ja poikkeamatilanteiden tunnistusmenetelmien riittävyyttä arvioidaan tulleiden haittatapahtumien, potilaspalautteen sekä henkilökunnan omien havaintojen perusteella.

Haittatapahtumissa tai palautteessa esille nousseet asiat otetaan yhteiseen keskusteluun ja mietitään, miten toimintaa voidaan muuttaa. Esihenkilö tai hänen nimeänsä henkilö huolehtii, että uusi toimintatapa otetaan käyttöön ja tieto muutoksesta tavoittaa henkilöstön. Muutos kirjataan palaverimuistioon ja siitä tiedotetaan lisäksi yhteisellä Teams-kanavalla.

5.3 Havaituista riskeistä ja vaara- ja poikkeamatilanteista ilmoittaminen

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

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

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

Laatuportin kautta ilmoitetaan:

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

Mediatri- potilastietojärjestelmään ilmoitetaan kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät haittatapahtumat.

Laatuporttiin tehtyjen ilmoitusten määrää seurataan kuukausittain ja moniammatillisen käsittelyn yhteydessä muistutetaan ilmoitusten teon tärkeydestä ja siitä, ettei syyllisiä etsitä. Ilmoituksia tehdään sen vuoksi, että niistä voidaan oppia ja ennaltaehkäistä uudelleen tapahtuminen. Jos ilmoitusten määrä vähenee olennaisesti totutusta, otetaan asia esille aamupalaverissa ja tarpeen mukaan järjestetään kertauskoulutusta.

Syöpäkeskuksen henkilöstöön kuuluvan on sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskevan lain 29§ (741/2023) mukaan ilmoitettava **viipymättä** esihenkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavan epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa. Ilmoitukset tehdään Laatuportti -järjestelmään. Suullisesti tai muiden kanavien kautta tietoon tulleet epäkohdat (mm. sähköposti) kirjataan tiedon vastaanottaneen tahon toimesta Laatuporttiin epäkohta tai epäkohdan uhka -ilmoitukseksi. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta valvontaviranomaiselle, jos epäkohta tai ilmeisen epäkohdan uhkaa tai muuta lainvastaisuutta ei korjata **viivytyksettä**. Myös ilmoituksen tehnyt henkilö voi tehdä ilmoituksen valvontaviranomaiselle, mikäli hän katsoo, ettei epäkohta tai ilmeisen epäkohdan uhkaa tai muuta lainvastaisuutta korjata viivytyksettä. Ilmoituksen voi tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Esihenkilön vastuulla on varmistaa, että henkilökunta tuntee ilmoituskäytännöt. Esihenkilö huolehtii omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijät voivat toteuttaa omavalvontaa. Esihenkilön tulee käynnistää toimet epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan poistamiseksi **viipymättä**. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. **Siun-sote VALPA OHJE Valvontalain mukaisen henkilöstön ilmoitusvelvollisuuden toteuttaminen.docx** ohjeistus käydään läpi työyhteisössä riittävän usein, että ohjeistuksen mukaisesti osataan toimia tilanteen niin vaatiessa.

5.4 Riskien ja vaara- ja poikkeamailmoitusten käsittely

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

Syöpäkeskuksessa tietoa vaara- ja poikkeamatilanteista sekä laatupoikkeamista kerätään Laatuportin PaTu-ilmoitusten sekä Mediatrin haittatapahtumakirjausten avulla.

Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään moniammatillisessa aamupalaverissa vähintään kerran kuukaudessa. Ilmoitukset voivat edetä tarvittaessa myös ylemmän johdon käsittelyyn. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös osallisena olleiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset otetaan käsittelyyn viipymättä, viimeistään 14 vuorokauden kuluessa. Ilmoitukset pyritään käsittelemään valmiiksi 30 vuorokauden kuluessa. Vaara- ja poikkeamatilanneilmoituksia käsittelevät ja dokumentoivat lähiesihenkilöt Laatuportti-raportointiohjelmassa. Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja käsittelevät vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset. Heillä on yhteinen näkemys riskin suuruuden arvioinnista. Yhteinen näkemys on muodostunut siitä, että ilmoituksia on käsitelty yhdessä ja on käyty keskustelua riskien arvioinnista. Riskien suuruutta arvioidaan suhteessa yksikön normaaliin toimintaan ja siihen, miten usein samankaltaisista asioista ilmoituksia tehdään. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja sopivat keskenään ilmoitusten käsittelyn työnjaosta, että käsittelyn määräajoissa pysytään.

Työtapaturmasta ja ammattitaudista tehdään ilmoitus vakuutusyhtiölle 10 vrk kuluessa tiedoksisaannista (kun esihenkilö saa tiedon tapahtuneesta). Laatuportin ulkopuoliset kirjalliset ja suulliset vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset kirjataan aamupalaverimuistioon.

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

5.5 Seuranta, korjaavat toimenpiteet ja tilanteesta oppiminen

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

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

Jos poikkeamailmoitus arvioidaan vakavaksi tai havaitaan, että samankaltaisia ilmoituksia toistuu, tehdään juurisyysanalyysi esihenkilön johdolla. Kehittämistoimenpiteille sovitaan tilannekohtaisesti määritelty vastuuhenkilö. Kehittämistoimenpide ja tavoiteaikataulu määrittyvät tilannekohtaisesti. Yksikössä seurataan, toistuuko vaara- tai poikkeamatilanne sekä varmistetaan, että toimenpide-ehdotus on riittävä ja kaikilla tiedossa, jolloin riskiä voidaan pienentää.

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

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

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

5.6 Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen toimii perustana palveluyksikön kehittymiselle ja muutoksen onnistumiselle.

Syöpäkeskuksen lähiesihenkilö huolehtii henkilökunnan ja yhteistyötahojen tiedottamisesta tarpeen mukaan. Tiedottaminen voi tapahtua sähköisesti, suullisesti tai kirjallisesti. Laatuportin kautta ilmoituksen käsittelijä voi lähettää ilmoituksen tiedoksi toiselle henkilölle, tarvittaessa myös Siun soten ulkopuolelle, mikäli myös toisen yksikön/yhteistyökumppanin toiminta vaikutti tapahtumaan tai vastaavan tapahtuminen olisi mahdollista myös toisessa yksikössä.

Haittatapahtumien käsittelystä kirjataan merkintä moniammatillisen aamupalaverin muistioon esihenkilön toimesta. Samalla kirjataan mahdollinen kehittämistoimenpide.

5.7 Asiakkaan/potilaan informointi vaaratapahtumasta

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

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

Haittatapahtumailmoitukseen kirjataan potilaalle ja omaiselle tiedottaminen. Ilmoitusta käsiteltäessä esihenkilö pystyy todentamaan sen, että potilaalle on kerrottu haittatapahtumasta.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ei tunnisteta tilanteessa olevaa riskiä	Säännöllinen osaamisen vahvistaminen Korostetaan havainnoinnin tärkeyttä	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX® Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Siun sote – sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan ohje Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa
Havaittuun riskiin ei puututa ja tehdä ilmoitusta	Kannustetaan tekemään ilmoituksia ilman, että syyllistetään ketään	Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa
Vaarailmoituksia ei käsitellä tai ne käsitellään puutteellisesti	Ilmoitusten käsittelyyn varataan aika ja huolehditaan ilmoitusten käsittelystä moniammatillisesti	Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely Vaaratapahtumien raportointi - Laatuportti (Potilasturvaportin koulutus)
Korjaavia toimenpiteitä ei järjestetä tai niitä ei seurata	Sovitaan vastuuhenkilö korjaaville toimenpiteille ja niiden toteutumista seurataan aktiivisesti	

6 Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja osallistaminen

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

6.1 Palvelun tai hoidon tarpeen arviointi

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

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

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

6.2 Palveluun tai hoitoon pääsy

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

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

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

6.3 Terveys-, hoito- ja palvelusuunnitelma

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

Syöpäkeskuksessa ei laadita erillisiä terveys- ja palvelusuunnitelmia. Potilaan yksityiskohtainen hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja siitä vastaa hoitava lääkäri. Suunnitelma kirjataan potilaskertomukseen. Hoitosuunnitelmaa päivitetään potilaan hoitopolun aikana jokaisen kontaktin yhteydessä.

Lääkäri/hoitaja kirjaa suunnitelmaan tulevat muutokset potilastietojärjestelmään. Suunnitelmaan tulevat muutokset käydään läpi niin potilaan kuin mahdollisesti mukana olevan läheisen kanssa.

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

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

6.4 Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu ja oikeusturva

6.4.1 Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

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

Potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys on toimintamme lähtökohta. Potilaan mielipiteet ja näkemykset huomioidaan hoitolinjauksia tehdessä. Potilaan yksityisyys varmistetaan vastaanottotilajärjestelyillä ja huolellisella tietosuojan toteutumisella. Erityisesti lääkehoitohuoneessa tulee kiinnittää huomiota potilaiden yksityisyyteen toteutumiseen, koska huoneessa on saman aikaisesti useita potilaita ja riski muiden yksityisten asioiden kuulemiselle on ilmeinen. Potilaan henkilökohtaisia asioita tulee käsitellä hoitajien kansliassa tai muussa erillisessä tilassa. Saadun potilaspalautteen perusteella lääkehoidon potilaiden yksityisyyden parempaan suojaamiseen tullaan tekemään erillinen suunnitelma.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista seurataan jatkuvan asiakaspalautteen sekä henkilöstön havainnoinnin ja palautteen kautta. Itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyviä periaatteita on ohjeistettu organisaation työohjeissa ja toimintayksikön perehdytyksessä. Jos epäillään potilaan itsemääräämisoikeuden jäävän toteutumatta, kutsutaan hänet vastaanotolle niin, että mukana on mahdollisuuksien mukaan läheinen ja/tai tukihenkilö mukana keskustelussa. Sovittuja periaatteita kerrataan säännöllisesti. Henkilöstön osaaminen varmistetaan myös niissä tilanteissa, jos herää keskustelua potilaan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen liittyvistä epäkohdista. Laatuportissa pystyy tekemään aiheeseen liittyvä haittatapahtumailmoituksen (asiakas- ja potilasturvallisuus – Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä ilmoitus).

6.4.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Joissain tilanteissa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilön oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Rajoittaminen

tulee mitoittaa oikein ja valita aina lievin mahdollinen rajoittamistoimenpide tai -keino ja rajoittamistoimenpiteiden sekä sitä edeltävien päätöksentekomenettelyjen tulee perustua aina voimassa olevaan lainsäädäntöön.

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

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

Sädehoidon aikana potilas on hoituhuoneessa yksin ja hoitajat tarkkailevat potilasta säätöhuoneesta kameroiden ja puheyhteyden kautta. Pään ja kaulan alueen sädehoidoissa potilasta asento vakioidaan ns. maskin avulla. Näin voidaan taata, että potilas pystyy olemaan hoidon ajan liikuttamatta päätään. Potilaan kanssa sovietaan merkki, jonka antamalla, hoitaja keskeyttää hoidon ja menee potilaan luokse hoituhuoneeseen. Potilasta informoidaan sädehoidon suunnittelusta ja toteutuksesta lääkärin vastaanotolla. Potilas hyväksyy sädehoitoon liittyvät toimenpiteet.

6.4.3 Asiakkaan/potilaan kohtelu

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

Lähtökohtaisesti kaikkia potilaita kohdellaan yksilöllisesti, asiallisesti ja hyvin. Palautetta seurataan säännöllisesti ja palaute on ollut pääasiassa positiivista. Mikäli potilaan epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanne selvitetään keskustellen asianosaisten ja tarvittaessa myös ylemmän johdon tai potilasasiamiehen kanssa. Potilaiden asiallista kohtelua edistetään säännöllisen keskustelun ja koulutuksen kautta. Esihenkilöt seuraavat myös potilaspalautteita ja suunnittelevat tarvittaessa toimenpiteitä palautteiden pohjalta.

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

6.4.4 Asiakkaan/potilaan oikeusturva

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaava

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asiakasta/potilasta tai hänen omaisiaan sosiaalihuollon asiakaslain sekä potilaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, tiedottaa asiakkaan ja potilaan oikeuksista sekä toimii muutoinkin asiakkaan/potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo, miten menettellään, kun asiakas/potilas tai hänen omaisensa on tyytymättömän 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/tyytymattomyys-palveluun-tai-hoitoon) (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 potilasasiavastaavat yhteystiedot:

sosiaalijapotilasasiavastaavat@suunsote.fi

Puhelinnumero: 013 330 8265 ja 013 330 8268

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

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

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

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot ovat yksiköissä näkyvillä ja yhteystiedot ovat löydettävissä myös organisaation internet-sivustolta. Potilaalle ja hänen omaiselleen kerrotaan mahdollisuudesta ottaa yhteyttä sosiaali- ja potilasasiavastaavaan. Heille annetaan tarvittaessa yhteystiedot, mikäli hän ei niitä itse pysty löytämään.

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.

Potilailta kerätään palautetta (Roidu) tekstiviestikyselyin vastaanotto-, sädehoito- ja lääkehoitokäyntien jälkeen. Sen lisäksi potilailta saadaan asiakaspalautetta palvelusta suullisesti, sähköisesti verkkosivujen kautta tai sähköpostitse sekä kirjallisesti. Tämän lisäksi palautetta kerätään neljä kertaa vuodessa kansallisen kehittämisverkoston (HoiVerke) laatiman ja koordinoiman hoitotyön potilaspalautekyselyn (HoPP) avulla. Asiakaspalautteita seurataan raportointijärjestelmän kautta kuukausittain.

Palautteet huomioidaan toimintayksikkömme kehittämisessä ja niitä käsitellään moniammatillisissa kokouksissa, joissa päätetään konkreettisista kehittämistoimenpiteistä ja niiden seurannasta. Palautteeseen annetaan kirjallinen vastine, jos palautteenantajan tiedot ovat tiedossa ja hän haluaa palautteen. Kirjallisen palautteen antaa syöpäkeskuksen esihenkilö(t). Suullisen palautteen saannin yhteydessä kerrotaan, miten asiaa käsitellään työyhteisössä.

6.5.2 Asiakasviestintä

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyyn liittyvät riskit	Konsultaatiopyynnöt sekä lähetteet luetaan ja niihin reagoidaan viiveettä. Tehtävä on keskitetty ylilääkärille ja apulaisylilääkärille.	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisaloista edellytyksistä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 94/2022 Perustuslaki 731/1999 Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 Hallintolaki 434/2003
Potilas ei ole tietoinen hoitosuunnitelmastaan	Vastaanottokäynnillä on mukana omainen potilaan tukena	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoasioiden käsittely
Potilaan itsemääräämisoikeus, asiallinen kohtelu tai oikeusturvaan liittyvät asiat eivät toteudu organisaation ja yksikön käytänteiden mukaisesti	Vastaanottokäynnillä on mukana omainen potilaan tukena Kerrataan hyviä käytänteitä potilaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyen Koulutukset	
Monikulttuurisuus potilaan aseman ja osallisuuden varmistamisessa ei toteudu	Tulkkauspalvelun käyttö Vieraskielinen materiaali	

7 Henkilöstö

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

7.1 Henkilöstön rakenne ja riittävyys

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

Syöpäkeskuksessa työskentelee:

- lääkäriä (ylilääkäri, 5 erikoislääkäriä, 2 erikoistuvaa lääkäriä)
- 1 osastonhoitaja
- 0,5 apulaisosastonhoitaja yhdessä munuaiskeskuksen kanssa
- 14 sairaanhoitajaa
- 12 röntgenhoitajaa
- 1 fyysikko, 2 erikoistuvaa fyysikkoo
- 3 osastonsihteerä
- 2 laitoshuoltajaa
- määräaikaaisia sijaisia vuoden ajasta ja tilanteesta riippuen (0–2)

Kaikki tehtävät ovat vakituisia. Lukuun ottamatta kesälomakauden sijaisia. Täyttämättä vakituisista tehtävistä on yksi sairaalafyysikon tehtävä ja 1 hoitajan tehtävä huhtikuulta alkaen. Syöpäkeskuksessa käytetään sissä tai ulkopuolisia hoitajasijaisia muutamia vuoroja vuoden aikana.

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

Syöpäkeskuksessa voi työskennellä toiminnan luonteen vuoksi vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, pois lukien työparina työskentelevä röntgenhoitajaopiskelija esimerkiksi kesäsijaisuudessa. Opiskelija toimii sädehoidon hoitokoneella röntgenhoitajan valvonnassa ja ohjauksessa. Säteilylaissa on määritetty, että sädehoitoa annettaessa täytyy hoitoa olla antamassa kaksi säteilytyöntekijää.

Väestöpohjaan suhteutettuna lääkäreiden määrä on riittävä.

Osaavien sijaisten rekrytointia tehdään koko ajan ja erityisesti opiskelijoiden ohjaamiseen panostetaan. Pidempien poissaolojen sijaisuuksiin perehdytetään uusia työntekijöitä, kun heitä saadaan rekrytoitua. Jos lääkehoidossa on akuuttien poissaolojen vuoksi liian vähän osaavaa henkilökuntaa, siirretään syöpäkeskuksen muista tehtävistä osaajia lääkehoitoon ja ei-kiireelliset asiat siirretään tehtäväksi toisena ajankohtana tai työpisteiden tehtäviä yhdistetään samalle hoitajalle. Sädehoidossa röntgenhoitajia siirretään hoitokoneelle antamaan potilaiden sädehoidot ja polikliinisen toiminnan ei-kiireelliset asiat siirretään seuraavaan työpäivään. Syöpäkeskuksessa poissaolot hoidetaan pääsääntöisesti oman henkilökunnan kesken töitä organisoimalla. Päteviä sijaisia on käytettävissä sisäisissä sijaisissa sairaanhoitaja puolella yksi hoitaja ja röntgenhoitaja sijaisia ei ole lainkaan.

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

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

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

7.2 Rekrytointi

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

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

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

Rekrytointeja pyritään tekemään ennakoivasti, koska syöpäkeskukseen vaadittavia erikoisosaajia ei ole helposti saatavilla omasta organisaatiosta tai ulkopuolelta. Esimerkiksi syventävän vaiheen pitkien harjoittelujaksojen jälkeen pyritään opiskelijoita rekrytoimaan tiedossa oleviin poissaoloihin.

7.3 Perehdytys

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

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

Hoitotyön osalta osastonhoitaja nimeää uuden työntekijän perehdyttäjän. Perehdyttäjä merkitään sädehoidossa työpistetaulukon sekä perehdytyslomakkeelle. Sairaanhoidajien kohdalla perehdyttäjä kirjataan perehdytyslomakkeelle. Alkuun uusi työntekijä työskentelee lääkehoidossa kokeneen hoitajan työparina. Sädehoi-

dossa uusi työntekijä pyritään järjestämään röntgenhoitaja-työparin lisäksi ns. kolmanneksi hoitajaksi, jotta perehtyjä voi rauhassa seurata työparin työskentelyä ensimmäisen työviikon ajan. Syöpäkeskuksen perehdytysaika on 2 vuotta.

Työntekijä ja opiskelija perehtyvät yksikön omavalvontasuunnitelmaan sekä muihin yksikön toimintaa ohjaaviin suunnitelmiin (esim. lääkehoitosuunnitelma, koulutussuunnitelma). Esihenkilö tarkistaa perehdytyskeskustelujen aikana, että suunnitelmiin on perehdytty.

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

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

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

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

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

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

osaaminen ei ole vaaditulla tasolla. Perehdytyksen tukena käydään läpi kirjallista perehdytysuunnitelmaa tarvittavine näytöineen.

7.4 Osaamisen kehittäminen ja täydennyskoulutus

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

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

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

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

Henkilöstön vuorovaikutusosaamiseen ja palautteen antamiseen sekä vastaanottamiseen on kiinnitetty erityisesti huomioita. Syöpäkeskuksen moniammatillisissa koulutusiltapäivissä henkilökunnan kanssa on tehty harjoitteita, jotka auttavat ymmärtämään ihmisten erilaisuutta sekä erilaisia tapoja vastaanottaa ja antaa palautetta. Syöpäkeskukseen on tehty työrauhan pelisäännöt, joihin on kirjattu vuorovaikutusosaamiseen liittyviä asioita. Pelisäännöt tarkistetaan yhdessä vuosittain.

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

jolloin osaaminen on varmistettua myös poikkeustilanteissa. Osaamisvajeita huomatessaan esihenkilö pystyy ohjaamaan työntekijän siihen työpisteeseen, jossa puutteelliseen osaamiseen saa parhaiten parannusta. Perehdyttäjänä toimii oman yksikön osaaaja. Tarvittaessa hyödynnetään organisaation varjostamisen- toimintamallia, jossa omaa osaamista on mahdollista täydentää toisessa yksikössä.

7.5 Johtamisosaaminen

Omaoalvonta- 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 terveysthuollossa työskentelevällä ammattilaisella on oikeus hyvään johtamiseen, jotta he sitoutuvat turvallisuutta edistäviin työtapoihin ja niiden kehittämiseen.

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

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

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

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

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

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

Syöpäkeskuksen esihenkilöt osallistuvat organisaation järjestämiin johtamiskoulutuksiin sekä omaehtoisesti pitävät osaamistaan yllä osallistumalla ulkopuolisten toimijoiden järjestämiin webinaareihin ja koulutuksiin esimerkiksi omavalvontaan liittyen. Turvallisuuteen liittyvää koulutusta tulee esihenkilöille myös laitetoimittajilta ja yhteistyökumppaneilta (esim. kuvantamiskeskus).

Johtamisosaamista seurataan oman esihenkilön kanssa käydyissä keskusteluissa kehityskeskustelun lisäksi. Lähiesihenkilön velvollisuus on kertoa omalle esihenkilölleen, jos työtaakka tulee liian suureksi tai syntyy kokemus, ettei tehtävistä selviydy.

7.6 Työhyvinvointi

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

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

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

Kriisitilanteet ovat työyhteisössä harvinaisia, mutta mahdollisia. Tarvittaessa työntekijöille järjestetään mahdollisuus purkuistuntoon ja/tai asiasta keskustellaan työnohjauksissa. Henkilöstön työhyvinvointia seurataan säännöllisesti mm. henkilöstökyselyn, kehityskeskustelujen ja arkikohtaamisten kautta. Henkilöstöllä on mahdollisuus yksilötyönohjaukseen ja erityisesti työpisteissä, joissa työskennellään yksin, sitä myös suositellaan työntekijälle.

Henkilökunta osallistetaan moniammatillisesti työnriskien arviointiin ja työn kehittämiseen. Syöpäkeskuksessa on vakiintunut toimintamalli moniammatilliseen työn suunnitteluun ja työhyvinvointiin liittyviä asioita käydään läpi keskustellen aamupalavereissa ja muissa kokoontumisissa.

Potilailta saatu palaute vahvistaa käsitystä syöpäkeskuksen henkilökunnan hyvästä yhteishengestä ja ystävällisyydestä niin meillä asioivia ihmisiä kuin myös toinen toisiaan kohtaan. Henkilökunnan keskinäisiin ristiriitilanteisiin puututaan esihenkilöiden toimesta viiveettä. Epäkohtia uskalletaan tuoda yhteiseen keskusteluun joko suoraan kertomalla itse tai esihenkilön kautta.

7.7 Varautuminen haastaviin asiakas/potilastilanteisiin

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

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

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

Jos uhkaavia tilanteita tulisi esille lisääntyvästi, voidaan syöpäkeskuksen henkilökunnalle pyytää lisäkoulutusta esim. Avekki. Tällä hetkellä riski on arvioitu sen verran pieneksi, ettei henkilökunnalle ole järjestetty kyseistä koulutusta.

7.8 Erinomainen toiminta ja onnistumisista oppiminen

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilöstön riittävyys	Jatkuva rekrytointi	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim.
Rekrytoinnin epäonnistuminen	Aktiivinen opiskelijaohjaus Myönteinen työantajakuva (vetovoimainen työyhteisö)	

Perehdytyksen puute tai epäonnistuminen	Kirjalliset perehdytysuunnitelmat Nimetyt ohjaajat ja mentorit Yhteisvastuu perehdytyksestä	Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) ja täydentävä valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain muuttamisesta (104/2008) Työturvallisuuslaki 738/2002
Osaamisen riittämättömyys	Osaamisen ja kehittämisen suunnitelma Henkilökohtainen osaamisen kehittämisen suunnitelma	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Ammattipätevyyden tarkastaminen (Valvira) Työvuorosuunnittelun pelisäännöt Vuosisilomaohje Pyyntö rekrytoinnin käynnistämiseksi -ohje Virantäyttöprosessi -ohje Siun soten perehdytysohjelma Täydennyskoulutusohje Siunsote KON SUUNNITELMA koulutussuunnitelma Syöpäkeskus.docx (sharepoint.com) Kehityskeskusteluohjeet Johtaminen ja esihenkilötyö (sharepoint.com) Henkilöturvaohje Työhyvinvoinnin tuki Tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelma Työsuojelun toimintaohjelma
Työilmapiirin huonontuminen	Yhteinen työhyvinvointia ylläpitävä toiminta Aidosti moniammatillinen työyhteisö Toimiva, monikanavainen viestintä	
Onnistumiset ja hyvä palaute jää huomaamatta	Jokainen työyhteisön jäsen antaa positiivista palautetta ja sen antamista harjoitellaan työyhteisössä säännöllisesti	

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 tietosuojalainsäädännössä (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. Tietojärjestelmäsovitusten lisäksi huomioitu lainsäädännön osalta tietosuojatietoturva 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.

Jokainen käynti kirjataan Siun sotessa käytössä olevaan tietojärjestelmään, Mediatriin. Kaikki ammattiryhmät niin lääkärit, hoitohenkilöstö kuin sihteeritkin käyttävät samaa tietojärjestelmää. Opiskelijat on perehdytetty kirjaamaan ohjaajan valvonnassa. Ohjaaja vahvistaa opiskelijan tekemän kirjauksen. Kaikki kirjatut pyritään tekemään välittömästi potilaan käynnin jälkeen. Lääkärit sanelevat omat tekstinsä, jotka sihteerit purkaa organisaation ohjeistuksen mukaan kiireellisyysjärjestyksessä. Potilas voi tarkistaa halutessaan tutkimus- ja laboratoriovastaukset OmaKannasta. Potilaille kerrotaan tästä mahdollisuudesta yhteydenoton aikana ja potilaan kanssa voidaan myös sopia, että potilas tarkastaa tiedot suoraan OmaKannasta (esim. rintasyöpähoitajan käynnin jälkeen luustontuheyden mittauksen tuloksen). Potilaalla on halutessaan oikeus tarkistaa omat tietonsa asiakas- ja potilastietorekisteristä sekä oikeus saada tieto hänestä itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvistä tiedoista (jollei laissa toisin säädetä). Tarkastuspyynnön voi tehdä sähköisen asiointipalvelun kautta tai Asiakas-/potilasrekisteritietojen tarkastuspyyntö -lomakkeella ja postittaa täytetyn lomakkeen Siun soten kirjaamoon.

Kirjatut laaditaan sovittujen käytänteiden mukaisesti. Potilastietoja tietojärjestelmästä katsoo ainoastaan kyseisen potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilöstö. Asiakkaan/potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Tietojärjestelmien käyttäjien käyttöoikeudet on määritelty työtehtävien mukaan. Tietosuojan liittyvissä epäkohdissa on esihenkilöllä selvitysvastuu.

Jokainen ammattihenkilö kirjautuu tietojärjestelmään henkilökohtaisella ammattikortilla. Tietokoneet, joilla kirjauksia tehdään sijaitsevat niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt pääse niitä näkemään. Kirjauksia tekevä henkilö sulkee tietojärjestelmän poistuessaan tietokoneelta. Asiasta ei keskustella muiden, kuin hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Jokainen työntekijä on salassapito- ja vaitiolovelvollinen työssään esille tulevista sa-

lassa pidettävistä ja arkaluontoista asioista. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus on voimassa myös palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Asiakkaan tarkastuspyyntöön perustuvan valvonnan, joka liittyy asiakas- ja potilasrekisteriin, toteuttavat tietosuojavaltuutetut ja Kanta-palveluun liittyvän valvonnan Kansaneläkelaitos (KELA) ja tietosuojavaltuutetut. Siun sote käyttää suojattua tietoliikennejärjestelmää.

Työhön/työharjoitteluun tullessaan työntekijä/opiskelija allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jolla hän sitoutuu noudattamaan voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä, säilyttämään tietojärjestelmien käyttäjätunnukset ja salasanat asianmukaisesti sekä huolehtimaan erityisesti potilas- ja asiakastietoihin liittyvästä salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta myös työsuhteen/harjoittelun päättymisen jälkeen. Sitoumus laaditaan kahdena kappaleena, joista toinen jää työntekijälle/harjoittelijalle ja toinen työnantajalle. Työntekijä sitoutuu olemaan käsittelemättä niiden potilaiden/asiakkaiden tietoja, joihin hänellä ei ole hoito-/asiakassuhdetta (esim. omat asiakas/potilastiedot) sekä olemaan ilmaisematta potilas- ja asiakastietoja sivullisille. Esihenkilön vastuulla on huolehtia, että kyseinen sitoumus tehdään niin opiskelijoiden kuin uusien työntekijöiden kanssa.

Jos potilaalta tulee pyyntö häntä koskevan tiedon korjaamiseen, toimitaan organisaation kirjaamisohjeistuksen mukaisesti ja tekstin kirjannut ammattihenkilö tekee potilaan pyytämän korjauksen, mikäli se on aiheellinen.

Hoitotyön kirjausten laatua auditoidaan säännöllisesti. Jokaisella asiakkaalla on mahdollisuus pyytää selvitystä siitä, kuka on hänen tietojensa käsitellyt, mikäli herää epäily tietojen väärinkäytöstä. Syöpäkeskuksessa on järjestetty koulutusta hoitotyön kirjaamisesta sekä sovittu yhteisistä käytänteistä. Kirjaaminen kuuluu henkilökunnan perehdytysohjelmaan ja perehdytysvastuu on koko henkilökunnalla. Sekä Mediatriin käytöstä että hoitotyön kirjaamisesta on laadittu kirjalliset ohjeet. Jos kirjaamiseen liittyviä poikkeamia tulee esille, esihenkilö keskustelelee asianomaisen kanssa ja järjestää hänelle tarvittaessa kertausta siihen liittyen. Syöpäyksikössä on kirjaamisen auditointia, ja hän pystyy auttamaan kirjaamiseen liittyvissä asioissa. Jos huomataan potilasasiakirjojen käsittelyyn tai salassapitoon liittyviä poikkeamia, ryhtyy esihenkilö organisaation ohjeistuksen mukaisiin toimiin.

Yksikön digimentori on esihenkilöiden tukena kouluttamassa eri tietojärjestelmien käyttöön. Digimentori tuo ajantasaista tietoa tietojärjestelmiin liittyen. Hän on vieriohjaajana järjestelmien käyttöönotossa ja muissakin tietoteknisissä ongelmissa.

Sädehoidossa on käytössä sädehoitokoneiden toimittajan (Varian) sädehoito-ohjelmisto Arian. Ohjelma toimii lisenssiaperusteisesti. Lisenssit löytyvät sädehoitotilojen, fyysikoiden sekä sädehoitoa tekevien lääkäreiden tietokoneilta. Sädehoitosuunnitelmia tekevät lääkäri ja fyysikot pystyvät käyttämään ohjelmia myös etätyöpisteittäin. Sädehoitotyön tekeminen edellyttää näiden ohjelmistojen käyttöosaamista. Ohjelmistot hankitaan laitehankintojen yhteydessä organisaation ohjeistuksen mukaisesti. Käyttäjäoikeudet järjestelmiin antaa säteilyturvallisuusvastaavana ylifyysikko.

8.2 Tietosuoja ja tietoturva

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

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

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

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

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

Esihenkilöiden vastuulla on lisäksi riskinarvioon perustuen:

- suorittaa tarvittavat toimenpiteet (mm. henkilöstön ohjeistus)
- pohtia toiminnan kannalta mahdollisia suojaavia toimia, jotta vastaavalta välttyään jatkossa
- suorittaa tarvittavat työnjohdolliset toimenpiteet (ml. kuuleminen, seuraamukset/sanktiot)
- informoida loukkauksen kohteena oleva henkilö (rekisteröity) tapahtuneesta (informointi voidaan suorittaa esimerkiksi puhelimitse, asioinnin yhteydessä tai kirjeellä)
- kaikki toimenpiteet tulee arvioida tapaus- ja tilannekohtaisesti, huomioiden tapahtuman riski henkilölle, jonka tietosuoja on loukattu (kaikkia yllä mainittuja toimia ei tehdä automaattisesti jokaisen tietoturvaloukkauksen käsittelyn yhteydessä)

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

Palveluyksikössä on nimetty asiakas-/potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä: Kyllä

Hyvinvointialueen tietosuojaja- ja tietoturvasuunnitelma:

Hyväksytty 18.8.2023. Suunnitelma päivitetään vuosittain tai toimintaympäristön muuttuessa.

Tietosuojavastaava seuraa ja valvoo hyvinvointialueella henkilötietojen käsittelyä sekä tietosuoja säännösten 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
Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja kirjaaminen ei toteudu annettujen ohjeiden mukaisesti	Asianmukainen koulutus ja jatkuva seuranta	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, voimassa 31.12.2023 saakka Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007 Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) Tietosuoja laki (1050/2018)

		• Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. • Terveysthuollon asiakirjojen käsittely ja arkistointi • Asiakas- tai potilasrekisteriin tallennettujen tietojen luovuttaminen • Lukuisat Mediatri-ohjeet (linkki intran sivulle) • Käyttövaltuuksien hallinnan ja tunnistautumisen käytännöt -toimintaohje • Tietosuoja- ja tietoturvapoliittika • Tietoturva- ja tietosuojakäsikirja • Tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelma • Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja henkilötietojen käsittelytoimien kuvaus • Henkilötietojen käsittely - Tietosuojaselosteet • Tietosuojan valvontasuunnitelma • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus • Salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja siihen liittyvät hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset ja ohjeistukset • Tietosuojan vaikutustenarvioinnin (DPIA) tarpeen kartoittaminen
--	--	--

9 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelua tukevien toimintojen laatu

9.1 Toimintaympäristö, toimitilat ja teknologiset ratkaisut

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

Syöpäkeskuksen tilat sijaitsevat keskussairaalan K-talon 1.kerroksessa. Syöpäkeskuksen tilat on suunniteltu käyttötarkoitukseensa, mutta lisätilaa on tilan puutteen vuoksi jouduttu rakentamaan eri käyttötarkoitukseen tehdyistä huoneista. Säteihoidon tiloissa on huomioitu säteilyyn liittyvät ratkaisut rakenteissa ja käytönohjauksessa. Solunsalpaajahoitojen antotilassa on huomioitu valvontamahdollisuus hoitojen aikana. Lääkehoitotilan

yhteydessä on lisäksi erillinen tila, jonka yhteydessä on oma wc. Tämä tila mahdollistaa eristystarpeen ja yksityisyyden huomioimisen erityisissä hoitotilanteissa. Lääkehoitotilasta pääsee kulunvalvontatunnisteella lääkehuoneeseen. Tämä tila on kameravalvonnan piirissä. Siun sotessa on laadittu ohjeet kameravalvonnan käytöstä ja henkilötietojen keräämisestä Tietosuojaseloste: Tallentava Kameravalvonta (siunsote.fi) .Syöpäkeskuksen tiloja käyttää henkilökunta, joka ymmärtää tilojen käytön ominaispiirteet (esim. sädehoitotila, solunsalpaaja-hoitotila) verrattuna normaalissa poliklinisessa käytössä oleviin tiloihin.

Potilaille annetaan ohjeet syöpäkeskukseen saapumisesta ajanvarauskirjeissä. Helmikuussa 2025 otettiin käyttöön uuden potilaan digihoitopolku digipalvelualustalle. Hoitopolulla on ohjeistusta potilaan hoitoja ennakkoivasti ja myös esittelyvideoita syöpäkeskukseen saapumiseen. Syöpäkeskuksessa potilaat ohjataan opasteiden avulla oikeaan työpisteeseen. Lääkehoitoihin tulevat potilaat ohjataan tulemaan suoraan lääkehoitotilaan. Sädehoitoon ja vastaanotoille tulevat potilaat ohjataan odottamaan odotusaulaan. Näihin tiloihin opastetaan katto- ja seinäopasteiden avulla. Syöpäkeskuksen tilat ovat esteettömät.

Lääkehoitoja annetaan tilassa, jossa on useampi potilas yhtä aikaa. Tämä tuo haasteita potilaan yksityisyyden suojaan potilaan kanssa keskustellessa. Potilaan kanssa voidaan keskustella kahden kesken rauhallisessa tilassa, esimerkiksi hoitajan toimistossa. Potilaan yksityisyyden suojan parantaminen lääkeshoidossa on yksi syöpäkeskuksen vuoden 2025 keskeisistä kehittämiskohteista.

Turvallisesta toimintaympäristöstä poistetaan rikkinäiset välineet, huolto pyydetään korjaamaan korjattavissa olevat laitteet ja välineet. Esihenkilö huolehtii, että työvälineet ovat tehtäviin soveltuvat. Huoltoilmoituksen tekeminen kuuluu kaikkien vastuulle, jos huomaa laitteen tai työvälineen olevan epäkunnossa. Ilmoitustaululla on ohjeistus korjausilmoituksen tekoa varten. Uusien laitteiden osalta käyttöönottokoulutukset järjestetään laitetoimittajan toimesta. Uudet työntekijät perehdytetään laitteiden käyttöön ja esimerkiksi sädehoidossa vaaditaan näyttö sädehoitokoneen toimintaan liittyen. Käytössä olevien laitepassien avulla pystytään todentamaan laitteiden käytön osaaminen.

Kiinteistön ylläpitoon liittyvät tehtävät kuuluvat organisaation tekniselle toimelle. Toimitiloihin ja toimintaympäristöön liittyviä vaara- ja poikkeamatilanteita seurataan samalla tavoin kuin muitakin vaara- ja poikkeamatilanteita yhteisissä moniammatillisissa palaverissa kerran kuukaudessa. Esihenkilö esittelee ilmoitukset yhteisen keskustelun aluksi.

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

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

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

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

Säteilyturvallisuuskeskus tarkastaa määrävälein sädehoitoyksiköt ja niiden toiminnan. Syöpäkeskuksen osalta toiminnantarkastus on viimeksi tehty vuoden 2024 syyskuussa, tuolloin toiminnan lisäksi tarkastettiin kuvantamiskeskuksen PET-TT-laite, jolla tehdään suunnittelukuvaukset sädehoidon potilaille. Seuraava sädehoidon toiminnantarkastus on vuonna 2027.

Toimitilalle tehty tarkastus/ myönnetty viranomaishyväksyntä /myönnetty lupa:

Tarkastaja säteilyturvallisuuskeskus:

18.09.2024.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Toimintaympäristö, toimitilat sekä teknologiset ratkaisut ovat työ- ja potilasturvallisia	Turvallisuuskävelyt Päällekkäushälyttimien säännöllinen testaaminen Henkilökunnan koulutus Sädehoidon turvallisuusarviointi (lakisääteinen)	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Perustuslaki (231/1999) (esim. 10 § yksityisyyden suoja) Tietosuoja laki (1050/2018) Pelastuslaki (379/2011) Säteilylaki 859/2018 STUK Säteilylähteiden käyttötilojen suunnittelu ST 1.10 Lääkelaki 395/1987 Fimean määräys 6/2012 (mm. lääkehuoltotilat) EU:n yleinen tietosuoja-asetus (679/2016)

	Syöpäkeskuksen riskienarviointi Laatuportissa vuosittain	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. • Pelastussuunnitelmat - linkit • Poistumisturvallisuus opas • Syöpäkeskuksen pikaohje (turvallisuuskansiossa) palotilanteisiin • Siun soten Turvallinen lääkehoidon opas • Lääkekaapin/huoneen omavalvonta • Tietosuojaseloste: Tallentava kameravalvontajärjestelmä • Tietosuojaseloste: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kulunvalvonta- ja avaintenhallintarekisteri • Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä -ohje ja sähköinen ilmoituslomake • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
--	---	---

9.2 Etä- ja digipalvelut

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

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

Potilaita ohjataan vastaanotoilla käyttämään OmaKantaa tekstien ja vastausten katsomiseen. Osa yhteydenottoista tapahtuu myös tekstiviestein, esim. luustontiheyden mittaustuloksen ilmoittaminen.

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

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

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

Ohje: Videovälitteinen etäkäynti Teamsin välityksellä, linkki

Sähköinen asiointi – Kuvitettu ohje asiakkaalle suojatun sähköpostin lähettämiseen, linkki

Etäryhmäkäynti Teamsin välityksellä -asiakasohje, linkki

Henkilökunnan etä- ja digiosaamista pidetään yllä talon sisäisillä ohjeistuksilla ja koulutuksilla. Yksikössä on nimetyt digimentorit, jotka neuvovat ja ohjaavat työkavereita. Osaamisvaatimuksissa korostuu potilaan kohtaaminen puhelin- tai etäyhteyden välityksellä. Kommunikaatioon liittyvät asiat tulee huomioida eri tavalla kuin lähikohtaamisissa. Henkilökunnalla tulee olla riittävä tietotekninen osaaminen laitteiden ja yhteyksien käyttöön. Digimentoreiden tarjoaman tuen lisäksi jokaisen tulee itsenäisesti harjoitella erilaisten digilaitteiden käyttöä. Tärkeimpien laitteiden ja ohjelmien osalta käydään ohjeistuksia ja käytönopastuksia läpi yhteisissä, moniammatillisissa koulutuksissa.

Viimeisimpänä digipalveluna on otettu käyttöön uuden potilaan ensikäyntiin liittyvä digipolku. Osastonsihteerit ja poliklinikkahoitajat avaavat potilaille digipolun. Lääkärit kirjaavat digipolulla täytettävän esitietolomakkeen tiedot potilaan käyntitekstiin. Potilaita ohjataan täyttämään esitietolomake digipolulla ennen vastaanotolle saapumistaan. Käyttökoulutukset järjestettiin koko henkilökunnalle ennen digipolun avaamista. Syöpäkeskukseen on suunnitteilla uusia digipolkuja.

Syöpäkeskuksessa ei ole tehty erillistä etä- ja digipalveluiden riskienarviointia. Digisuunnitelma syöpäkeskuksessa on olemassa.

Onko palveluyksikössä nimetty digimentori: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
-------------------	---------------	----------------------

Etä- ja digipalveluiden tietoturva ei toteudu ohjeistuksen mukaisesti	Vahva tunnistautuminen Koulutus	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. EU:n tietosuoja-asetus (679/2016) Tietosuoja laki (1050/2018) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toiminta-ohjeita, esim. Tietosuoja koskeva vaikutustenarviointi (DPIA) Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa Etäkäynti Teamsin välityksellä- ohje työntekijälle Valokuvan vastaanottaminen asiakkaalta suojatulla sähköpostilla -ohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
---	------------------------------------	---

9.3 Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

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

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

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

Ulkoisen sädehoidon laitteet (lineaarikiihdyttimet, hengitystahdistuslaite, pinnantunnistuslaite) ovat käytössä arkipäivisin. Hoidon varmistus- ja annossuunnittelulaite ja ohjelmistot ovat päivittäisessä käytössä. Elektroni- hoidoissa käytetään lisäksi säteilykeilan rajaamiseen tarvittavia välineitä. Laitteita käyttää niiden käyttöön kou- lutettu henkilökunta, röntgenhoitajat ja fyysikot. Sädehoidon dosimetrialaitteet (annosmittarit) on myös laki- sääteisesti käytössä. Säteilytiloihin on rajoitettu liikkumista niin, että tiloihin pääsee vain laitteita käyttävä hen- kilökunta. Ovet ovat lukittuina silloin kun tiloja ei käytetä. Sädehoidon laitteita ja ohjelmistoja käytetään henki- lökohtaisten kirjautumistunnusten avulla. Näin estetään asiattomilta käyttäjiltä laitteille pääsy.

Sädehoidon toteutuksessa voidaan tarvita apuna termoplastisia fiksaatiomaskeja pään ja kaulan alueen hoi- doissa. Maskien teossa käytetään apuna ns. maskiunia, jossa maskimateriaali pehmennetään muotoilun hel- pottamiseksi. Potilaan asettelussa hoitopöydällä käytetään apuna erilaisia tyynyjä ja telineitä, jotta potilaan asento saadaan samanlaiseksi jokaisella hoitokerralla. Sädehoidon suunnittelukuvaukset tehdään PET-TT-lait- teella, joka on yhteiskäytössä radiologian ja kliinisen fysiologian kanssa. Kuvaustiloihin pääsyä seurataan kulku- tunnisteiden avulla. Osassa kuvauksissa käytetään varjoaineruiskua. Ruiskun avulla röntgenhoitajat annostelevat potilaaseen jodipitoista varjoainetta lääkärin määräyksestä.

Sädehoidon laadunvarmistuksessa käytetään isodoosikartoitinta, annosmittaria, ionisaatiokammiota ja elektro- metrejä. Näitä käyttää vain käytönopastuksen ja koulutuksen saanut henkilökunta, fyysikot ja röntgenhoitajat. Lineaarikiihdyttimille tehdään käynnistyksen yhteydessä joka aamu laadunvarmistustestit röntgenhoitajan toi- mesta ennen potilaiden hoitamista. Potilaiden hoitoa ei aloiteta ennen kuin laatumittaukset on saatu toteutu- maan onnistuneesti. Fyysikot tekevät aamumittausten lisäksi laaduntarkastusmittauksia kuukausittain erillisen laadunvarmistusohjelman mukaisesti. Röntgenhoitajilla on velvollisuus tarkkailla kiihdyttimen toimintaa ja il- moittaa fyysikoille, jos koneen päivittäisen toiminnan aikana ilmenee häiriöitä. Kiihdyttimessä on lisäksi sisäi- nen hoidon varmistusjärjestelmä, joka estää laitteen käytön, jos järjestelmä havaitsee häiriöitä normaalissa toi- minnassa.

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

Lääkintälaittehuolto huolehtii lääkintälaitteiden säännöllisestä huollosta huolto-ohjelman mukaisesti. Jos laittei- den toiminnassa huomataan ongelmia, tehdään korjauspyyntö ja toimitetaan laite lääkintälaittehuoltoon. Jos laitetta ei saada korjattua, se lähtee poistoon. Syöpäkeskuksessa kalibroidaan ja tarkistetaan verensokerimitta- rit ja alkometri säännöllisesti. Verensokerimittareiden tarkistustulokset kirjataan sovitusti. Henkilökunta puh- distaa laitteet käytön jälkeen asianmukaisilla puhdistusaineilla ja varmistaa laitteet käyttökuntoon seuraavalle potilaalle.

Syöpäkeskuksessa on käytössä digitaaliset laitepassit yleisesti käytössä oleville laitteille. Laitepassit ovat työn alla lineaarikiihdyttimille sekä laadunvarmistuslaitteille. Syöpäkeskukseen on tehty oma laiterekisteri, jonka ylläpidosta vastaavat esihenkilön lisäksi yksikön turvallisuusvastaavat. Lääkintälaitteet pyritään hankkimaan sopimustoimittajilta, jolloin niiden asianmukaisuus on varmistettu hankintatoimen puolesta kilpailutuksen yhteydessä. Kaikissa laitteissa tulee olla CE-merkintä.

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

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

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

Syksystä 2025 lähtien sädehoidon röntgenhoitajat ovat perehtyneet eturauhassyöpäpotilaiden magneettikuvantamiseen. Perehtymisvaiheessa hoitajat ovat mukana kuvantamisen röntgenhoitajien mukana magneettikuvantamisen eri vaiheissa. Sädehoidon henkilökuntaa on koulutettu magneettiturvallisuuteen ja he tulevat osallistumaan keväällä 2025 laitetoimittajan koulutuksiin. Magneettilaitteet ovat kuvantamiskeskuksen omaisuutta. Sähkökatkotilanteessa sädehoitolaitteiden käyttö ei ole mahdollista. Hoitoja jatketaan katkon päätyttyä. Lääkehoidossa infuusioautomaattien toiminta jatkuu akulla muutamia tunteja, mutta lääkkeet voidaan poikkeustilanteessa antaa ilman infuusioautomaattia.

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

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

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

Hoitohenkilökunta suorittaa erikseen sovitut laitepassit. Laitepassien suorittamista valvoo esihenkilöt ja näyttöjen vastaanotosta huolehtivat esihenkilöiden lisäksi yksikköön nimetyt turvallisuusvastaavat. Laitepassit löytyvät Laatuportista. Osaan laitteista ei ole valmiita laitepasseja, vaan ne joudutaan tekemään yksikössä itse. Työn alla ovat passit lineaarikiihdytimeen, maskiuuniin, solunsalpaajajätteen umpiointilaitteeseen sekä uroterapeutin käytössä olevaan ultraäänilaitteeseen.

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

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

Ylifyysikko ilmoittaa Säteilyturvallisuuskeskukselle säteilyyn liittyvät haittatapahtumat kootusti kerran vuodesta tai vakavissa tilanteissa heti tapahtuman yhteydessä.

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

Onko palveluyksikössä laitevastaava/-yhdyshenkilö: Kyllä Onko palveluyksikössäsi nimetty lääkinnällisten laitteiden omavalmistuksesta vastaava vastuuhenkilö: Ei Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialuejohtaja Susanna Wilen, 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
Braunin infuusioautomaatti ei ole ennestään tuttu uudelle työntekijälle	huolellinen perehdytys ja näytöt infuusioautomaatin käyttöön liittyen solunsalpaajahoidoissa	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. - EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.
Happi- ja ilmavirtausmittareiden sekoittuminen	Yksikön työpisteissä on pääsääntöisesti vain happivirtausmittarit. Ilmavirtausmittarit säilytetään erillään happivirtausmittareista.	Lääkintälaitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja käyttöönotto sekä käyttökoulutus -ohje Digitaalisten laitepassien käyttöönotto työyksiköissä -toimintaohje Digitaaliset laitepassit, esihenkilö -tietojärjestelmäohje Digitaaliset laitepassit, peruskäyttäjä (suorittaja) -tietojärjestelmäohje Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely
Sädehoidon turvallisuus	Sädehoidon riskinarvio Sädehoidon turvallisuusarvio Perehdytys	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. - EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Säteilylaki (859/2018) - Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018

		• STM:n asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018 • Säteilyturvallisuukskeskuksen määräykset
--	--	--

9.4 Lääkehoidon turvallisuus

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

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

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

Solunsalpaajahoidon perehdytykseen käytetään solunsalpaajatyöryhmän tekemää perehdytys- ja näyttökorttia ”Sairaanhoitajan perehdytys- ja näyttölomake solunsalpaajahoitoihin”, samoin kuin hyödynnetään muita työryhmän tekemiä ohjeistuksia solunsalpaajatyöhön. Uudet sairaanhoitajat suorittavat Solunsalpaajahoidon osaaminen SYTO-verkkokurssin. KYS:n tekemää solunsalpaajahoidon käsikirjaa hyödynnetään myös perehdytyksessä. Läpikäyty lomake palautetaan osastonhoitajalle säilyttämistä varten. Osastonhoitaja huomio lomakkeen säilytyksessä tietosuojaan liittyvän ohjeistuksen. Kaikkien syöpäkeskuksen sairaanhoitajien tulee pystyä työskentelemään lääkehoidossa. Lääkehoidon ohjaamisosaaminen korostuu kaikissa tehtävissä.

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

Syöpäsairaanhoitajan, rintasyöpähoitajan sekä uroterapeutin tehtävät edellyttävät vankkaa syöpäpotilaan hoitotyön osaamista, johon sisältyy lääkehoito-osaaminen. Tehtävien menestyksellä hoitaminen edellyttää perustaitojen osaamista solunsalpaajahoitojen toteuttamiseen liittyen sekä tehtäväkohtaista osaamisen vahvistamista kunkin oman osaamisalueen erityispiirteisiin.

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

Ohjaavana hoitajana toimii vuorotellen sairaanhoitaja tai röntgenhoitaja. Tässä tehtävässä lääkehoidollinen ohjaaminen on pitkälti oireiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn perustuvaa ohjausta.

Röntgenhoitajilla potilaan lääkehoitoon osallistuminen painottuu varsinaisen lääkkeen annon sijaan lääkeohjaukseen ja lääkehoidon vaikuttavuuden tarkkailuun. Röntgenhoitajat eivät annostele potilaille lääkkeitä, lukuun ottamatta osassa suunnittelutietokonetomografioissa käytettävää varjoainetta. Uusi röntgenhoitaja perehtyy sädehoidossa tarvittavaan lääkehoidon ohjaukseen yhdessä työparin sekä perehdyttäjän kanssa. Röntgenhoitajaopiskelija ei työsuhteessa ollessaan anna itsenäisesti potilaalle lääkehoidon ohjausta.

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

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

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

Yksikkökohtaiset näytöt vaaditaan:

- IV- nestehoidon toteutus näyttöön liittyen solunsalpaajaletkuston käyttökuntoon saattamisesta ja infuusioautomaatin käytöstä sairaanhoitajien osalta.

- Varjoainetehosteisia TT-kuvauksia tekevät röntgenhoitajat antavat näytöt perifeerisen laskimon kanyloinnista, iv-lääkeinjektion valmistelusta ja antamisesta (varjoaineruiskuun liittyvät valmistelut ja potilasannostelu) sekä iv-lääkeinfusion valmistelu ja antaminen (NaCl-infusion käyttökuntoon saattaminen ja liittäminen varjoaineruiskuun sekä potilaaseen).

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

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

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

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

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

Solunsalpaajalääkkeet tilataan potilaskohtaisina annoksina TcPharma- ohjelman kautta. Tilauksen saavat tehdä vain asiaan koulutetut sairaanhoitajat ja osastonhoitaja huolehtii tilaus/vahvistusoikeudet sairaala-apteekin kautta. Lääkäri hyväksyy solunsalpaajatilauksen sähköisesti apteekkiohjelmassa. Solunsalpaajalääkkeet toimitte-

taan yksikköön sairaala-apteekista sinetillä varustetuissa lääkelaatikoissa, jotka sairaanhoitaja avaa lääkehoito-huoneessa. Poikkeuksen toimintamalliin tuovat valmiit annospussit (gemsitabiini, irinotekaani). Ne tilataan yksikköön sairaala-apteekista normaali lääketilausohjelman kautta. Valmiita annospusseja säilytetään lääkehuoneessa erillisessä hyllyssä, josta hoitaja ottaa potilaan tarvitseman annoskoon pussin. Hoitaja antaa lääkärin määräämän annospussin potilaalle samalla tavoin kuin sairaala-apteekista tulevat lääkeannokset.

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

Potilaita ja heidän omaisiaan ohjataan solunsalpaajahoidon liittyen koko hoitoprosessin ajan. Ohjaukseen kuuluu myös informoiminen mahdollisista haattatapahtumista. Potilaita ohjeistetaan kertomaan hoidon aikaisesta vaaratilanteesta hoitohenkilökunnalle. Lääkkeen antoon liittyvät ongelmat ja komplikaatiot merkitään potilaan tietoihin ja tehdään haattatapahtumailmoitus (sairaanhoitaja ja/tai lääkäri). Lääkehoitoon liittyvissä vaara- ja poikkeamatilanteissa informoidaan välittömästi lääkärä, joka myös osaltaan kirjaa tapahtuman sairauskertomukseen ja tekee tarvittaessa ilmoituksen FIMEAlle ja/tai lääkkeen valmistajalle.

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

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

Syöpäkeskuksen ainoa kotiin luovutettava laite on kertakäyttöinen, solunsalpaajaa sisältävä, ambulatorinen infuusiopumppu. Hoito aloitetaan aina syöpäyksikössä ja infuusionopeus on joko 24 h tai 48 h potilaan hoidosta riippuen. Potilas poistaa infuusiopumpun kotona lääkeaineen loppumisen jälkeen. Potilasta pyydetään tuomaan tyhjentynyt pumppu seuraavalla hoitokerralla syöpäkeskukseen, jossa se hävitetään asianmukaisesti solunsalpaajajätteenä. Potilas ohjataan pumpun käyttöön, poistoon ja ongelmatilanteisiin. Potilaan kirjallinen ohje löytyy tiedostopankista Siunsote_SYO_POTILAS_fluoropumppu_ohje.docx (sharepoint.com).

Solunsalpaajavahingoissa jokaisen työntekijän on tiedettävä roiskepakin sijainti ja sisältö ja osattava toimia oikein roiskeiden siivoamisessa. Työturvallisuusilmoitus tehdään jokaisesta solunsalpaajiin liittyvästä vaaratapah- tumasta. Ilmoituksen pääsääntöisesti tekee työntekijä ja sen käsittelee määrääjassa osastonhoitaja. Solunsal- paajavaaratapah- tumasta informoidaan yksikön lääkärinä, lähiesimiestä, laitoshuoltajaa ja hoitajia. Haittatapah- tuma kirjataan Mediatriin potilaan hoitotyön merkintöihin sekä lääkärin toimesta SYÖ-, GYN- tai SIS-lehdelle.

Sairaala-apteekin suorittama lääkehoidon ja -huollon valvontakäynti toteutuu syöpäkeskuksessa toukokuussa 2025. Tässä yhteydessä täytetään Laatuportissa tarkastukseen liittyvä omavalvontalomake.

Onko palveluyksikössä lääkehoitovastaava: Kyllä

Työskenteleekö palveluyksikössä farmasian ammattilainen: Ei

Palveluyksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan nimi ja yhteystiedot:

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

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelmasta ja lääkelupaprosessista vastaava esihenkilö: osastohoitaja Piia Hytti- nen, puh. 013 330 3106

Yhteenvedo keskeisimmistä tunnistetuista (edellä kuvatuista) lääkehoitoon liittyvistä riskeistä, niiden hallinta- keinoista ja toimintaa ohjaavista ohjeista ja/tai määräyksistä.

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Lääkehoitoon tulevien poti- lasmäärien ennakoimatto- muus, koska potilaat tule- vat konsultaatiopyyntöjen perusteella muista yksi- köistä	Sanomajatkokäsittely siirty- nyt sihteereille, jolloin yksi henkilö tekee kerrallaan aja- nantotyötä (virheiden mah- dollisuus pienenee) Hoitajilla käytössä työaika- pankki, joka tuo jouston mahdollisuuden työajan käyttöön	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Lääkelaki (395/1987) Lääkeasetus (693/1987) Huumausainelaki (373/2008) Oma- valvontaa ohjaavia organisaation toiminta- ohjeita, esim. Siun soten Turvallinen lääkehoito -opas Perehdytysuunnitelma ja sen seuranta- lomake työyksikön lääkehoitoon ja -huol- toon -työohje

Sädehoidon oireisiin liittyvä lääkehoidon ohjaustarve silloin, kun työparina on opiskelija	Sädehoidossa kesätyössä oleva röntgenhoitajaopiskelija työskentelee työparin kanssa, jolloin lääkehoidus pystytään huomioimaan. Pyritään siihen, että opiskelija on kolmantena hoitokoneella kahden röntgenhoitajan kanssa.	• Siunsote SYO Laakehoitosuunnitelma syopaketus.docx (sharepoint.com) • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) tekeminen Laatuporttiin • Riskin suuruuden ja merkittävyyden arviointi Laatuportissa • Vaaratilanneilmoituksen (PaTu) käsittely Laatuportissa • Laiteturvallisuusilmoituksen teko ja käsittely Laatuportissa • Asiakkaan ja läheisen vaaratilanneilmoituksen käsittely • Siunsote APT TYÖOHJE Solunsalpaaja-ohjeisto.docx (sharepoint.com)
Osaavia sijaisia ei saada poissaolotilanteissa sijaiseksi	Lääkehoitoon siirretään hoitajia muista työpisteistä, jotta lääkehoitopotilaat saadaan hoidettua Sädehoidossa suunnitteluvaihtoehtoja ja poliklinikka työtä järjestellään, niin että hoitokoneella potilaat saadaan hoidettua	
Hematologialla, gynekologialla ja onkologialla eroavaisuuksia hoitokulttuurissa (esim. solunsalpaajien kirjaamisessa)	Yhteistyökokoukset eri erikoisalojen kanssa yhteisten käytänteiden löytämiseksi	
Väärä solunsalpaaja- tai muun syöpälääkkeen annos tai väärä lääke/solunsalpaaja	Sairaanhoitaja tarkistaa lääkeannoksen mediatriasta potilaan lääkitys lehdeltä tai hoito-ohjeet ja määräykset kohdasta tai solunsalpaajalomakkeelta (hematologiset potilaat) ennen lääketilauksen tekemistä. Lääkäri tarkistaa tilauksen ennen sen vahvistamista. Sairaala-apteekista soimitaan, jos tilauksella on poikkeava kirjaus. Sairaanhoitaja tarkistaa lääkeannoksen vielä (mediatrin lääkitys lehdeltä tai solunsal-	

	paajatilaus lomakkeelta) ennen lääkkeen antamista potilaalle.	
Väärä potilas	Sairaanhoitaja tarkistaa ennen lääkkeen tilaamista (sy- tostaattiohjelmalla), että on tilaamassa lääkettä oikealle potilaalle. Sairaanhoitaja kysyy potilaan nimen ja syntymäajan ennen lääkeinfuusion aloittamista. Tiedot kysytään siten, että potilas kertoo ne itse. Poti- laan antamaa tietoa verra- taan lääkepussin mukana olevaan solunsalpaajatilaus- lomakkeeseen.	
Puutteellinen lääkemää- räys	Sairaanhoitaja tai röntgen- hoitaja tarkistaa lääkemää- räyksen antajalta puuttuvat tiedot	
Väärä pahoinvoinninesto- lääkitys, ohjattu virheelli- sesti tai potilas ottanut vir- heellisesti	Syöpäkeskuksella on kirjalli- set ohjeet potilaille pahoin- voinninestolääkityksistä Lääkäri määrää pahoinvoin- ninestolääkityksen. Sairaan- hoitajan tulee kuitenkin tar- kistaa ja tarvittaessa ilmoit- taa lääkärille, jos määräyk- sessä on epäselvyyksiä. Tarvittaessa annetaan pa- hoinvoinninestolääkitys suo- neen, suun kautta otettavien lääkkeiden sijaan Kerrataan pahoinvoinnin es- tolääkitysohjetta ilmenneen tarpeen mukaisesti.	

9.5 Infektioiden torjunta

9.5.1 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy

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

Syöpäkeskuksen ei anneta potilaille lääkehoitoja, jos hänellä epäillään olevan infektio. Potilas ohjataan jatko- hoitoon infektion hoitamiseksi. Syöpäkeskuksessa ei seurata infektioita, eikä tarttuvia sairauksia, vaan seuranta tapahtuu jatkohoitoyksiköissä. Epidemiatilanteissa noudatetaan organisaation ohjeistusta. Henkilöstö on ohjeistettu toimimaan infektioiden torjuntayksikön ohjeiden mukaisesti huomioiden hyvä käsihygieniä ja aseptiikka. Henkilöstö noudattaa toiminnassaan hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyn ohjetta infektioiden ja muiden tarttuvien sairauksien leviämisen estämiseksi. Henkilöstö käyttää tarpeen mukaan erilaisia suojaamia, jos hoitoon tulleella potilaalla epäillään olevan infektio tai potilasta hoidetaan sädehoidossa infektion aikana. Henkilöstöllä tulee olla ohjeiden mukainen rokotussuoja.

Uudet työntekijät perehdytetään hyvään käsihygieniaan. Käsienpesupaikkoja ja käsihuuhteita on hyvin tarjolla, ja nähtävillä on useissa pisteissä kirjallinen/kuvallinen ohjeistus käsien pesuun ja käsihuuhteen käyttöön. Käsihygienian toteutumisen säännöllinen seuranta on hygieniavastuuhoitajien toimesta käynnissä. Vuonna 2024 otettiin myös käyttöön Laatuportin infektioiden torjuntatoimien omavalvontasuunnitelma sekä tehtiin käsihuuhdesaatavuuden arviointi.

Syksyllä 2024 toteutettiin kaksi kertaa K-talon aulassa yhdessä infektioiden torjuntayksikön hygieniahoitajan kanssa tietoiskut syöpäkeskuksessa asioiville sekä aulassa liikkuville ammattilaisille. Tarkoituksena oli jalkauttaa tietoa hyvästä käsihygieniasta ja oikeasta yskimistekniikasta. Tavoitteena on järjestää vastaavia tietoiskuja myös keväällä 2025. Viime vuonna järjestettiin myös hygieniahoitajan antamaa koulutusta koko henkilökunnalle sekä kanyloinnin aseptiikkaan liittyvä työpaja. Yksikön omana toimintana järjestettiin myös ekstrasäätiöihin liittyvä moniammatillinen työpaja. Näitä on tarkoitus jatkaa myös vuonna 2025.

Henkilökunnalla on tiedossa yksikköön nimetty hygieniahoitaja ja tarvittaessa otetaan yhteyttä myös päivystävään hygieniahoitajaan.

9.5.2 Yleiset hygieniakäytännöt

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

Yleisestä siisteydestä vastaa koko henkilökunta yhdessä laitoshuollon kanssa. Laitoshuollosta vastaa Polkka Oy ja päivitetty palvelusuunnitelma tulee yksikköön kerran vuodessa. Laitoshuoltajat vastaavat siivouksesta ja pääosin jätehuollosta, pois lukien solunsalpaajajätteet. Niiden asianmukaisesta pakkaamisesta ja kuljetuksesta huoltohuoneeseen vastaavat lääkehoidon sairaanhoitajat. Lääkehoidossa on käytössä Pactosafe- umpiointilaitte, joka lisää potilas- ja työturvallisuutta. Syöpäkeskuksen tiloissa on riittävästi jäteastioita pistävää ja viiltävää jätettä varten. Solunsalpaajatyössä henkilökunta vaihtaa suojavaatteet päivittäin. Suojavaatteiden riittävyydestä vastaa Polkka Oy. Yleiseen siisteyteen liittyvissä puutteissa ja häiriötilanteissa ollaan yhteydessä Siun soten vastuuhenkilöön sekä Polkan esihenkilöön.

Onko palveluyksikössä nimetty hygieniayhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Infektiota sairastava potilas tai työntekijä altistaa muut tilassa olleet henkilöt	Potilasohjaus infektiotilanteisiin Henkilökunnan perehdytys sairauspoissaolokäytänteisiin	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. - Lukuisat infektiorjuntayksikön ohjeet: löytyvät luokiteltuina Infektioiden torjunta – Kotisivu (sharepoint.com) Jäteohje 2023

9.6 Ohjeet ja suunnitelmat

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

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

Laaditut ohjeet perustuvat näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitokäytänteisiin. Ohjeita laativat ja päivittävät yksikön ohjevastaavat yhdessä muun henkilöstön kanssa. Ohjeiden tarkastus ja hyväksyntä toteutuvat

joko lääketieteen tai hoitotyön esihenkilön toimesta. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan jatkuvasti käyttäjien palautteen myötä ja niitä päivitetään voimassaoloajan puitteissa vastuuhenkilöiden toimesta. Digimentoreilla on tärkeä rooli ohjeiden ja tiedon hakemisen ohjauksessa ja neuvonnassa. Digimentorit osallistuvat aiheeseen liittyviin koulutuksiin ja kokouksiin, ja tuovat sieltä hankittua tietoa koko henkilöstön käyttöön.

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

Helmikuussa 2025 otettiin käyttöön ensimmäinen digipolku, joka on tarkoitettu syöpäkeskukseen hoitoon tuleville potilaille. Digipolulle on koottu paljon tietoa, ohjeita ja neuvoja. Digipolulla on myös tekstitetyt esittelyvideot syöpäkeskukseen tuleville sekä tietoa eri ammattilaisista, joita potilas voi tavata käyntinsä aikana. Digipolulla on mahdollisuus antaa palautetta. Palaute käydään läpi ja tehdään tarvittavat muutokset niin digipolulle kuin myös muihin toimintoihin.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Suunnitelmat ja ohjeet eivät ole ajan tasalla	Vastuuhenkilöt ohjeiden ja suunnitelmien päivittämiseen Vuosikalenteri suunnitelmien päivittämiseen	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta, saavutettavuus Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim.
Tulostetut tai vanhentuneet työohjeet	Toimintatapamuutos; työohjeet käytetään suoraan Tiedostopankista, eikä tulosteta paperisia versioita Sisällöntuottajat päivittävät ohjeita säännöllisesti	Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma Intranetin tiedostopankki. Sisällöntuottajan opas Videokirjaston sisällöntuottajan opas

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

9.7.1 Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten kanssa

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

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

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

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

Säteilyturvallisuuskeskuksen kanssa yhteistyö on säännöllistä ja laissa määrättyä. Sisäisten toimijoiden, sekä esimerkiksi Pohjois-Karjalan syöpäyhdistyksen, kanssa on säännölliset yhteistyöpalaverit, jotka on aikataulutettu jo etukäteen seuraavalle vuodelle.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Turvahälyttimien testaus on puutteellista	Turvahälyttimien testaus toteutuu suunnitellusti kahden viikon välein Testaaminen on vastuutettu tietyille henkilöille	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Pelastuslaki (379/2011)14 §, 15 §, 18-21 §. - EU-asetukset (EU745/2017 ja EU 746/2017) Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) Säteilylaki (859/2018)
Säteilyn käyttöön liittyvät riskit	Säteilyturvallisuuskeskuksen säännölliset tarkastukset ja päivitetty työ- ja potilasohjeet	

		• Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018 • STM:n asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018 • Säteilyturvallisuuskeskuksen määräykset
--	--	---

9.7.2 Häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen ja valmius

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

Pelastuslaki ja asetus pelastustoimesta edellyttävät varautumista onnettomuus-, vaara- ja vahinkotilanteisiin ja niiden hallintaan. Keskussairaalaan tehty pelastussuunnitelma on kirjallinen ohjeistus mahdollisiin vaaratilanteisiin. Suuronnettomuussuunnitelma on laadittu keskussairaalatason tasoisesti. Syöpäkeskuksen tehtävänä, poliklinisena yksikkönä, on antaa henkilökuntaa suuronnettomuuspotilaiden tai sairaalan päivittäisten toimintojen hoitamiseen. SURO (suuronnettomuus) toimintakortti on päivitetty vuonna 2024 ja se ohjaa toimintaa suuronnettomuustilanteissa.

Syöpäkeskukseen ei ole tehty erillistä valmius- ja jatkuvuudenhallinnan suunnitelmaa.

Syöpäkeskuksessa Laatuporttiin tehtyt vaara- ja poikkeamatilanneilmoitukset käsitellään moniammatillisesti ja ilmoituksien perusteella tehtyt toiminnan muutokset huolehditaan käytäntöön. Uusille työntekijöille järjestetään esihenkilön ja turvallisuusvastaavien toimesta yksikön sisäisiä turvallisuuskävelyitä. Samanlaisia kävelyitä on myös koko henkilöstön kanssa tehty tarpeen mukaan. Yksikköön on koottu turvallisuuskansio, jonka päivityksestä huolehtivat turvallisuusvastaavat. Turvallisuuskansio löytyy neuvotteluhuoneesta. Turvallisuusvastaavat osallistuvat vastuualueensa sisäisiin koulutuksiin ja tiedottavat muulle henkilökunnalle asioista. Sädehoidon turvallisuuteen liittyvät asiakirjat löytyvät yhteisestä teams-kansiosta.

Henkilökunta osallistuu säännöllisesti alkusammutuskoulutuksiin ja –harjoituksiin. Samoin vuosittain suoritetaan hätätilapotilaan tunnistamiseen liittyvä koulutuskokonaisuus. Syöpäkeskuksessa on myös ajan tasalla oleva poistumisturvallisuusselvitys sekä pikaohje palotilanteisiin. Ne on päivitetty 2/2025. Poistumis- ja paloturvallisuusharjoituksia järjestetään tarvittaessa. Syöpäkeskuksessa sovittiin, että poistumisturvallisuusharjoitus järjestetään omana toimintana vuonna 2025.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Henkilökunta ei osaa toimia häiriö- tai poikkeustilanteessa suunnitelmallisesti	Turvallisuuskävelyt Poistumisharjoitukset Ajan tasalla olevat ohjeistukset Säännöllinen ohjeistuksen läpikäyminen moniammatillisesti	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Valmiuslaki (1552/2011) 12 § Pelastuslaki (379/2011) 15 § Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Sähkökatkotilanteen ohje SOTE-yksikössä-ohje Tarkastuslista varautuminen sähkökatko Sähkökatkoihin varautuminen ja asiakkaille luovutetut lääkinälliset laitteet -ohje Suuronnettomuussuunnitelma

9.7.3 Terveydensuojelu

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

Yksikön tilojen terveellisyyteen vaikuttavia asioita tunnistetaan ja arvioidaan vuosittain Laatuporttiin tehtävässä työn riskienarvioinnissa. Tilojen terveellisyyteen liittyviä havaintoja voi tulla esiin myös henkilöstön tai potilaiden antamien palautteiden kautta. Mikäli tiloissa tulee esiin terveyteen vaikuttavia tekijöitä, niistä ilmoitetaan organisaation ohjeiden mukaisesti tarvittaville tahoille (esim. kiinteistöhuolto, kiinteistön omistaja, työterveyshuolto). Syöpäkeskukseen on tulossa työpaikkaselvitys huhtikuussa 2025, jolloin myös tilojen terveisyyttä arvioidaan yhdessä työsuojelun ja työterveyshuollon kanssa.

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
Tilat eivät vastaa työturvallisuusvaatimuksia	Henkilökunnan aktiivinen ilmoittaminen mahdollisesti havaituista muutoksista	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Sisäilmaongelman ratkaiseminen -toimintaohje

		• Suositukset sisätilojen lämpötilojen hallintaan helleaikoina sosiaali- ja terveyshuollon yksiköissä -työohje • Jäteohje 2023 • Kemikaaliturvallisuus ja kemikaalirekisteri
--	--	--

10 Palvelun sisällön omavalvonta

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

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

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

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan tunnistaminen jää teke- mättä	Toimintaohjeiden mukainen toiminta	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toiminta- ohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laa- dunhallinnan täytäntöönpanon suunnit- telma Potilaan/asiakkaan tunnistaminen ja tun- nistevälineiden käyttö Asiakkaan tunnistaminen etäpalvelussa - työohje

10.2 Hätätilapotilaan/ -asiakkaan tunnistaminen

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

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

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

Organisaation ohjeistuksen mukaisesti henkilöstön osaaminen varmistetaan suorittamalla vuosittain Hätätila-
potilaan tunnistaminen ja elvytys -koulutus (taso 2). Esihenkilö järjestää keväälle kolme koulutusta ja syksyille
tarvittaessa 1–2 koulutuskertaa. Hoitotyön osalta esihenkilö suunnittelee koulutuksiin osallistujat, jolla varmis-
tetaan, että koulutus tulee kaikilla suoritettua kerran vuodessa. Koulutukset kirjataan organisaation järjestel-
miin ohjeistuksen mukaisesti.

Jos potilaan tarkkailussa tai voinnin seurannassa on puutteita, on henkilöstöä ohjeistettu tekemään ilmoitus
Laatuporttiin sen lisäksi, että asiasta kerrotaan esihenkilölle. Näin esimerkiksi perehdytyksen tai osaamisen li-
säämisen tarve saadaan näkyväksi ja asioita voidaan käydä läpi yksikkö tai työntekijätasolla asti, ja viime kä-
dessä tilanteiden ennakkointi lisääntyy, reagoitukyky ja potilasturvallisuus paranee.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Hätätilapotiilaan tunnistamisessa on puutteita	Lääke- ja sädeturvallisuuteen perehdyttäminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • MET-kriteerit (keskussairaala) • Hätätilapotiilaan seurantaavaake • Hätätilapotiilaan tunnistaminen ja elvytyskoulutusten suoritustasot

10.3 Monialainen yhteistyö ja tiedonvälitys

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

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

Hoitohenkilöstö suorittaa ISBAR – suullinen tiedonkulun varmistaminen verkkokurssin SiunOpissa. Potilaan siirryessä jatkohoitoon annetaan aina suullinen raportti jatkohoitopaikan henkilöstölle (vuodeosastolle, toiseen yksikköön, kotihoitoon). Potilaalle annetaan mukaan jatkohoito-ohjeet, lääkityslista ja ajanvaraustiedot. Tarvittaessa ollaan yhteydessä potiilaan omaisiin, joille annetaan myös jatkohoito-ohjeistusta. Jos tiedonkulussa on ollut haasteita, voidaan tehdä ilmoitus vaara- ja poikkeamatilanteesta Laatuportti-ohjelmaan.

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

Yhteistyö ulkoisten toimijoiden, kuten esimerkiksi muiden hyvinvointialueiden kanssa toimii potilastietojen tiedonkulun osalta lain ja asetusten mukaisesti. Muiden toimijoiden, kuten esimerkiksi syöpäyhdistyksen kanssa, pyritään siihen, että potilas ohjataan itse ottamaan suoraan yhteyttä tai yhteydenotto otetaan potilaan läsnä ollessa (esim. ajanvaraus syöpäyhdistyksen hoitajalle). Siun soten tilannekeskuksen kanssa yhteistyölle ei tällä hetkellä ole ollut tarvetta.

Työntekijöitä on ohjeistettu tekemään huoli-ilmoituksia niiden potilaiden osalta, jos herää huoli pärjäämisestä kotona. Potilaalle pyritään järjestämään ensisijaisesti apua kotiin olemalla yhteydessä Seniorineuvonta Ankkuriin. Toimintakykyarvioinnin yhteydessä hoitaja voi olla yhteydessä myös perusterveydenhuollon muistihoidajiin, jos tulee esille jatkoselvitysten tarvetta muistiterveyden osalta.

Yhteistyön onnistumista seurataan ja arvioidaan yhteisten tapaamisten aikana.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Puutteellinen suullinen tai kirjallinen raportointi jatko-hoitoyksikköön	kirjallinen raportointipohja käyttöön suulliseen raporttiin Kirjalliset jatkohoito-ohjeet potilaille	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, voimassa 31.12.2023 saakka Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus käyttöoikeudesta asiakastietoon (825/2022) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma ISBAR taskukortti ISBAR vastaanottolomake

10.4 Kivunhoito

Asiamukainen 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.

Potilailta kysytään mahdollisesta kivusta ja kivun esiintymisestä hoito- ja vastaanottokäynneillä. Kivun lääkehoito suunnitellaan aina yksilöllisesti huomioiden kipulääkityksen turvallisuus. Lääkevalintoihin ja annostuksiin vaikuttavat kivun voimakkuuden ja luonteen lisäksi potilaan perussairaudet ja muu lääkitys. Lääkehoidon onnistumiseksi on tärkeää, että hoitosuhde on avoin ja luottamuksellinen. Lääkemuutokset tehdään lääkelistalle. Kivun arvioinnin apuna voidaan käyttää VAS (visual analogue scale) kipujanaa ja NRS (numeric rating scale) numeerista mittaria tai VRS (verbal rating scale) sanallista asteikkoa. Kipuja voidaan myös havainnoida potilaan eleistä ja ilmeistä. Mahdolliset kivut tai kivuttomuus kirjataan hoitotyön kertomukseen tai syö-lehdelle.

Jos hoitaja havaitsee, että kipulääkitys on riittämätön, viedään asia lääkärille ja lääkäri voi tehdä muutoksia kipulääkitykseen. Mahdollisten lääkemuutosten jälkeen seurataan esim. seuraavan hoitokäynnin yhteydessä tai puhelimitse tuleeko lääkehoidolle vastetta.

Hoitohenkilöstön osaaminen varmistetaan 5 vuoden välein suoritettavilla lääkehoidon verkko opinnoilla (kivunhoidon perusteet).

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Riittämätön kivunhoito	Henkilökunnan osaamisen ylläpitäminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma

10.5 Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty kaatumisenehkäisyn yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan kaatuminen ja putoaminen	Ennaltaehkäisevät toimet; liikkumisen apuvälineet, turvallinen nousutuki sädehoitokoneelle, henkilökunnan avustaminen liikkumisessa, esteettömät kulureitit	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje FRAT-kaatumisriskin arvion kirjaaminen Mediatriin -työohje Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet Kaatuneen asiakkaan/potilaan hoidon tarpeen arviointi - Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma - Kaatumisen ehkäisyn asiakasprosessi -työohje - Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje
Kaatumisvaarassa olevan potilaan tunnistaminen	Osaamisen vahvistaminen	
Haittatapahtumakirjaus jää tekemättä asiakas- ja potilastietojärjestelmään	Viestintä Osaamisen vahvistaminen	

10.6 Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito

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

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

Potilaalta kysytään hoidon alussa ja jokaisella hoitokäynnillä ruokailun onnistumisesta ja ruuan laadusta. Painoa seurataan tai painonmuutoksista kysytään potilaalta hoitokäyntien yhteydessä. Vajaaravitsemusriski huomioi-

daan erityisesti vatsa-, suolisto- ja keuhkosityöpöpotilaiden sekä pään-, kaulan ja ruokatorvisyöpöpotilaiden hoidossa. Osalla potilaista riittävä ravitsemus varmistetaan etukäteen laitettulla PEG-letkulla. Potilas saa ohjausta PEG-letkun käyttöön.

Ravitsemustilan arvioinnissa voidaan hyödyntää NRS2002 -mittaria (vajaaravitsemusriskin seulonta). Marras-kuusta 2023 alkaen vajaaravitsemusriskin arviointi on kuulunut toimintakyvynarviointikäyntiin, joka tehdään kaikille uusille yli 75- vuotiaille potilaille ennen ensimmäistä lääkärin vastaanottoa. Potilas voidaan ottaa uusintakäynnille ohjaavalle hoitajalle, jos vajaaravitsemusriskin arvioinnissa nousee esille seurantarve. Sädehoi-
dossa käyvien pään- ja kaulanalueen sädehoidettavien potilaiden osalta ohjaava hoitaja tekee ravitsemukseen liittyvää arviointia ja ohjausta hoitojakson aikana. Myös lääkehoidossa käyville potilaille tehdään tarvittaessa vajaaravitsemusriskin arviointia hoitojakson aikana.

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

Onko palveluyksikössä nimetty ravitsemusyhdyshenkilö: Kyllä

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan painonlasku	Täydennysravinne- valmisteiden käytön ohjaus, ravitsemus- terapeutin osaami- sen hyödyntäminen	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toiminta- ohjeita, esim. Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laa- dunhallinnan täytäntöönpanon suunni- telma Ravitsemushoidon opas
Potilaan ruokahaluttomuus, maku- muutokset	Täydennysravinne- valmisteiden käytön ohjaus, ravitsemus- terapeutin osaami- sen hyödyntäminen	
Suun haavaumat, tulehdus	Suun hoidon ohjaus	

10.7 Painehaavojen ehkäisy

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

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

Onko palveluyksikössä nimetty haava- ja painehaava yhdyshenkilö: Ei

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Painehaavauma jää toteamatta	Koulutus	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. • Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan täytäntöönpanon suunnitelma • Estä painehaava -toimintaohje • Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin -työohje • BRADEN-riskiluokitusmittari

10.8 Leikkaushoidon turvallisuus

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

Syöpäkeskuksessa ei toteuteta leikkaushoitoja.

Moniammatillisessa hoitokokouksessa, tai kirurgin konsultaation perusteella, otetaan kantaa siihen pitääkö syöpälääkehoito ottaa huomioon leikkausta suunniteltaessa.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Ei tunnistettuja riskejä		

10.9 Akuutin sekavuustilan ehkäisy ja tunnistaminen

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan akuutti sekavuustila jää huomioimatta	Toimintakykyarvio ennen hoitojen aloittamista	Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Akuutti sekavuustila (delirium) - Siun sote palveluketjut

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.

Syöpäkeskuksessa keskitytään syövän hoitoon ja elintapaohjaus perustuu siihen, miten se hyödyttää syövästä selviytymistä. Potilaita ohjataan terveisiin elintapoihin sairauden ja hoidon tilanne huomioiden. Sairauden akuutissa vaiheessa potilaille esimerkiksi sädehoidossa ohjataan lopettamaan tupakointi, koska siitä voi olla haittaa sädehoitojen osalta. Potilaita kannustetaan tutustumaan erilaisiin hyvinvointia tukeviin ohjeisiin ja toimijoihin, esim. elintapaohjauksen digipolut tai syöpäyhdistyksen liikuntaryhmät. Potilaan sairauden seurantavaiheessa annettava elintapaohjaus kirjataan organisaation ohjeistuksen mukaisesti.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaan riskitoiminta elintapojen osalta jää tunnistamatta	Henkilökunnan ohjaamisaamisen ylläpitäminen	Elintapaohjaus - Siun sote palveluketjut Siunsote KEHITTAMISYK-SIKKO SUUNNITELMA Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen elintapaohjauksen toimintasuunnitelma 2024–2028.docx

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 puheeksi ottoon 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 menetelmiä.

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

10.11.2 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.

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

10.11.3 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.

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

10.11.4 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.

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

Hoitosuhteen alkaessa kartoitetaan potilaiden elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Potilaiden tuentarvetta mielenterveyden haasteisiin sekä sairastumisen aiheuttamiin haasteisiin ja elämänmuutoksiin arvioidaan koko hoitajakson ajan. Tuen tarvetta kartoitetaan kysymällä ja keskustelemalla. Hoito- ja vastaanottokäyntien yhteydessä keskustellaan potilaiden mielialasta sekä jaksamisesta.

Syöpäkeskuksella toimii psykososiaalisen tuen asiantuntijahoitaja. Asiantuntijahoitajan tehtävänä on tukea potilaita ja potilaiden omaisia selviytymään sairauden tuomista haasteista. Tarvittaessa ohjataan avun piiriin esimerkiksi psykiatrian puolelle tai kriisikeskukselle. Yksikössä on käytössä toimintamalli lasten huomioimiseen vanhemman sairastaessa. Toimintamalliin on kirjattu yhteistyötahot, esimerkiksi kouluterveydenhuolto, johon asiantuntijahoitaja voi olla suoraan yhteydessä, jos perheen kanssa niin sovitaan. Samoin asiantuntijahoitaja pystyy toteuttamaan ”Lapset puheeksi” -protokollan mukaisen keskustelumallin, jonka avulla tuetaan koko perhettä toisen vanhemman sairastuessa vakavasti. Potilaita kannustetaan myös hakeutumaan halutessaan kolmannen sektorin tukipalveluiden piiriin (esimerkiksi Syöpäyhdistyksen toiminta). Lisäksi potilaita ohjataan KE-LAn kuntouttavan toiminnan piiriin.

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Potilaiden tuen tarve jää huomaamatta	Mahdollistetaan ohjaus- ja keskustelutilanteet potilaan hoitopolun aikana Lasten huomioiminen vanhemman sairastaessa- toimintamallin käyttö Lapset-puheeksi menetelmän käyttö	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015 Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) Omaavontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma 2023-2025 Ehkäisevän päihdetyön kirjaaminen -työohje

		Ehkäisevä päihdetyö - Siun sote palvelut
--	--	--

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.

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Itsemurhariskissä olevan potilaan tunnistaminen on puutteellista	Henkilökunnan osaamisen lisääminen varhaiseen havaitsemiseen	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 (valtioneuvosto.fi) Omavalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Alueelliset itsemurhien ehkäisyn toimenpiteiden ehdotukset ja toimeenpanosuunnitelma

10.13 Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö

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

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

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

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

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

Tunnistettu riski	Hallintakeino	Toimintaohje/määräys
Osaamisvaje lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen	Perehdytään olemassa olevaan ohjeistukseen ja lisätään osamista asian tunnistamiseen	Ohjaava lainsäädäntö, asetus, määräys, esim. THL: Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi Oma- ja yhteisvalvontaa ohjaavia organisaation toimintaohjeita, esim. Työn tueksi lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn - Alueellinen lähisuhdeväkivallan ehkäisyn toimintasuunnitelma 2025–2028 (julkaistaan vuoden 2025 alussa)

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 kehittämisajakaava
Sijaisten ja uusien työntekijöiden rekrytointi	Sisäisten sijaisten saaminen ja perehdytys akuutteihin sijaistarpeisiin Valmistuvien opiskelijoiden rekrytointi pidempään poissaoloihin ja vakituisiin tehtäviin	Kokoaikaista toimintaa Sissi sh perehtymään toimintaan
Digitaalisten palveluiden käyttöön-otto	Digitaalisen palvelualueen käyttöönotto potilaan hoitopolun eri- vaiheissa Etä vastaanotto toiminta laajenee	Kokoaikaista toimintaa BeeHealthy- alueen käyttöönotto jatkuu uusien hoitopolkujen osalta
Potilaan yksityisyyden parempi huomioiminen lääkehoitotiloissa	Erillinen suunnitelma tehtävä: mahdolliset tilaratkaisut, työprosessien kehittäminen	Vuoden 2025 aikana

13 Omavalvontasuunnitelman seuranta, päivittäminen ja hyväksyminen

13.1 Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

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

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

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

13.2 Omaehtoisuunnitelman hyväksyminen

Omaehtoisuunnitelman hyväksyy vastuualueen palvelupäällikkö.

Paikka	Joensuu
Päiväys	20.03.2025

Omaehtoisuunnitelma 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)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma:

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

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

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

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

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWjs9Jf_gomBAxVTEsAIHaKyDvAQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fal-kup%2F2015%2F20150523&usg=AOvVaw0_zx7DOg57-OfwykI2VU_1&opi=89978449 (linkki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992):

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703>

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

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWivnNm98oiBAxX8HhAIHXKtAp4QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fal-kup%2F2021%2F20210612&usg=AOvVaw1n46KPjfuzMt1suoZSxzG7&opi=89978449> (linkki)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWiTqtTG9liBAxUrFBAIHQIApgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajan-tasa%2F1994%2F19940559&usg=AOvVaw3wUomvuoNrL2_xdSkqfDCl&opi=89978449 (linkki)

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

<https://siunsote.sharepoint.com/sites/Tiedostopankki/Tiedostopankki/Forms/AllItems.aspx?viewid=8d4bbc63%2D7f91%2D4470%2Db9b1%2D66f99a41df45> (linkki)

Miunpalvelut.fi:

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

Omavalvonta - siunsote.fi:

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

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

STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

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

Tartuntatautilaki (1227/2016):

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCjLyq8oiBAXVKJxAlHdptBhwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2016%2F20161227&usg=AOvVaw1SPCz6Gcp2dPRJK1e29ZEf&opi=89978449> (linkki)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWjSqK_x8YiBAXWQKhAlHU5dBdgQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F2010%2F20101326&usg=AOvVaw2QBw20_5KVwe9tHcqFucNZ&opi=89978449 (linkki)

Terveydensuojelulaki (763/1994):

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3n62Z_JKBAXVmAxAlHcusDkUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.finlex.fi%2Ffi%2Flaki%2Fajantasa%2F1994%2F19940763&usg=AOvVaw3mloYyUmCZl-YMwnYOP-zj&opi=89978449 (linkki)

Tietosuoja laki 1050/2018:

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

Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen:

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

Tytytymättömyys palveluun tai hoitoon - siunsote.fi:

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