

Pirkanmaan hyvinvointialue



Gastroenterologian vastualue
Omavalvontasuunnitelma

Sisällys

1	Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	1
1.1	Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot	1
1.2	Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	1
2	Omaevalvontasuunnitelman laatiminen	2
3	Asiakas- ja potilasturvallisuus	2
3.1	Palvelujen laadulliset edellytykset	3
3.2	Vastuu palvelujen laadusta	4
3.3	Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet	2
3.4	Muistutusten käsittely	4
3.5	Henkilöstö	5
3.6	Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyden seuranta	7
3.7	Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	7
3.8	Toimitilat ja välineet	8
3.9	Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö	9
3.10	Lääkehoitosuunnitelma	10
3.11	Infektioiden torjunta	12
3.12	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja	14
3.13	Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen	15
4	Omaevalvonnan riskien hallinta	15
4.1	Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen	15
4.2	Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely 18	
4.3	Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen	20
4.4	Ostopalvelut ja alihankinta	21
4.5	Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	21
5	Omaevalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	22
5.1	Toimeenpano	22
5.2	Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	22
6	Omaevalvontasuunnitelman hyväksyntä	23

1 Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot

<p>Palveluntuottaja</p> <p>Pirkanmaan hyvinvointialue <u>PL 272, 33101 Tampere</u> <u>kirjaamo@pirha.fi</u> <u>Kirjaamon käyntiosoite: Nivelitie 5, G-rakennus (1. krs)</u></p>
<p>Y-tunnus</p> <p>3221308-6</p>
<p>Palveluyksikön nimi</p> <p>Gastroenterologian vastuualue</p>
<p>Palveluyksikköön kuuluvat palvelupisteet/etäpalvelut ja yhteystiedot (osoite, puhelinnumero)</p> <p>Vuodeosastot Gas1, Gas2, Gas3 Gastroenterologian poliklinikka PGAS ja IBD-keskus Tays, Elämänaukio 2 * PL 2000 * 33521 Tampere 03 311611 (keskus)</p>
<p>Palvelu ja asiakasryhmät, joille palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä palvelupisteittäin</p> <p>Vuodeosastot: vuodeosastohoitoa vaativat gastroenterologiset ja gastrokirurgiset potilaat, vuodeosastovalvonnoissa (Gav1 ja Gav2) 8 sairaansijaa, vuodeosastoilla 55 sairaansijaa Gastroenterologian poliklinikka (PGAS ja IBD-keskus): gastroenterologisten ja gastrokirurgisten potilaiden avohoitokäynnit (läsnä ja etänä; lääkäri- ja hoitajavastaanotot), tähystykset, lääkeinfuusiot, koepalojen otot ja toimenpiteiden jälkeinen seuranta.</p>

1.2 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella tarjoamme vaikuttavaa ja laadukasta erikoissairaanhoitoa gastroenterologisen kirurgian ja gastroenterologian alalla. Vastaamme Pirkanmaan hyvinvointialueen potilaiden hoidosta, minkä lisäksi hoidamme hyvinvointialueen ulkopuolisia potilaita valinnanvapauden ja läheteiden perusteella. Toimintaamme ohjaavat eettiset periaatteemme hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja vastuullisuus. Tavoitteemme on olla potilaiden vallitseva ja henkilökunnan arvostama yksikkö. Panostamme koulutukseen, opetukseen ja tutkimukseen. Sairaala toimii opetussairaalaana.

Tays Keskussairaalassa keskitymme päivystykseen, syöpäkirurgiaan, muuhun vaativaan kirurgiaan ja vaativaan endoskopiaan sekä tarjoamme gastroenterologian ja gastrokirurgian vastaanottoja. Alueyksiköissämme (Tays Hatanpää ja Tays Valkeakoski) palvelumme käsittää hoidonporrastuksen mukaisesti kirurgiaa, endoskopiaa ja vastaanottotoimintaa.

2 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Omavalvontasuunnitelman laatimisen / päivittämisen toteuttaminen

Osallistuneiden nimet ja nimikkeet

Gastroenterologian vastuualue

Johanna Laukkarinen, ylilääkäri, professori, vastuualuejohtaja

Eeva Harju, ylihoitaja

Omavalvonnan suunnittelusta ja seurannasta vastaava henkilö ja yhteystiedot

Johanna Laukkarinen, ylilääkäri, professori, vastuualuejohtaja. @pirha.fi

Eeva Harju, ylihoitaja. @pirha.fi

Omavalvontasuunnitelman päivitys

Pirkanmaan hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelman pohja päivitetään omavalvonta- ja laatuasiantuntijaverkoston toimesta, kun hyvinvointialuetasoisessa sisällössä tapahtuu olennaisia muutoksia. Pohja tarkistetaan laatu ja omavalvonta -asiantuntijaverkoston toimesta vuosittain.

Palvelualueen / yksikön omavalvontasuunnitelman päivityksestä vastaa yksikön vastuhenkilöt; vastuualuejohtaja ja ylihoitaja. Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tai ohjeistuksissa tehdään muutoksia tai kehittämistoimenpiteitä esimerkiksi havaittujen epäkohtien, kehitettyjen omavalvonnan toimintamallien tai palautteiden perusteella. Omavalvontasuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään palveluyksikössä vähintään kerran vuodessa.

Asiakkailla on mahdollisuus sähköiseen tai kirjalliseen palautteenantoon. Palautteen perusteella toimintaa kehitetään ja muutetaan. Sairaalan työntekijöiltä kerätään myös systemaattisesti palautetta.

3 Asiakas- ja potilasturvallisuus

Asiakas- ja potilasturvallisuuden johtaminen perustuu oikeaan ja reaaliaikaiseen tilannekuvaan. Johtajien ja esihenkilöiden tulee tietää, mitä heidän vastuullaan olevassa toiminnassa tapahtuu, mitkä ovat keskeiset ongelmat ja mitkä ovat toimintaa uhkaavat keskeiset riskit.

Keskeisiä tiedon lähteitä ovat asiakkaiden ja potilaiden antama palaute, työntekijöiden tekemät asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset, muistutukset ja kantelut sekä Potilasvakuutuskeskukselle tehdyt potilasvahinkoilmoitukset. Johtamisessa noudatetaan vastuun ja oikeudenmukaisuuden kulttuurin periaatteita.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

3.1 Palvelujen laadulliset edellytykset

Asiakkaalle ja potilaalle ei aiheuteta haittaa. Haitta tarkoittaa asiakkaalle, potilaalle tai läheiselle aiheutunutta fyysistä tai ei-fyysistä haittaa (emotionaaliset, psyykkiset ja sosiaaliset haitat).

Palvelut järjestetään siten, että ne ovat sujuvia ja suojaavat vaaratapahtumilta sekä tuottavat arvoa asiakkaalle ja potilaalle.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Laadullisen tavoitteen tulee olla tarkka, mitattavissa, saavutettavissa, osuva ja aikaan sidottu (SMART). Tavoitteen toteutuminen julkaistaan verkkosivuilla.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä työntekijöiden turvallisuuden takaamiseksi varmistetaan, että terveydenhuollon ammattilaisilla on tarvittava koulutus ja ajantasainen tieto saatavilla. Pirhassa työskentelevien erityisasiantuntijoiden ammattitaito on yksiköiden käytettävissä ja hyödynnettävissä. Gastroenterologian vastuualueella eri erityisasiantuntijat ovat asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulmasta merkittävässä roolissa.

Potilasturvallisuuden takaamiseksi varmistetaan, että henkilökunnalla on yhtenevät käytänteet potilaan tunnistamiseen ja tiedonsiirtoon niin yksikön sisällä kuin eri yksiköiden välillä. Yhteinen potilastietojärjestelmä turvaa potilasturvallisuutta sairaalassa.

Palveluissa, hoidossa ja hoivassa tarvittavat laitteet ovat turvallisia ja henkilökunta osaa käyttää niitä. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristö ovat turvallisia.

Henkilökunta hyödyntää näyttöön perustuvia toimintamalleja asiakkaaseen ja potilaaseen kohdistuvien riskien tunnistamiseksi ja haittojen ehkäisemiseksi.

Gastroenterologian vastualueen yksiköissä on yhteiset laatumittareita potilashoidon laadunhallinnassa. Potilasturvallisuuspoikkeama- järjestelmä (Haipro- järjestelmä) on tarkoitettu vaaratapahtumien tai läheltä-piti tilanteiden tunnistamista varten. Järjestelmään kirjataan perustoi-minnasta poikkeavat tilanteet. Haipro-ilmoitukset käsitellään reaaliajassa, ja välitöntä reagointia vaativiin asioihin reagoidaan heti. Ilmoituksia seurataan kokonaisuutena, ja toimintaa kehitetään ja tarvittaessa muutetaan potilaan laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Yksiköissä on myös omia, yksikön omaan erityistoimintaan liittyviä laadunhallintamittareita, mm. gastroenterologian poliklinikalla läpivalaisuhuoneissa mitataan henkilöstöön kohdistuvan säteilyn määrää.

Pirhan yhteiset laatumittarit ovat vielä valmisteluvaiheessa ja ne lisätään omavalvontasuunnitelmaan, kun ne valmistuvat.

3.2 Vastuu palvelujen laadusta

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavat yhdessä yksikön lähiesihenkilöt, ylihoitaja sekä vastualuejohtaja.

Yksiköiden lähiesihenkilöt vastaavat työolosuhteiden toimivuudesta ja henkilökunnan riittävydestä yhdessä ylihoitajan sekä vastualuejohtajan kanssa.

Yksikön lähiesihenkilöt vastaavat kouluttautumisen ja pätevyyksien ylläpidosta vaaditulla tasolla. Tietoja seurataan vuosittain ja tiedot tallennetaan sähköiseen henkilöstötietojärjestelmään.

Ylihoitaja sekä vastuualuejohtaja vastaavat ammatinharjoittamisen laillisuuden tarkastamisesta ja nämä tiedot kirjataan yhteiseen henkilöstöjärjestelmään.

3.3 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Asiakkaille, potilaille ja läheisille viestitään selkeästi sujuvan ja turvallisen hoidon, hoivan ja palvelun kannalta tärkeät yhteiset asiat. Asiakkaat, potilaat sekä läheiset kohdataan inhimillisesti, ammattimaisesti ja luotettavasti. (Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Asiakasta ja potilasta kuullaan, ja hän saa oikeanlaisen palvelun, hoidon tai hoivan oikeaan aikaan. Asiakas ja potilas saa tarvittavat ohjeet palvelun, hoidon ja hoivan turvallisen jatkuvuuden varmistamiseksi. (Pirhan turvallisuuslupaus)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Asiakkaan pääsy palveluihin ja hoitoon varmistetaan seuraamalla läheteiden hyväksymistä, hoitojen ohjelmointia ja hoitojen toteutumista (hoitopääsyä) reaalisaajassa. Mahdollisiin viiveisiin reagoidaan välittömästi. Resursseja tarkastellaan gastroenterologian vastuualueella suhteessa kysyntään, ja kohdennetaan tarpeen mukaan siten, että hoitopääsy toteutuu kaikilla osa-alueilla.

Asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Asiakkaalle annetaan tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakas saa tutustua hänestä tallennettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista. Hoitoa jonottamaan joutuvalla ilmoitetaan hoitoon pääsyn ajankohta.

[Potilaan oikeudet - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

Asiakkaat ja läheiset kohdataan inhimillisesti, ammattimaisesti ja luotettavasti. Palvelu, hoito ja hoiva toteutuvat turvallisesti, hyvinvointia ja terveyttä tukevasti. Kaikissa palveluissa, hoidossa ja hoivassa tarvittava tieto on ajan tasalla ja käytettävissä, eikä se joudu väärin käsiin. Asiakas saa tarvittavat ohjeet palvelun, hoidon ja hoivan turvallisen jatkuvuuden varmistamiseksi.

[Turvallisuuslupaus - intra.pirha.fi](#)

Hoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluun tyytymätön voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle tai kantelun terveydenhuollon valvonnasta vastaaville viranomaisille.

Potilas- ja sosiaaliasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot:

Potilasasiavastaava on potilaiden apuna, kun he kaipaavat neuvoja tai tietoa oikeuksistaan potilaana. Vastaavasti sosiaaliasiavastaava tarjoaa sosiaalipalvelujen asiakkaille neuvoja ja tietoja. Jos potilas tai

asiakas tai hänen läheisensä on tyytymätön hoidon tai palvelujen laatuun tai kohteluun, asiaa voi selvittää yhdessä potilasasiavastaavan tai sosiaaliasiavastaavan kanssa. Molemmat tehtävät ovat neuvoo-antavia. Potilas- tai sosiaaliasiavastaava ei voi muuttaa päätöksiä eikä toimi oikeusavustajana. Palvelut ovat maksuttomia.

Potilasasiavastaava:

Ma-to klo 9 -11, p. 040 190 9346

Suomi.fi-palvelussa: Valitse viestit -palvelussa vastaanottajaksi valitaan Pirhan potilasasiavastaava

Hatanpääkatu 3, 33900 Tampere

Potilasasiavastaava@pirha.fi

Sosiaaliasiavastaava:

Ma-to klo 9 -11, p. 040 504 5249

Suomi.fi-palvelussa: Valitse viestit -palvelussa vastaanottajaksi valitaan Pirhan sosiaaliasiavastaava

Hatanpääkatu 3, 33900 Tampere

Sosiaaliasiavastaava@pirha.fi

Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi hankitaan aina kun mahdollista potilaan tai hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisen suostumus.

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen otetaan huomioon silloin, kun alaikäinen on kyllin kehittynyt sen ilmaisemaan. Alaikäisen kehitystason arvioi lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Alaikäisen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi.

Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. Häntä tulee mahdollisuuksien mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaalla on myös oikeus tehdä päätöksiä, jotka voivat vahingoittaa hänen omaa terveyttään tai henkeään, ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Jos täysi-ikäinen potilas ei sairauden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, pitää potilaan lähiomaista, muuta läheistä tai laillista edustajaa kuulla, jotta potilaan tahto pystytään selvittämään. Kun on kyse toimenpidettä koskevasta päätöksestä, päätökseen tarvitaan potilaan läheisen tai laillisen edustajan suostumus. Jos selvitystä potilaan omasta tahdosta ei saada, potilasta pitää hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti, eli tavalla, joka hyödyttää potilasta eniten.

[Itsemääräämisoikeus | Valvira](#)

Hoitosuunnitelman laadinta toteutetaan silloin, kun potilaalla on useita jatkotoimenpiteitä vaativia terveysongelmia ja/tai riskejä, tai kun potilasta hoitaa usea eri palveluntarjoaja. Lisäksi hoitosuunnitelmaa käytetään, kun potilaan terveysongelma tai -riski vaatii monimutkaista ja/tai pitkäaikaista hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma palvelee potilaan omatoimista toimintaa terveytensä hyväksi ja terveydenhuollon palveluntarjoajalle potilaalle suunnattujen palveluiden suunnittelua ja toteutusta. Hoitosuunnitelma täytetään yhteistyössä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelmaa päivitetään aina sen muuttuessa. Potilas näkee OmaKannassa viimeksi päivitetyn hoitosuunnitelmansa.

[Terveys- ja hoitosuunnitelma - Sote-ammattilaiset - Kanta.fi](#)

Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan potilaan jokaisella käynnillä tai osastojaksolla. Lisäksi gastroenterologian vastualueella on käytössä digitaaliset yhteydenottokanavat (TaysPolku OmaTays), jotka mahdollistavat tietoturvallisen sähköisen yhteydenoton potilaiden ja hoitohenkilökunnan välille. Potilas voi ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan vuorokauden ajasta riippumatta ja hoitohenkilökunta vastaa yhteydenottoon kahden arkipäivän kuluessa.

3.4 Muistutusten käsittely

Miten muistutusten käsittely toteutetaan?

Palveluun tai kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla / potilaalla on oikeus tehdä muistutus. Muistutus toimitetaan yksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen voi tehdä asiakkaan / potilaan lisäksi hänen omaisensa, muu läheinen tai laillinen edustaja. Muun kuin asianomaisen tehdyn muistutuksen kohdalla on pääsääntöisesti selvitettävä, antaako asiakas / potilas hyväksyntänsä muistutukseen vastaamiseen. Toimintayksikön pitää tiedottaa asiakkaille oikeudesta tehdä muistutus ja järjestää muistutuksen tekeminen mahdollisimman vaivattomaksi. Muistutus pitää tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti, mutta erityisestä syystä sen voi tehdä myös suullisesti.

Toimintayksikön vastuuhenkilön tulee huolehtia, että muistutus käsitellään asianmukaisesti ja ilman viivytyksiä. Muistutus kirjataan saapuneeksi asianhallintajärjestelmä Pirreen ja asiaa aletaan välittömästi selvittää. Muistutukseen tulee antaa kirjallinen ja perusteltu vastaus tiedonsaantioikeus huomioiden kohtuullisessa ajassa, yleensä yhdessä kuukaudessa. Laajempaa selvittelyä tai useampaa palvelulinjaa koskevissa muistutuksissa vastaus voidaan antaa enintään kahden kuukauden kuluessa. Vastaus lähetetään asiakkaalle / potilaalle, jota muistutus koskee, jollei ole erityistä syytä muutoin toimia. Jos muistutuksen käsittelyn aikana havaitaan, että toimintayksikön tai ammattihenkilön toiminnassa on asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja tai toimintakäytäntöjä, pitää asiaan puuttua heti omavalvonnan keinoin ja korjata toimintaa tarvittavilta osin.

Lisätietoa: [Hallinnolliset asiakirjaprosessit \(pirha.fi\)](http://pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Asianhallintajärjestelmä Pirreen kirjattu muistutus ohjataan vastuualuejohtajalle, joka ohjaa muistutuksen tarvittaville asianomaisille henkilöille vastattavaksi. Kun asiaomaiset henkilöt ovat vastanneet, vastuualuejohtaja antaa oman vastineensa ja selvitykset lähetetään muistutuksen laatineelle henkilölle. Vastaukset pyritään aina antamaan viiveettä, ja viimeistään 30 vuorokauden kuluessa muistutuksen saapumisesta.

3.5 Henkilöstö

Pirkanmaan hyvinvointialueen esihenkilöt tarkistavat työntekijöiden ammattioikeuden ennen työsuhteen alkamista.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella työskentelee yhteensä 220 työntekijää, joista sairaanhoitajia 155, lääkäreitä 50 ja sihteereitä 15. Gastroenterologian vastuualueen lääkärit toimivat kolmessa yksikössä; Tays keskussairaalassa, Tays Hatanpäällä ja Tays Valkeakoskella. Vastuualueen oman hoitohenkilöstö ja sihteerit toimivat ainoastaan Tays Keskussairaalassa, ja muissa yksiköissä käytetään näiden alla toimivaa hoitohenkilöstöä.

Henkilöstömitoitus suunnitellaan toiminnan vaativuuden, potilaiden hoitoisuuden sekä potilaspaikkojen/ajanvarausten perusteella. Vuosilomia huomioidaan palkkaamalla sijaisia. Hoitotyön osalta käytetään yhteistä sijaispoolia äkillisten poissaolojen paikkaamiseen. Ulkopuolista työvoimaa ei ole käytössä.

Yksiköiden lähiesihenkilöt tarkistavat työntekijöiden ammattioikeudet Valvirasta ennen työsuhteen aloitusta. Ennen työsuhteen aloitusta työntekijä haastatellaan. Haastattelussa tarkistetaan ja varmistetaan koulutuksen pätevyys, riittävä osaaminen ja kielitaito. Perehdytysuunnitelma käydään uuden työntekijän kanssa läpi työsuhteen alkaessa ja perehdytyksen etenemistä seurataan säännöllisin väliajoin.

[Terveystieteiden opiskelijana työskentely | Valvira](#)

Perehdytys kuuluu jokaiselle työntekijälle ja perehdytyksen edetessä tarkastellaan yksilökohtaisesti perehdytyksen pituus ja laajuus. Perehdytystä tarjotaan missä vaiheessa tahansa työntekijän työuraa. Työntekijällä on aloittaessaan aina koeaika, jolloin määritellään työntekijän pätevyys työtehtävään.

Henkilökunnan koulutuksen järjestäminen on työnantajan velvollisuus. Pirkanmaan hyvinvointialueen velvollisuus on tarjota 3-10 pv/vuodessa koulutusta jokaiselle työntekijälle.

Pirkanmaan hyvinvointialueen Jatkuvan oppimisen palveluiden tehtäviin kuuluvat henkilöstön täydennyskoulutukset, verkkokoulutukset, harjoittelu- ja opiskelupalvelut, taitopajat ja simulaatiokoulutukset sekä Kirurgian koulutuskeskus.

Verkkokoulutuksia lukuun ottamatta järjestämämme koulutukset on kirjattu Pirhan sähköiselle työpöydälle koulutuskalenteriin. Pirhan yksiköiden itse järjestämien sisäisten koulutusten toteutus tapahtuu yksiköiden koordinoimana. Nämä koulutukset kirjataan myös työntekijän omalle sähköiselle koulutus-kortille

Osa koulutuksista luokitellaan välttämättömiin koulutuksiin, jotka jokaisen työntekijän on käytävä läpi tietyin aikavälein. Näistä esimerkkinä ovat turvallisuuteen liittyvät koulutukset tai lääkelupien uusiminen viiden vuoden välein.

Esihenkilö ja työntekijät seuraavat koulutusten toteutumista ja vähintään kerran vuodessa koulutukset käydään läpi. Jokaisen työntekijän kanssa tarkastetaan koulutustarpeet ja ohjataan tarvittaviin koulutuksiin tai täydennyskoulutuksiin.

Yksiköissä työskentelee läpi vuoden terveydenhuollon opiskelijoita, joilla on rajatut oikeudet ammatinharjoittamiseen. Rajaukset määräytyvät opintopisteiden mukaan. Yksikön esihenkilö tarkistaa opiskelijan opintorekisterin ja varmistaa sen oikeellisuuden. Opiskelijat saavat perehdytyksen ja heillä on nimeytyt ammatinharjoittajat ohjaajina. Esihenkilö ja yksikössä toimivat ammatinharjoittajat ovat vastuullisia valvomaan rajatun ammatinharjoittajan työtä ja raportoimaan poikkeamista esihenkilöilleen. Perehdytysuunnitelman toteuttaminen ja hyväksytysti läpipääseminen on osa valvontaa.

Yksiköiden esihenkilöt valvovat yksikön henkilöstön osaamiseen tasoa ja työskentelyn asianmukaisuutta päivittäin. Seurannan tukena käytetään asiakkailta sekä henkilökunnalta saatua palautetta, työvälineiden, eri tietojärjestelmien ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämisen laajuutta jokapäiväisessä työssä.

Rikostaustan selvittely vastuualueella ei ole tarpeellista, sillä vastuualueella hoidetaan lähinnä iäkkäitä potilaita, joiden hoitajaksot ovat lyhyitä, ja hoito tapahtuu sairaalaolosuhteissa (ei esimerkiksi asiakkaan kotona). Näin ollen toimialueen johtoryhmän päätöksen mukaisesti ei ole tarpeellista tehdä lain edellyttämää rikostaustan selvittämistä.

3.6 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Henkilöstömitoitus suunnitellaan toiminnan vaativuuden, potilaiden hoitoisuuden sekä potilaspaikkojen/ajanvarausten perusteella. Vuosilomat ja muut poissaolot huomioidaan palkkaamalla sijaisia sekä limittämällä poissaolot. Hoitotyön osalta käytetään yhteistä sijaispoolia äkillisten poissaolojen paikkaamiseen. Haastavissa tilanteissa myös tehdään yhteistyötä eri yksiköiden välillä. Henkilöstön riittävyyden varmistaminen on yksiköiden esihenkilöiden, ylihoitajan sekä vastuualuejohtajan vastuulla.

3.7 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Henkilökunta varmistaa, että asiakas ja potilas on tunnistettavissa ja kaikki tarvittava palveluun, hoitoon tai hoivaan liittyvä tieto siirtyy toiseen yksikköön.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Sosiaalihuoltolain 41 §:n mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Sosiaalihuoltoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa siten, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. Työntekijän on oltava tarpeen mukaan yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin sekä tarvittaessa henkilön omaisiin ja muihin hänelle läheisiin henkilöihin siten kuin tässä laissa tarkemmin säädetään.

Terveystieteissä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palveluista. Sen mukaan yhteisissä palveluissa, tai jos potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja, on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka parhaiten tarjoavat potilaan tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen hoidon. Terveystieteiden laissa edellyttää, että toiminnan laadukkuutta, turvallisuutta ja asianmukaista toteutusta sekä etenkin potilasturvallisuutta edistetään yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma.

[Monialainen yhteistyö - Monialainen yhteistyö - intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella potilaiden hoito toteutetaan moniammatillisesti yhdessä lääkärin, sairaanhoitajien, asiantuntijahoitajien ja sihteereiden kanssa. Potilas huomioidaan kokonaisuutena, ja hänen toiveensa kuullaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Psykososiaalista tukea tarjotaan potilaalle ja läheisille sairauden eri vaiheissa. Tarvittaessa varataan aika erityistyöntekijöiden eli sosiaalityöntekijän, kuntoutusohjaajan, sairaalapastorin, ravitsemusterapeutin, fysioterapeutin, psykososiaalisen tuen yksikön hoitajien tai seksuaalineuvojan vastaanotolle. Pirkanmaan syöpäyhdistyksen kanssa tehdään kiinteää yhteistyötä. <https://www.pirha.fi/palvelut/sairaalat-tays/syopa/tukea-syopapotilaalle-ja-laheisille>.

Kaikkien syöpäpotilaiden hoitolinjaukset määritetään asiantuntijoiden muodostamissa MDT-kokouksissa (Multidisciplinary Team Meeting).

Moniammatilliset syöpätiimit kehittävät eri potilasryhmien hoitoa ja tuottavat ajantasaisia ohjeita ja informaatiota ammattilaisille ja potilaille.

3.8 Toimitilat ja välineet

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö ovat turvallisia. Palvelu, hoito ja hoiva toteutuvat turvallisesti, hyvinvointia ja terveyttä tukevasti, ja ilman pelkoa infektiosta.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

[Säteilyn käytön turvallisuus](#)

[Säteilyturvallisuus - Kuvantamiskeskus, verisuonitoimenpiteet ja apteekkipalvelut - intra.pirha.fi](#)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueen toimintayksiköt sijaitsevat Taysin B-rakennuksessa. Poliklinikan tiloissa, 8. kerroksessa on käytössä myös läpivalaisulaitteet, mikä vaatii henkilöstön säteilyturvakoulutuksessa huolehtimisen. Läpivalaisututkimuksien käyttö on aina lääketieteellisesti perusteltua. Läpivalaisututkimuksissa potilailla ei käytetä sädesuojia. Henkilökunnan suojauksena toimenpidetutkimuksessa kuvantamishuoneessa oleskelevilla on päällään lyijyessu, kilpirauhassuoja ja sädesuojalasit. Läpivalaisututkimuksissa työskentelevillä on henkilökohtaiset annosmittarit, joiden annoskertymää seurataan säännöllisesti.

Vuodeosastoilla potilashuoneet ovat 1–3 hengen huoneita. Jokaisella vuodeosastolla on mahdollisuus välitilalliseen erityshuoneeseen. Pääsääntöisesti potilashuoneissa on wc- / pesutila. Yksityisyyden suo-
jaa pyritään toteuttamaan mahdollisimman hyvin.

3.9 Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Palveluissa, hoidossa ja hoivassa tarvittavat laitteet ovat turvallisia ja henkilökunta osaa käyttää niitä. (Pirhan turvallisuuslupaus)

Vaatimukset lääkinällisten laitteiden ammattimaiselle käytölle (719/2021).

- Henkilöllä, joka käyttää lääkinällistä laitetta, on sen turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus
- Laitteessa tai sen mukana on turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet
- Laitetta käytetään valmistajan ilmoittaman käyttötarkoituksen ja -ohjeistuksen mukaisesti
- Laite säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti
- Ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava Fimeaan ja valmistajalle/valtuutetulle edustajalle tai maahantuojalle/jakelijalle vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen

Palveluyksiköllä tulee olla tieto käytössään olevista, edelleen luovuttamistaan tai muutoin hallinnassa olevista sekä potilaaseen asennetuista laitteista. Palveluyksiköllä tulee olla menettelytapa laitekoulutuksen toteuttamiseksi, ja osaamisen ylläpitämiseksi suhteessa palveluyksikön toimintaympäristöön ja käytettyjen laitteiden ominaisuuksiin.

Lääkintätekniiikan yksikön tehtävänä on vastata lääkinällisten laitteiden elinkaaren aikaisista tukipalveluista sisältäen laitteiden ennakoivat huollot, kunnossapidon ja laitteiden poistot sekä lääkitätekniikan asiantuntijapalvelut. Istekki Oy tuottaa lääkitätekniikan päivittäiset huolto- ja ylläpitopalvelut.

Lääkinällisten laitteiden viankorjauksiin, huoltoihin ja tukipalveluihin liittyvissä asioissa tulee tehdä palvelupyyntö Paketin kautta laitteessa olevan tunnusnumeron avulla. Käytettäessä laitteen tunnusnumeroa pyyntö ohjautuu automaattisesti oikealle huoltoyksikölle.

Lisätietoja: [Lääkitätekniikka – intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

Tietosuoja ja tietoturva

Tietosuoja ja tietoturva ovat osa hyvinvointialueen päivittäistä toimintaa ja jokainen henkilöstön jäsen on vastuussa omalta osaltaan näiden toteutumisesta. Hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvapoliittikan mukaan johdolla on kokonaisvastuu tietosuoja- ja tietoturvatyön johtamisesta, rekisterinpidosta sekä

resursoinnista. Jokainen uusi työntekijä käy pakolliset tietosuoja- ja tietoturvaosiot läpi osana perehdytystään, ja koko henkilöstön on läpäistävä pakollinen peruskoulutus kahden vuoden välein.

Tietojärjestelmät

Uusille tietojärjestelmille ja sovelluksille tehdään tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta tietoturva-arviointi aina ennen käyttöönottoa. Tietoturva-arviointi tehdään myös järjestelmän muuttuessa oleellisesti. Tietoturva-arviointi sisältää myös tietojärjestelmän käyttöön liittyvän riskiarvion. Tietojärjestelmille tehdään riskiarviointi kolmen vuoden välein tai kun järjestelmä oleellisesti muuttuu.

Tietoturvasuunnitelma

Hyvinvointialueen on sosiaali- ja terveystieteiden järjestäjänä laatinut tietosuoja, tietoturvaa ja tietojärjestelmien turvallista käyttöä koskevan tietoturvasuunnitelman (tähän päivämäärä). Tietoturvasuunnitelma ei ole julkinen asiakirja, mutta sen voi pyytää luettavaksi tietosuojavastaavalta tai tietoturvavastaavalta.

tietosuojavastaava Katja Rajala

tietoturvavastaava Marko Immonen

Lisätietoja: [Tietosuoja- ja tietoturvaohjeet – intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Lääkehoitosuunnitelmat laaditaan moniammatillisesti perustuen Pirhan lääkehoitosuunnitelmaan ja Turvallinen lääkehoito -oppaaseen. Lääkehoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuvat yksiköiden vastuulääkärien lisäksi yksikön lääkevastaavat, osastonhoitajat, osastofarmaseutti ja vastuualuejohtaja.

Vastuualueen lääkehoitosuunnitelmat on päivitetty vuoden 2024 aikana

Kotilääkityksen tarkastamista gastroenterologian vastuualueen eri toimipisteissä seurataan Tableau-raportoinnin avulla.

3.10 Lääkehoitosuunnitelma

Asiakkaan ja potilaan lääkitystiedot ovat ajan tasalla, lääkitys toteutuu suunnitellusti ja on vaikuttavaa. (Pirhan turvallisuuslupaus)

Pirkanmaan hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan yhteiset linjaukset lääkehoidon toteuttamisen käytäntöihin sekä palvelulinjoilla toteutettavan lääkehoidon erityispiirteet. Palvelulinjojen lääkehoitosuunnitelmissa kuvataan palvelulinjan toimi- ja vastuualueilla toteutettava lääkehoito ja

yhtenäiset toimintakäytännöt lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi. Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa yksikössä tulee lisäksi olla oma tarkentava, yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma.

Yksiköiden lääkehoitosuunnitelmien laatimisessa suositellaan hyödynnettävän Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaista Pirkanmaan hyvinvointialueen mallipohjaa. Yksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman tulee olla yksityiskohtainen, jolloin se toimii lääkehoidon toteuttamisen toimintakäsikirjana ja apuna perehdytyksessä. Yksikön esihenkilö vastaa yksikön lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä. Prosessissa tulee olla mukana kaikkien yksikössä lääkehoitoa toteuttavien ammattiryhmien edustaja sekä yksikön lääkähoidosta vastaavan lääkärin edustus. Myös osastofarmaseutin tai sairaala-apteekin asiantuntemusta on syytä hyödyntää. Yksikön lääkehoitosuunnitelman hyväksyy yksikön lääkähoidosta vastaava lääkäri. Lääkehoitosuunnitelmien tulee olla ajan tasalla. Suunnitelmat tarkastetaan ja päivitetään vuosittain.

Niissä palveluissa, joissa on useita samoin periaattein toimivia yksiköitä, voidaan laatia lisäksi palveluita koskeva yhteinen lääkehoitosuunnitelma tai sen pohja, jossa kuvataan ne periaatteet ja toimintatavat, jotka ovat yhteisiä kaikille yksiköille. Lääkehoitosuunnitelmat tulee päivittää vuosittain hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman ohjeiden mukaisessa syklissä.

Pirkanmaan hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma sekä jatkossa palvelulinjatasoiset lääkehoitosuunnitelmat löytyvät lääkitysturvallisuussivustolta. Sivustolta löytyy myös muita lääkehoidon toimintaohjeita.

Lisätietoja: [Pirkanmaan hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma](#)

Lääkitysturvallisuussivusto intrassa: [Lääkitysturvallisuus - intra.pirha.fi](#)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa vastuualuejohtaja. Yhteistä lääkehoitosuunnitelmaa täydentävät yksiköiden lääkehoitosuunnitelmat, joiden laatimisen ja päivittämisen vastuu on yksiköstä vastaavan lääkärin ja osastonhoitajan vastuulla. Lääkehoitosuunnitelmat tarkastetaan ja päivitetään vuosittain ja lisäksi tarvittaessa useammin.

Lääkehoitosuunnitelmat laaditaan moniammatillisesti perustuen Pirhan lääkehoitosuunnitelmaan ja Turvallinen lääkehoito -oppaaseen. Lääkehoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuvat yksiköiden vastuulääkärin lisäksi yksikön lääkevastaavat, osastonhoitajat, osastofarmaseutti, vastuualueen syöpälääkehoidon vastuulääkäri ja vastuualuejohtaja. Osastofarmaseutti työskentelee kaikissa yksiköissä ja toimii lääkkeisiin liittyvien ongelmien selvittelyn tukena ja ohjeistojen laatimisessa sekä tiedon välittäjänä sairaala-apteekin ja hoitoyksiköiden välillä. Gastroenterologian vastuualueen kaikkien toimintayksiköiden (4) lääkehoitosuunnitelmat on päivitetty vuoden 2024 aikana.

Ajantasaisen lääkitystiedon selvittäminen, lääkkeen määrääminen ja lääkehoidon kirjaaminen:
<https://intra.pirha.fi/web/intraohjeet/w/ajantasaisen-laakitystiedon-selvittaminen-laakkeen-maaraaminen-ja-laakehoidon-kirjaaminen#4.4%20L%C3%A4%C3%A4kehoidon%20kirjaaminen%20raskauteen%20ja%20synnytykseen%20liittyen>

Hoitohenkilöstön lääkehoito-oikeudet Pirkanmaan hyvinvointialueen sairaalapalveluissa:
<https://intra.pirha.fi/web/intraohjeet/w/hoitohenkiloston-laakehoito-oikeudet>

Biologisten lääkkeiden, rokotteiden ja veri- ja plasmaperäisten lääkkeiden eränumeron kirjaaminen:
<https://intra.pirha.fi/web/intraohjeet/w/biologisten-laakkeiden-rokotteiden-ja-veri-ja-plasmaperäisten-laakkeiden-eränumeron-kirjaaminen-toimintaohje>

3.11 Infektioiden torjunta

Palvelu, hoito ja hoiva toteutuvat turvallisesti, hyvinvointia ja terveyttä tukevasti, ja ilman pelkoa infektiosta.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Tartuntatautilaki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä torjumaan hoitoon liittyviä infektioita sekä lääkkeille erittäin vastustuskykyisiä mikrobeja. Tartuntatautilain mukaan jokaisen toimintayksikön ja sen johtajan on huolehdittava tartunnan torjunnasta, potilaiden, asiakkaiden ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisesta suojauksesta ja sijoittamisesta sekä mikrobilääkkeiden asianmukaisesta käytöstä.

Lisätietoja: [Infektioiden torjunnan omavalvonta sote-yksiköissä – intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi/web/intraohjeet/w/infektioiden-torjunnan-omavalvonta-sote-yksiköissä)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy on osa laadukasta hoitoa sekä potilasturvallisuutta. Työntekijät perehdytetään infektioiden torjuntaohjeiden mukaiseen työskentelyyn ja Pirkanmaan hyvinvointialueen infektioiden torjuntaohjeisiin. Esihenkilö valvoo, että tartuntatautilain mukaiset rokotukset ja terveystarkastukset on hoidettu asianmukaisesti, huolehtii henkilöstön perusosaamisesta ja varmistaa, että hoitohenkilökunta on suorittanut sekä Pirhan että infektioiden torjunnan verkkokurssin viiden vuoden välein.

Kaikkien työntekijöiden on tunnettava käsihygieniäohjeet ja toimittava niiden mukaisesti. Yksiköissä huolehditaan, että saatavilla on riittävästi käsihuuhteita ja ne on sijoitettu paikkoihin, joista niitä on helppo ottaa. Käsihuuhteen kulutusta seurataan säännöllisesti. Mikäli kulutus on liian vähäistä, selvitetään vähäisen kulutuksen syyt ja suunnitellaan ja toteutetaan toimia kulutuksen lisäämiseksi.

Gastroenterologisen kirurgian yksi yleisimmistä haittavaikutuksista ovat infektiot. Hoitoon liittyviä infektioita, kuten muitakin komplikaatioita, seurataan säännöllisesti ja tarvittaessa suunnitellaan ja toteutetaan toimia. Hoitoon liittyvät infektiot ilmoitetaan Sairaalan Antibiootti- ja Infektiojärjestelmään (SAI).

Yksiköissä on nimettynä hygieniayhdyshenkilö, jolla on suunniteltua työaikaa infektioiden torjuntatyöhön, kirjallinen tehtävänkuva ja nimetty varahenkilö. Hänellä on mahdollisuus perehtyä infektioiden torjuntaan ja osallistua koulutuksiin.

3.12 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Kaikki palvelussa, hoidossa ja hoivassa tarvittava tieto on ajan tasalla ja käytettävissä, eikä se joudu väärin käsiin. (Pirhan turvallisuuslupaus)

Tietosuoja on perusoikeus, joka turvaa rekisteröidyn (henkilön, jonka tietoja käsitellään) oikeuksien ja vapauksien toteutumisen henkilötietojen käsittelyssä. Henkilötietojen käsittelyn on aina perustuttava lakiin. Henkilötietojen käsittelyn on oltava asianmukaista ja tapahduttava aina tiettyä tarkoitusta varten joko asianomaisen henkilön suostumuksella tai muulla laissa säädetyllä perusteella.

Tietosuojavastaava Katja Rajala

Lisätietoja: [Tietosuoja- ja tietoturvaohjeet – intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Pirkanmaan hyvinvointialueen tietosuoja- ja tietoturvaohjeet koskevat koko vastuualueen henkilöstöä ja jokainen uusi työntekijä käy pakolliset tietosuoja- ja tietoturvaosiot läpi osana perehdytystään. Jokainen ammattilainen on vastuussa omalta osaltaan tietosuojan toteutumisesta.

Tietosuojan ja tietoturvan peruskoulutuksessa aineistona on hyvinvointialueen tietojen ja tietojärjestelmien käyttö- ja salassapitositoumus, joka tulee hyväksyä koulutuksen yhteydessä. Lisäksi on suoritettava hyväksytysti tietosuoja- ja tietoturvatentti. Kaikkien vastuualueen työntekijöiden on läpäistävä pakollinen peruskoulutus kahden vuoden välein, josta esihenkilö huolehtii. Lisäksi tarvittaessa järjestetään työntekijän tai viranhaltijan roolin tai tehtävien mukaista kohdennettua koulutusta.

Vastuualueen kaikki työntekijät tekevät syksyn 2024 aikana uuden pakollisen tietosuoja ja tietoturva Moodle –kurssin. Lisäksi jokainen vastuualueen työntekijä hyväksyy syksyn 2024 aikana uuden tietojen ja tietojärjestelmien käyttö- ja salassapitositoumuksen.

Vastuualueella on oma tietosuoja ja -turvayhdyshenkilö, joka seuraa tietosuojan ja tietoturvan toteutusta sekä kehittää ja lisää tietosuoja- ja tietoturvatietoisuutta vastuualueella. Yhteyshenkilöllä on kattava kokonaiskuva vastuualueen henkilötietojen käsittelystä. Yhteyshenkilö toimii tiiviissä yhteistyössä palvelulinjan vastuuyhteyshenkilön sekä hyvinvointialueen tietosuojavastaavan ja tietoturvavastaavan kanssa. Hän tuo esille havaitsemansa tietosuoja- ja tietoturvariskit ja poikkeamat sekä arvioi tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä riskejä yhdessä hyvinvointialueen tietosuojavastaavan ja tietoturvavastaavan kanssa. Vastuualueen tietosuojan ja tietoturvan yhteyshenkilö tekee vastuualueen jokaisessa

toimintayksikössä tietosuoja ja -turvakierron. Kyseisen kierron raportti käydään läpi toimintayksikön esimiehen kanssa ja sovitaan yhdessä tarvittavista kehittämistoimista ja niiden aikataulusta.

3.13 Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella vahvistetaan asiakaslähtöisyyttä ja osallistumista eri toimenpiteiden avulla. Käytössä olevia palautteen keräämisen tapoja:

- Suoraa palautetta voi antaa sähköisesti, pirha.fi/palaute - sivuston kautta
- Kirjallisesti, palautekortilla
- Kokemusasiantuntijoiden haastattelu
- Palvelukokemusmittari, käytössä Tays -sairaaloissa
- NPS-asiakaskokemuskyselyt
- Kohdenneetut asiakaskokemuskyselyt ja haastattelut
- Asiakasraadit
- Kansalliset asiakaskokemuskyselyt, THL:n ”Kerro palvelustasi” - kysely tehdään joka toinen vuosi. Lakisääteisen seurannan piirissä ovat palvelua säännöllisesti ja pitkäaikaisesti saavat iäkkäät asiakkaat kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa asumisessa
- Hoitotyösensitiiviset potilaspalautteet (Tays ja lähisairaalat), palautetietoa kerätään potilailta neljä kertaa vuodessa yhden viikon otannoilla

Lisätietoa osallisuudesta ja vaikuttamisesta on julkisilla sivuilla:

<https://www.pirha.fi/asiakkaalle/osallistu-ja-vaikuta>

Suorat palautteet käsitellään viimeistään 12 vuorokauden kuluttua niiden saapumisesta. Mikäli asiakas on jättänyt yhteystietonsa, asiakkaalle vastataan. Saatua asiakaskokemustietoa hyödynnetään käytännössä ja osana kaikkea päätöksentekoa sekä kehittämistä.

4 Omavalvonnan riskien hallinta

4.1 Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Toiminnallisten riskien hallinta tukee johtamista ja on olennainen osa toiminnan kehittämistä. Tavoitteena on tunnistaa ennakoiden toimintaan liittyvät vaarat ja altistavat tekijät sekä arvioida niiden vaikutusta, ja tukea päätöksentekoa. Menettelytapaan sisältyy vakiintuneen toiminnan sekä

toiminnan muutosten riskien arviointi ja hallinta, riskien merkittävyyden arviointi ja niiden toistumisen estäminen. Toiminnallisten riskien vastuuhenkilöt ja riskien hyväksyntäkriteerit kirjataan palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmiin. (Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Henkilökunta hyödyntää näyttöön perustuvia toimintamalleja asiakkaaseen ja potilaaseen kohdistuvien riskien tunnistamiseksi ja haittojen ehkäisemiseksi. (Pirhan turvallisuuslupaus)

Turvallisuuskulttuuri luo perustan organisaation riskienhallinnalle. Turvallisuuskulttuuri muodostuu toimintakulttuurin sekä johdon ja henkilöstön arvojen, asenteiden, kokemusten ja näkemysten perusteella. Tavoitteena on tiimityön vahvistaminen ja organisaation jäsenten yhteistyön tehostaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön yhteinen arvoihin perustuva tapa toimia aina siten, että varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden saaman palvelun, hoivan ja hoidon turvallisuus. Jokaisen työntekijän tulee ottaa vastuu, arvioida tilanteita ja työtään asiakkaaseen ja potilaaseen kohdistuvien riskien kannalta ja kehittää toimintaa jatkuvasti turvallisemmaksi.

Lisätietoja: [Riskienhallinta – intra.pirha.fi](http://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Vastuualueella on pitkään kehitetty turvallisuus- ja riskien hallinnan kulttuuria jokaisella toiminnan ja toimijan tasolla. Vastuualuetasolla pyritään tunnistamaan ja analysoimaan koko vastuualueen strategiaan tavoitteisiin tai tuloksiin vaikuttavia riskejä. Tätä riskienhallinnan osa-aluetta tarkastellaan koko toimialueen tasolla ja siitä vastaa toimialueen johtoryhmä, johon kuuluvat toimialuejohtaja, vastuualuejohtajat, ylihoitajat, henkilöstöedustaja, talouspäällikkö ja kehittämisspäällikkö. Riskienhallintaa käytännössä toteutetaan vastuualueilla jokaisessa toimintayksikössä riskejä tunnistamalla ja niitä halliten. Kaikille ammattilaisille, jotka osallistuvat riskien kartoitukseen järjestetään toimialueen turvallisuustieteen toimesta henkilökohtainen riskien kartoituksen koulutus.

Toimialueen kokonaisvaltaisessa riskienhallinnassa toimialueen johtoryhmä tunnistaa, analysoi, arvioi riskin merkittävyyden ja suunnittelee riskien hallintakeinot koko toimialueen strategisten-, operatiivisten-, taloudellisten- ja vahinkoriskien osalta säännöllisesti kolme kertaa vuodessa sekä lisäksi tarpeen mukaan tilanteiden muuttuessa. Toimialuetaoiseen riskien hallintaan sisältyy vastuualueiden ja niiden eri toimintayksiköiden toiminnan tavoitteisiin ja tuloksiin vaikuttavat riskit ja niiden hallintakeinot.

Merkittävimpien riskien osalta tehdään erillinen riskien analysointi. Tässä hyödynnetään syy-seuraus-analyysi- ja juurisyyanalyysimenetelmiä. Riskianalyysien lopputuloksena pyritään parhaan mahdollisen tiedon perusteella määrittelemään riskien syyt tai mahdolliset lähteet sekä riskien mahdolliset seuraukset. Tunnistetun riskitapahtuman tarkempaan analysointiin hyödynnetään riskiruseettianalyysiä, jossa kartoitetaan syyt, seuraukset, ennaltaehkäisy ja riskin hallinta.

Riskien tunnistamisessa hyödynnetään myös HaiPro-järjestelmän kautta ilmeneviä turvallisuuspoikkeamatilanteita. Erityisesti lähetä piti tilanteiden osalta riskin tunnistaminen, analysointi, merkittävyyden arviointi ja riskin käsittely, jossa suunnitellaan ja toteutetaan kyseisen riskin hallintakeinot jo ennakoivasti, on tärkeässä roolissa. Toimialueella toimii turvallisuuspoikkeamakäsittelijöiden työryhmä, johon kuuluvat vastuualueiden kaikissa toimintayksiköissä turvallisuuspoikkeamailmoituksia HaiPro-järjestelmässä käsittelevät ammattilaiset. Heille järjestetään toimialueitasoinen koulutus turvallisuuspoikkeamailmoitusten käsittelyyn ja ilmoitusten hyödyntämiseen myös riskien hallinnan näkökulmasta. Turvallisuuspoikkeamakäsittelijöiden kokouksissa, joita on kolme kertaa vuodessa, tuodaan esille esimerkin omaisesti muille osallistujille kyseisessä toimintayksikössä havaittuja riskejä sekä toimia ja keinoja niiden vähentämiseksi tai poistamiseksi. Näitä toimia voidaan hyödyntää muiden toimintayksiköiden vastaavien riskien hallintaan.

Toimialueella on erillinen turvallisuusyhdyshenkilöiden työryhmä, johon kuuluu vastuualueiden jokaisen toimintayksikön turvallisuusyhdyshenkilöt. Jokaisessa toimintayksikössä on vähintään kaksi turvallisuusyhdyshenkilöä ja isommissa toimintayksiköissä useampia. Turvallisuusyhdyshenkilöt toimivat aktiivisesti puutumalla toimintayksiköissä ilmeneviin riskeihin ja muihin turvallisuuteen liittyviin asioihin. Toimialueen turvallisuusyhdyshenkilöillä on yhteinen kokous kahden kuukauden välein, jossa käydään läpi ajankohtaisia turvallisuusasioita esimerkiksi turvallisuusohjeistuksia sekä toimintayksiköissä ilmenneitä mahdollisia turvallisuusriskejä.

Vastuualueilla järjestetään toimintayksiköiden turvallisuusyhdyshenkilöiden ja muun henkilöstön toimesta muutaman kerran vuodessa turvarata kyseisen vastuualueen työntekijöille. Turvaradalla on erilaisia harjoittelupisteitä, joissa voi harjoitella erilaisiin turvallisuus- ja riskitilanteisiin liittyviä asioita ohjattuna.

Väkivallan vähentämisen oma-arviointi tehdään jokaisessa toimintayksikössä säännöllisesti ja vähintään kerran vuodessa. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota ennakointiin ja väkivallan ehkäisyyn, väkivallan hallintaan (tilanteen mukainen toiminta ja tilannejohtaminen) sekä toipumiseen ja jälkihoitoon. Erityisesti ennakointiin ja väkivallan ennaltaehkäisyyn kiinnitetään jatkuvasti huomiota. Kyseisen arvioinnin raportointi käsitellään toimintayksikössä ja esimies vastaa tarvittavien kehittämistoimenpiteiden toteutumisesta.

Turvallisuusyhdyshenkilöt pitävät turvakävelyjä, joiden toteutumisesta vastaa kyseisen toimintayksikön esimies. Turvakävelyihin osallistuu kaikki kyseisen toimintayksikön työntekijät. Turvallisuuskävelyn tavoitteena on lisätä niihin osallistuvien työntekijöiden tietämystä toimintayksikön ja siihen välittömästi liittyen tilojen riskeistä, turvallisuusjärjestelyistä ja toimintaohjeista sekä toimintamalleista erilaisissa vaara- ja onnettomuustilanteissa. Turvallisuuskävelyitä tehdään säännöllisesti vuosittain sekä tila- ja toimintamuutosten jälkeen. Turvallisuuskävely toteutetaan kaikille uusille työntekijöille. Turvallisuuskävely voidaan järjestää joko yksittäiselle työntekijälle tai suuremmalle ryhmälle.

4.2 Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Jokaisen työntekijän perustehtävään sisältyy periaate: havainnoi turvallisuuteen liittyviä tapahtumia, ilmoita niistä ja vaikuta turvallisuuteen osallistumalla korjaavien toimien suunnitteluun ja toteutukseen.

Vaaratapahtumat ja asiakaspalautteet käsitellään viipymättä. Esihenkilöt vastaavat, että tarvittavat korjaavat ja ehkäisevät toimet suunnitellaan ja toteutetaan tapahtumien toistumisen estämiseksi, ja että toimien vaikutuksia seurataan. Vakavien vaaratapahtumien tutkintaan on menettelytapa, riittävät voimavarat ja osaaminen.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

Sote-valvontalain 29 § velvoittaa hyvinvointialueen henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön ilmoittamaan viipymättä palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden.

Hyvinvointialueella on käytössä järjestelmä (HaiPro), johon työntekijä ilmoittaa asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat, epäkohdat tai epäkohdan uhat sekä työturvallisuuteen, toimintaympäristöön, tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät havainnot ja tapahtumat.

Palveluyksikön esihenkilöt vastaavat ilmoitusten käsittelystä, tarvittavien korjaavien ja ehkäisevien toimien suunnittelusta ja toteutuksesta tapahtumien toistumisen estämiseksi. Esihenkilö voi käyttää tapahtumien selvittämisessä palveluyksikön turvallisuusasiantuntijoita (esimerkiksi lääkevastaavat), mutta esihenkilö päättää toimenpiteistä. Esihenkilöiden tulee käsitellä tapahtumia *säännöllisesti* yhdessä henkilöstön kanssa. Esihenkilö vastaa suunnitelmien ja toteutettujen toimien kirjaamisesta ja seuraa toteutettujen toimien vaikutuksia.

Palveluyksikön tulee kuvata, miten edellä mainitut tehtävät toteutetaan, ja määritellä tavoiteajat ilmoitusten käsittelylle (aloituksesta loppuun saattamiseen) sekä yhteiselle käsittelylle henkilöstön kanssa (esimerkiksi osastokokoukset). Kuvauksen tulee sisältää, miten vakavaan tapahtumaan osallisille työntekijöille järjestetään tarvittaessa tukea (jälkipuinti, Second Victim -menettely) ja miten asiakkaalle, potilaalle tai läheisille viestitään tapahtuneesta.

Asiakkaan tai potilaan palveluun, hoivaan tai hoitoon liittyvien vakavien vaaratapahtumien tutkintaan on menettelytapa (ohje valmisteilla).

Palveluyksiköiden käyttöön on laadittu menettelytapa vaaratapahtuman perusteelliseen tarkasteluun (valmisteilla).

Lisätietoja: [Vaaratapahtumat ja epäkohtailmoitukset – intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Vastuualueilla henkilökuntaa kannustetaan tekemään turvallisuuspoikkeamailmoituksia HaiPro-järjestelmään potilas-, työ- ja toimintaympäristöturvallisuuteen sekä tietosuojaa ja tietoturvaan liittyvistä tapahtumista sekä erityisesti mahdollisista riskeistä jo ennakoivasti.

Toimintayksiköissä pyritään käsittelemään turvallisuuspoikkeamailmoitukset viipymättä, mutta kuitenkin vähintään kahden viikon sisällä.

Jokaisella vastuualueen ammattilaisella on velvollisuus ilmoittaa henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta toimintayksikön esihenkilölle ja tietosuojatiimille heti, kun on sen havainnut tai saanut tietoonsa. Henkilötietojen tietoturvaloukkauksiin liittyvät tietosuojavastaavien jatkotoimia vaativat ilmoitukset käsitellään viipymättä, koska on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa tapahtuneesta tietoturvaloukkauksesta 72 tunnin kuluessa tietosuojavaltuutetun toimistoon.

Vastuualueilla on käytössä potilaan hoitoon liittyvän vaaratapahtuman tutkinta, joka kuuluu osana laadunhallintaan. Vakava vaaratapahtuma on tapahtuma, jossa potilaalle on aiheutunut tai olisi voinut aiheutua merkittävää, vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuu vakava vaara. Vakava vaaratapahtuma on myös tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon potilaita. Vakavaksi haitaksi katsotaan kuolemaan johtanut, henkeä uhannut, sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen johtanut, pysyvään tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne.

Välittömänä toimenpiteenä vakavan vaaratapahtuman jälkeen on varmistaa potilaan turvallisuus ja informoida lääkäriä ja/tai esimiestä sekä kirjata tapahtuma asiakirjoihin. Toiminnasta vastaava esimies ilmoittaa tapahtumasta toimialuejohtajalle, joka tiedottaa tapahtumasta johtajaylilääkärille. Johtajaylilääkäri päättää tutkinnan käynnistämisestä ohjeistuksen mukaisesti. Tutkinta aloitetaan viipymättä, tavoitteena 48 tunnin aikana tapahtumasta tai seuraavan virka-ajan alkaessa, mikäli tapahtuman ajankohta osuu viikonlopun tai juhlapyhäjäksen alkuun.

Potilaalle ja/tai läheisille kerrotaan tapahtuneesta salassapitosäännökset huomioiden mahdollisimman pian, viimeistään 24 tunnin sisällä. Tapahtumahetkellä potilaan hoidosta vastaavan lääkäri kertoo potilaalle ja/tai hänen läheisilleen tapahtuneesta avoimesti sekä järjestää tarvittaessa kriisiapua.

Tutkinnassa analysoidaan yksittäistä vaaratapahtumaa tai vaaratapahtumien joukkoa. Tutkinnan tavoitteena on löytää tapahtuman taustalla olevat, järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä muut kehittämiskohteet. Tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta ja estää vastaavanlaisten tilanteiden toistuminen.

Tutkinnasta tehtävät raportit eivät liity potilaan hoitoon, eikä niitä liitetä potilasasiakirjoihin. Tutkinnasta laaditut asiakirjat luovutetaan pyynnöstä vain Valviralle tai/ja Aluehallintovirastolle.

Vakavan vaaratapahtuman jälkeen yksikön esimies varmistaa, että tapahtumassa mukana olleen henkilöstön tukitoimenpiteet aloitetaan mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Esimies vastaa siitä, että yksikön muun henkilökunnan kanssa keskustellaan tapahtuneesta.

4.3 Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Jokaisessa gastroenterologian vastuualueen toimintayksikössä arvioidaan vuosittain moniammatillisesti olemassa olevat ja mahdolliset riskit Granite-järjestelmän avulla. Hygieniaohjeiden ajantasaisuudesta ja infektio- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) ilmoitukset käsitellään jokaisessa toimintayksikössä. Vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) ilmoitukset käsitellään jokaisessa toimintayksikössä säännöllisesti. Osaaminen riskienhallinnan varmistetaan perehdyttämisen ja koulutuksen avulla.

Toimintayksiköissä on toimintamalli, jossa turvallisuuspoikkeamailmoituksia käydään läpi moniammatillisesti kerran kuukaudessa. Lisäksi turvallisuuspoikkeamailmoituksia käsitellään henkilökunnan kanssa. Näissä molemmissa tilaisuuksissa pohditaan yhdessä mahdollisia kehittämistoimia tapahtumien ja läheltä piti tilanteiden ehkäisemiseksi tulevaisuudessa tai ainakin niihin liittyvien riskien pienentämiseksi. Näitä kehittämistoimia jaetaan muiden toimialueen toimintayksiköiden tietoon ja implementoitavaksi omissa toimintayksiköissään toimialueen turvallisuuspoikkeamäkäsittelijöiden kokouksessa kolme kertaa vuodessa.

Vastuualueen turvallisuuspoikkeamailmoituksista HaiPro-järjestelmästä laaditaan raporttiyhteenveto neljän kuukauden välein. Raportissa tehdään vertailua edellisen vuoden vastaavan ajan tapahtumiin, jolloin havaitaan mahdollinen muutos. Lisäksi raportista käy ilmi, millaisia turvallisuuspoikkeamatapahtumia on kyseisenä aikajaksona tapahtunut. Raportti käydään läpi vastuualuekokouksessa neljän kuukauden välein, jossa sovitaan tarvittavat kehittämistoimet ja vastuuhenkilöt sekä seuranta vastuu.

Vastuualueella tehdään vuosittain Tietosuoja- ja tietoturvakierro jokaisessa toimintayksikössä. Kierrolla on käytössä sähköisessä muodossa oleva tarkastelulomake, johon merkitään mahdolliset kehittämiskohteet, aikataulu ja vastuuhenkilö. Väkivallan vähentämisen itsearviointi tehdään kerran

vuodessa ja siihen on myös käytössä sähköinen lomake. Näistä tehdään vastuualuekohtainen yhteenveto, jonka tuloksia ja tehtyjä kehittämistoimia tarkastellaan vastuualuetasolla.

Vastuualueella vahvistetaan henkilöstön asiakas- ja potilasturvallisuustaitoja osallistumalla erilaisiin turvallisuuskoulutuksiin ja vastuualueen turvaradoille. Vastuualueen eri toimintayksiköiden turvallisuusyhdyshenkilöt ovat suorittaneet turvakorttikoulutuksen. Turvallisuusyhdyshenkilöillä yhdessä esimiesten kanssa on ensiarvoisen tärkeä rooli toimintayksikön turvallisuusasioiden koulutusvastuussa ja toteutuksessa henkilökunnalle.

4.4 Ostopalvelut ja alihankinta

Sopimuksen kautta hankittavan palvelun laadun tulee vastata omana toimintana tuotetun palvelun laatua. Kriteerit on määritelty sääntökirjassa. Mikäli puutteita havaitaan, varmistetaan potilas- / asiakas-turvallisuus ja puutteet dokumentoidaan. Viipymättä otetaan yhteyttä yksikön esihenkilöön ja käynnistetään vuoropuhelu sopimuskumppanin kanssa laatupoikkeaman korjaamiseksi. Palvelusetelitoimenpiteistä tehdään palvelukuvaukset.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueella Palveluseteleillä hankittavat toimenpiteet ovat endoskoppioita ja päiväkirurgisia toimenpiteitä. Palveluntuottajien toiminta- ja laatukriteerit on määritelty tarkasti Palveluseteleiden sääntökirjassa, ja näiden toteutumista valvotaan. Hoidontarve määritellään gastroenterologian vastuualueella. Kaikista palveluseteleillä hoidetuista potilaista saadaan hoitopalaute sähköisesti, ja vastuulääkäri tarkistaa sen perusteella, että sovittu hoito on toteutettu. Hoitopalaute kirjautuu osaksi potilaan sähköistä sairauskertomusta.

4.5 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Gastroenterologian vastuualueen valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta ja valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavat vastuualuejohtaja Johanna Laukkarinen ja ylihoitaja Eeva Harju. Tarkastus tehdään säännöllisesti vähintään kerran vuodessa, ja lisäksi tarvittaessa.

5 Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

5.1 Toimeenpano

Henkilöstön omavalvonnan osaamista ja sitoutumista jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan seurataan jatkuvasti esihenkilöiden, ylihoitajan ja vastuualuejohtajan toimesta, edellä kuvattuja toimintatapoja käyttäen.

Ajantasainen omavalvontasuunnitelma on gastroenterologian vastuualueen henkilöstön tiedossa ja saatavilla kaiken aikaa. Omavalvontasuunnitelman muutokset tiedotetaan henkilöstölle.

5.2 Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Omavalvontasuunnitelmat ovat yksiköiden toiminnan luonteeseen soveltuvalla tavalla asiakkaiden / potilaiden, omaisten ja omavalvonnasta kiinnostuneiden saatavilla ja ne julkaistaan hyvinvointialueen verkkosivuilla.

Palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Pirkanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla ja ne ovat nähtävinä yksiköissä toiminnan luonteeseen soveltuvalla tavalla.

Pirhan julkaisusuunnitelma päivittyi.

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta

Palvelualueen / yksikön vastuuhenkilöt ja henkilökunta seuraavat omavalvontasuunnitelmassa kuvattun toiminnan toteutumista jatkuvasti. Jos toiminnassa havaitaan puutteellisuuksia, yksikkö tekee korjaavat toimenpiteet asian kuntoon saattamiseksi.

Toiminnan laadun mittareista, seurannasta, julkaisusta kappaleessa 3.1

Omavalvontasuunnitelman päivitys

Pirkanmaan hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelman pohja päivitetään omavalvonta- ja laatuasiantuntijaverkoston toimesta, kun hyvinvointialuetasoisessa sisällössä tapahtuu olennaisia muutoksia. Pohja tarkistetaan laatu ja omavalvonta -asiantuntijaverkoston toimesta vuosittain.

Palvelualueen / yksikön omavalvontasuunnitelman päivityksestä vastaa yksikön vastuhenkilö. Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tai ohjeistuksissa tehdään muutoksia tai kehittämissuunnitelmia esimerkiksi havaittujen epäkohtien, kehitettyjen omavalvonnan toimintamallien tai palautteiden perusteella. Omavalvontasuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään palveluyksikössä vähintään kerran vuodessa.

6 Omavalvontasuunnitelman hyväksyntä

Omavalvontasuunnitelman allekirjoittaa palveluyksikön vastuhenkilö/-t.

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy toimialuejohtaja.

Omavalvontasuunnitelma päivitetty, paikka ja päiväys Tampere 23.8.2024
Palveluyksikön vastuhenkilö Johanna Laukkarinen, vastuualuejohtaja
Toimialuejohtaja Jarno Riikonen, toimialuejohtaja



Seuraa meitä somessa.