



Omavalvontasuunnitelma

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Sisällysluettelo

1	Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....	2
1.1	Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot	2
1.2	Toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	3
2	Omaavontasuunnitelman laadinta, ylläpito ja seuranta	5
3	Asiakas- ja potilasturvallisuus	9
3.1	Palvelujen laadulliset edellytykset ja vastuu palvelujen laadusta.....	9
3.2	Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet.....	13
3.3	Muistutusten käsittely	14
3.4	Henkilöstö.....	15
3.5	Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta ...	25
3.6	Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi.....	27
3.7	Toimitilat ja toimintaympäristö	32
3.8	Laitteet, välineet ja tietojärjestelmät.....	36
3.9	Lääkehoitosuunnitelma.....	41
3.10	Säännöllisesti kerättävän palautteen huomioiminen.....	45
4	Omaavonnan riskien tunnistaminen ja hallinta	47
4.1	Riskienhallinta	47
4.2	Toiminnassa ilmenneiden epäkohtien ja puutteiden käsittely	49
4.3	Sopimushallinta	52
4.4	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja	52
4.5	Viranomaisten antama ohjaus ja päätökset.....	54
5	Omaavontasuunnitelman julkaisu ja seuranta	55
6	Omaavontasuunnitelman hyväksyntä.....	60

1 Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot

Palveluntuottaja

Pirkanmaan hyvinvointialue

PL 272, 33101 Tampere

kirjaamo@pirha.fi

Kirjaamon käyntiosoite: Nivelitie 5, G-rakennus (1. krs)

Y-tunnus

3221308–6

Palveluyksikön nimi

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Palveluyksikköön kuuluvat palvelupisteet/etäpalvelut ja yhteystiedot (osoite, puhelinnumero)

Tampereen yliopistollinen sairaala

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Elämänaukio 2

PL 2000

33521 Tampere

puh.: 03-311 611 (vaihde)

telekopio: 03-311 65511

Vastuualuejohtaja Mika Kähönen

internet: mika.kahonen@pirha.fi

Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen yksikön toimipisteet sijaitsevat TAYS Keskussairaalassa. Kliinisen fysiologian toimipiste sijaitsee K-siivessä, Isotooppilääketieteen toimipiste F-rakennuksessa. Pääosa yksikön tarjoamista tutkimuspalveluista on saatavissa vain normaalina työaikana (ma-pe klo 7.00–16.00).

Palvelu ja asiakasryhmät, joille palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä palvelupisteittäin

Palveluyksikkö tarjoaa Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen erikoisalan palveluja niitä tarvitseville terveydenhuollon asiakkaille.

1.2 Toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Yksikön lääketieteen erikoisalat ovat kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede. Yksikkö vastaa erikoisalansa diagnostisten palvelujen tuottamisesta ja kehittämisestä sekä osaltaan lääketieteen perusopetuksesta, erikoislääkärikoulutuksesta, hoitoalojen opetuksesta sekä alansa lääketieteellisestä ja hoitotieteellisestä tutkimuksesta.

Yksikön pääasiallisia asiakkaita ovat TAYS:n vuodeosastot ja poliklinikat sekä muut sairaalat, terveyskeskukset ja terveydenhuollon laitokset. Yksikön palveluja myydään myös Pirkanmaan hyvinvointialueen ulkopuolisille tilaajille sekä sairaanhoidollisiin että tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Etälääketieteen lausuntapalvelua tuotetaan Päijät-Hämeen, Pohjanmaan ja Satakunnan hyvinvointialueille.

Kliinisen isotooppilääketieteen palvelut tuotetaan TAYS Keskussairaalan F-rakennuksen palvelupisteessä. Vuodessa tehdään noin 8 000 tutkimusta tai hoitoa. Kliinisen fysiologian palvelut tuotetaan TAYS Keskussairaalan K-siiven palvelupisteessä. Vuodessa tehdään noin 18 000 tutkimusta.

Alihankinta

Tutkimukset tekee pääsääntöisesti yksikön oma henkilöstö käyttäen yksikön laitteita. Tilapäisluonteisesta, henkilö- tai laiteresurssien puuttumisesta johtuvasta alihankkijan käytöstä päättää yksikön ylilääkäri tutkimuksen vastuuhenkilön tekemän esityksen perusteella.

Tutkimuksissa tarvittavien laboratoriopalveluiden toimittajasta päättää Pirkanmaan hyvinvointialue, joka on palvelun järjestämisestä vastaava viranomainen. Laboratoriopalvelut tuottaa Fimlab Laboratoriot Oy joko itse, tai alihankintana.

Oikeudellinen asema

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede toimii itsenäisenä tulosvastuullisena vastuualueena osana Pirkanmaan hyvinvointialueen Kuvantamiskeskus, verisuonitoimenpiteet ja apteekkipalvelut -toimialuetta (AKU). Toimialue on osa hyvinvointialueen Sote-palveluiden Sairaalapalvelut -palvelulinjaa. Yksikkö noudattaa toiminnassaan terveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta annettuja lakeja ja asetuksia.

Vastuuyksiköittäin on toiminta jaettu ja numeroitu seuraavasti:

KFI	hallinto ja yhteiset	29400
KLF	kliininen fysiologia	29401
KIL	kliininen isotooppilääketiede	29402

Talous

Yksikön talousarvio laaditaan osana Kuvantaminen, verisuonitoimenpiteet ja apteekkipalvelut -toimialueen talousarviota. Yksikkö sopii sisäisten tilaajien kanssa seuraavan vuoden tilauskannan ja hinnoittelun. Taloutta seurataan tuloslaskelmalla. Toimintakulut muodostuvat lähinnä henkilöstömenoista, sisäisistä palveluista, materiaalimenoista sekä laitepoistoista.

Yksikön toimintatuotot koostuvat pääasiassa tehtyihin tutkimuksiin perustuvasta sisäisestä ja ulkoisesta laskutuksesta sekä erityisvaltio-osuuksista.

2 Omavalvontasuunnitelman laadinta, ylläpito ja seuranta

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Omavalvontasuunnitelman laatimisen / päivittämisen toteuttaminen

Omavalvontasuunnitelman laati vastuualuejohtajan koolle kutsuma työryhmä:

Sipilä Kalle, ylilääkäri, Kähönen Mika, ylilääkäri, Taatila Tiina, osastonhoitaja, Palo Sari, osastonhoitaja, Suihko Veikko, apulaisyliläifyysikko, Heikkilä Leena, apulaisosastonhoitaja, Vilpas Heidi, röntgenhoitaja, Lehtinen Pieta, apulaisylilääkäri, Saarimäki Tiina, apulaisosastonhoitaja ja Korkola Pasi, fyysikko.

Omavalvonnan suunnittelusta ja seurannasta vastaava henkilö ja yhteystiedot

Vastuualuejohtaja ylilääkäri Mika Kähönen, internet: mika.kahonen@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 vastuuhenkilö. 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.

Omavalvontasuunnitelman julkisuus

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

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta

Yksikköä johtaa vastuualuejohtaja neuvontaelimenään vastuualueen johtotiimi (myöhemmin johto). Yksikön sisäinen toiminnan suunnittelu ja seuranta tapahtuu säännöllisesti järjestettävissä johtotiimin kokouksissa.

Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa yksikkö noudattaa Hyvinvointialueen strategiaa.

Johto vastaa yksikön laatu politiikan määrittelystä sekä sen toteuttamiseksi tarvittavien henkilö- ja laiteresurssien järjestämisestä. Johto suorittaa laatu katselmuksia, joissa laadunohjausjärjestelmää ja sen tavoitteiden toteutumista tarkastellaan kokonaisuutena. Johto yhdessä vastuuhenkilöiden ja laatu päällikön kanssa päättää laadunohjausjärjestelmään tehtävistä muutoksista. Johto vastaa kaikesta tiedottamisesta yksikön ulkopuolelle sekä koko yksikköä koskevilta osilta myös sisäisestä tiedottamisesta. Tiedotteet allekirjoittaa vastuualuejohtaja.

Vastuualuejohtaja nimittää yksikön laatu päällikön ja päättää myös henkilövaihdoksesta. Vastuualuejohtaja nimittää myös vastuuhenkilöt.

Laatu päällikkö

Yksikön laatu päällikkö toimii johdon alaisuudessa ja yhteistyössä vastuu- ja avainhenkilöiden kanssa. Laatu päällikkö vastaa laadunohjausjärjestelmän ylläpidosta. Laatu päällikkö vastaa sekä auditointiaikataulun suunnittelusta että toteuttamisesta ja on oikeutettu tarkastamaan minkä tahansa laadunohjausjärjestelmän osan myös varsinaisten auditointien ulkopuolella. Laatu päällikkö raportoi johdolle laadunohjausjärjestelmässä tarvittavista muutoksista.

Vastuualueet

Potilastutkimukset on yksityiskohtaisesti jaettu kahdeksaan alueeseen, joille on nimetty vastuuhenkilöt. Lisäksi on määritelty yhdeksäs, fysiikan vastuualue.

Yksikön yhteisten palvelujen osalta on henkilökunnasta nimetty vastuuhenkilöt.

Potilastutkimusten kohdalla vastuuseen sisältyy tutkimusten lääketieteellinen taso kokonaisuutena. Lääkärin toimiessa vastuuhenkilönä tehtävään sisältyy muiden alueella

toimivien lääkärien ohjaus ja valvonta sekä vastaavasti hoitohenkilökunnan suoritukset. Fyysikko vastuuhenkilönä huolehtii hoitohenkilökunnan ohjauksesta.

Potilastutkimusten ja yhteisten palvelujen osalta vastuuhenkilöllä on velvollisuus huomauttaa suorituksissa havaitsemistaan puutteista ja järjestää lisäkoulutusta tarpeellisessa määrin. Vastuuhenkilön tulee myös seurata laitteiden käyttökelpoisuutta ja raportoida mahdollisista hankintatarpeista ylilääkärille. Vastuuhenkilö on velvollinen välittämään alueensa työntekijöiden esittämät laatujärjestelmää koskevat muutosehdotukset laaturaportille, joka raportoi niistä johdolle. Vastuuhenkilö huolehtii alueeseensa liittyvästä sisäisestä tiedottamisesta ja koulutuksesta sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisestä.

Fysiikan vastuualueeseen sisältyy toimiminen lääketieteellisen fysiikan asiantuntijana säteilyä käytettäessä, sekä säteilyn käytön johto- ja neuvontatehtäviä. Yleisesti vastuuhenkilö osallistuu laadunvalvontaan, laitteiden toimintakunnon valvontaan, laitehankintojen valmisteluun sekä vastaanotto- ja käyttöönottotarkastuksiin. Vastuuhenkilö voi osallistua tutkimusten tekemiseen, tulosten analysointiin ja poikkeavien tilanteiden arviointiin, sekä antaa niihin liittyvää ohjeistusta. Vastuuhenkilö myös vastaa menetelmäkehityksestä lääketieteellisen fysiikan osalta.

Vastuuhenkilöt toimivat alueillaan itsenäisesti, keskenään tasavertaisessa asemassa, mahdolliset erimielisyydet vastuuhenkilöiden välillä esim. henkilö- tai laiteresurssien käytöstä ratkaisee ylilääkäri.

Avainhenkilöt

Kliinisen fysiologian laboratoriossa kullekin potilastutkimukselle tai erikseen määritellylle yhteisten palvelujen osa-alueelle on nimetty avainhenkilö. Avainhenkilön nimeää yksikön ylilääkäri osastonhoitajan ja vastuuhenkilön tekemän esityksen perusteella. Avainhenkilön tehtävänä on ylläpitää yhdessä vastuuhenkilön kanssa ajan tasalla olevia työ- ja laiteohjeita toimialallaan sekä seurata laitteiden käyttökelpoisuutta. Avainhenkilö huolehtii siitä, että tutkimuksissa käytettäviä tarvikkeita on saatavilla ja että ne ovat käyttökunnossa olevia. Avainhenkilö huolehtii työympäristön järjestyksestä. Lisäksi avainhenkilön tehtävänä on tiedottaa tutkimusohjeisiin tai muihin menettelytapoihin liittyvistä muutoksista muille tutkimusta suorittaville henkilöille ja toisaalta vastaanottaa palaute sekä välittää se vastuuhenkilölle. Mahdolliset erimielisyydet tutkimusten

suorittamistavasta ratkaisee vastuuhenkilö. Laatuavainhenkilöt muokkaavat työohjeet sovitun vakiomallin mukaisiksi, ylläpitävät työohjerekisteriä sekä jakavat hyväksytyt työohjeet työpisteisiin ja poistavat vanhentuneet työohjeet työpisteistä laatupäällikön antamien ohjeiden mukaisesti.

Isotooppilaboratoriossa tutkimusten osalta perustetaan tarvittaessa avaintiimit, joihin jäsenet valitaan erikseen. Tiimien tehtävänä on tutkimusmenetelmien ja -käytäntöjen kehittäminen sekä ohjeistuksen laatiminen. Tiimit toimivat yhteistyössä tutkimusten vastuuhenkilön ja muun henkilökunnan kanssa.

Varahenkilöt

Varahenkilöitä ei nimetä pysyvästi, vaan noudatetaan seuraavaa menettelyä: laatupäällikön tai vastuuhenkilön poissa ollessa siirtyy vastuu lähimmälle vastuualueen esihenkilölle siihen asti, kunnes tämä nimeää varahenkilön. Samalla tavoin avainhenkilön poissa ollessa vastuu siirtyy lähimmälle esihenkilölle siihen asti, kun tämä on nimennyt varahenkilön.

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 noudetaan vastuun ja oikeudenmukaisuuden kulttuurin periaatteita.

(Pirhan asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka)

3.1 Palvelujen laadulliset edellytykset ja vastuu palvelujen laadusta

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)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Yksikön tehtävänä on tuottaa korkeatasoisia tutkimuspalveluja kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen alueilla. Yksikön organisaation lähtökohta on potilasasiakkaalle saatava mahdollisimman suuri hyöty. Toiminnan sujuvuus varmistetaan sekä normaalissa työssä että poikkeustilanteessa. Vastuut ja valtuudet eri ammattiryhmien välillä on selkeästi määritelty.

Toimintaa kehitetään jatkuvasti tutkimuksia tilaavilta hoito-osastoilta saatavan suullisen ja kirjallisen palautteen perusteella. Tutkimusvalikoimaa laajennetaan asiakkaan toiveiden mukaan, mikäli tarvittavat resurssit ovat käytettävissä tai ne voidaan hankkia. Toiminnassa ja tutkimusvalikoimassa otetaan huomioon myös käytettävissä olevat kansalliset ja kansainväliset suositukset. Ystävällinen ja joustava kanssakäyminen henkilökunnan ja potilaan välillä sekä potilaan informointi tutkimusten suorituksesta ja niiden tarkoituksesta on tärkeää.

Laatujärjestelmän tavoitteena on yhdenmukaistaa tutkimuksiin liittyvät toiminnot olennaisilta osiltaan sekä määrittellä tulosten tekniselle laadulle asetetut vaatimukset. Yksikön henkilökunta on perehtynyt laatuasiakirjoihin ja sitoutuu noudattamaan niissä kuvattuja toimintaperiaatteita ja menettelytapoja. Laatujärjestelmän noudattamista ja soveltuvuutta seurataan säännöllisten auditointien ja katselmusten avulla.

Henkilökunnan ammatillista osaamista kehitetään jatkuvasti säännöllisen sisäisen koulutuksen avulla, kannustamalla henkilökuntaa itsenäiseen tiedon hankintaan sekä antamalla eri ammattiryhmiin kuuluville mahdollisuus osallistua ulkopuolisten tahojen järjestämään koulutukseen.

(Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen laatupolitiikka)

Päivittäinen sisäinen laaduntarkkailu ja korjaavat toimenpiteet. Yleiset periaatteet.

Kliinisen fysiologian tutkimuksissa päivittäinen laaduntarkkailu painottuu ennen tutkimuksen suorittamista tehtäviin valmisteluihin, joissa laitteiden toiminta tarkistetaan laitteen sisäistä kalibrointimekanismia käyttäen tai ulkoisen käyttönormaanin avulla. Tarkistuksesta vastaa tutkimuksen suorittaja. Laitteelle tai laitteen osalle on määritelty vastuuhenkilön päätöksellä raja-arvot, joiden tultua ylitetyksi laite lähetetään huoltoon tai sen osa vaihdetaan. Vaihdon jälkeen tarkistusmenettely toistetaan.

Isotooppitutkimuksissa päivittäinen laaduntarkkailu painottuu vastaavasti laitteiden käynnistämisen yhteydessä suoritettaviin tarkistuksiin sekä testausmittausten tekemiseen, joiden suunnittelusta ja seurannasta vastaa fyysikko ja toteutuksesta vastaa röntgenhoitaja, sairaanhoitaja, bioanalyytikko tai fyysikko. Samoin tarkistetaan päivittäin käytettävien isotooppien energiaspektrit.

Valmistettavien radiolääkkeiden puhtausaste tarkistetaan vuosittaisen laaduntarkkailuohjelman mukaisesti sekä satunnaisotoksin, tai mikäli tutkimuksen tuloksena saatujen isotooppikuvien perusteella on aihetta epäillä puhtausasteen olevan olennaisesti alle tavoitetason. Gallium-generaattoria käytettäessä valmistetulle radiolääkkeelle tehdään laadunvarmistus ennen käyttöä. Puhtausasteen määrittämisestä vastaa avainhenkilö, joka yhdessä fyysikon ja vastuuhenkilönä toimivan lääkärin kanssa päättää tarvittavista lisäselvityksistä ja korjaavista toimenpiteistä.

Isotooppikuvien teknisen laadun arvioi silmämääräisesti tutkimuksen suorittaja, lisäksi palautetta kuvien laadusta antaa tutkimusvastauksen laativa lääkäri, joka päättää mahdollisesta uusintakuvauksesta.

Kemiallisissa määrittämisissä analysoidaan potilasnäytteiden mukana kontrollinäytteitä, jotka ovat joko kaupallisia tai Fimlab Laboratoriot Oy:n valmistamia. Kaupalliset kontrollinäytteet käsitellään tutkimusohjeessa kuvattujen, valmistajan antamien ohjeiden mukaan ennen analysointia. Fimlabin näytteet käsitellään tutkimusohjeiden mukaisesti.

Tutkimusohjeissa on kuvattu kontrollinäytteille valmistajan ilmoittamat tai yksikössä lasketut tavoitearvot sekä hyväksymisrajat, joiden tultua ylitetyksi määrittämissarja tai yksittäinen mittaus tulee uusiksi. Tutkimuskohtaisesti on myös kuvattu se, miten paljon potilasnäytteestä tehtyjen rinnakkaismäärittäysten tulokset saavat enimmillään poiketa toisistaan, jotta tulos voidaan hyväksyä.

Muut yksikön sisäiset laadunohjaustoimenpiteet

Eräissä kliinisen fysiologian tutkimuksissa käytetään nk. biologisia kontrolleja, jolloin yksikön henkilöstöstä nimetyt osallistuvat tutkimukseen. Kontrolloinnin tarkoituksena on seurata laitteen toiminnassa saman päivän aikana sekä päivästä päivään tapahtuvaa vaihtelua. Kontrollointia sovelletaan myös samaan tarkoitukseen rinnakkain käytettävien laitteiden keskinäiseen vertailuun. Tulosten seurannasta ja tarvittavista toimenpiteistä huolehtii tutkimuksen vastuuhenkilö.

Satunnaisvirheen pitkäaikaisseuranta varten yksikössä on kemiallisia määrittämissä varten laadittu lomakkeita, joihin merkitään päivämäärä, kontrollinäytteen antama tulos, tavoitearvo, hyväksymisrajat, valmistuserän numero ja määrittämissä tekijä. Seurannan avulla on mahdollista havaita määrittämissä tapahtuvat kehityssuunnat. Korjaavista ja ehkäisevistä toimenpiteistä päättää tutkimuksen vastuuhenkilö.

Systemaattisen virheen havaitsemiseksi ja seuraamiseksi yksikön laitteilla suoritetaan vertailumittauksia materiaaleilla, joista osalle on olemassa jäljitettävyyys tai varmennus. Päivittäiset mittaukset tekee laitteen käyttäjä, erillisen suunnitelman mukaiset mittaukset tehtävään nimetty avainhenkilö, fyysikko, laitetoimittaja tai Lääkintäteknikka (Istekki). Mittausten tiheys määräytyy yksikössä saatujen kokemusten tai laitevalmistajan antamien ohjeiden perusteella ja se on ilmoitettu laatukäsikirjassa - käyttäjämittausten osalta myös tutkimusten toimintaohjeissa. Vastuuhenkilö huolehtii mittaustulosten seurannasta ja päättää tarvittavista suoritustiheyteen tai vertailumateriaaleihin kohdistuvista muutoksista.

Yksikön ulkoinen laadunarviointi

Yksikön isotooppilaboratorio osallistuu radiolääkkeiden, laitteiden laadunvalvonnan ja isotooppikuvista annettavien lausuntojen osalta kansallisiin laaduntarkkailukierroksiin.

Kliinisen fysiologian eräät potilastutkimukset sekä jotkut kemiallisina määrittämisinä suoritettavat tutkimukset ja niissä käytettävät laitteet osallistuvat kansallisiin laaduntarkkailukierroksiin.

Osallistuttaessa laaduntarkkailukierrokseen yksikköön saapuva näyte tai muu materiaali käsitellään sen mukana lähetettyjä ohjeita noudattaen, analysoidaan ja vastaus toimitetaan ko. kierroksen järjestäjälle. Laaduntarkkailukierroksen järjestäjä tekee keräämistään, kierrokseen osallistuneiden yksiköiden tuloksista yhteenvedon, josta ilmenevät kaikkien tulosten keskiarvo hajontoineen sekä yksikössä saadun tuloksen sijoittuminen tähän kokonaisuuteen.

Tulosten arvioinnista vastaa vastuuhenkilönä toimiva lääkäri tai fyysikko. Arvioinnin suorittaja päättää myös mahdollisista korjaavista toimenpiteistä.

3.2 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 potilas-turvallisuuspolitiikka)

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?

Yksikkö noudattaa toiminnassaan terveydenhuollon lakeja sekä Pirhan ohjeita. Ohjeissa on korostettu potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta, mikä tarkoittaa mm. oikeutta kieltäytyä hoidosta ja osallistumisesta tieteelliseen tutkimukseen.

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 neuvoa-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 potilas-asiavastaava

Hatanpäänkatu 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

3.3 Muistutusten käsittely

Miten muistutusten käsittely toteutetaan?

Palveluun tai kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla / potilaalla on oikeus tehdä muistutus. Muistutus toimitetaan yksikön vastuuhenkilölle. Muistutuksen voi tehdä asiakkaan / potilaan lisäksi hänen omaisensa, muu läheinen tai laillinen edustaja. Muun kuin asianomaisen tehdyn muistutuksen kohdalla on pääsääntöisesti selvítettävä, 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 \(pirha.fi\)](#)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Pirhan potilasasiavastaava toimii tarvittaessa potilaan avustajana muistutusta tehtäessä sekä selvittää menettelytavat esim. korvausta haettaessa. Potilasasiavastaavan nimi, yhteystiedot sekä vastaanottoaika on ilmoitettu erillisessä tiedotteessa, jota on yksikön potilaille tarkoitetuissa odotustiloissa vapaasti saatavilla.

Potilaan ilmoittaessa olevansa tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun hänen tulee ensin ottaa yhteyttä yksikön ylilääkäriin tai palvelupäällikköön. Asiakkaana toimivan yksikön tekemään, tutkimuksen suoritusta koskevaan valitukseen annettavasta selvityksestä päättää tutkimuksen vastuuhenkilö yhdessä ylilääkäarin kanssa. Mikäli annettu selvitys ei tyydytä asiakasta, käynnistetään ylimääräinen auditointi, jossa tarkastetaan, onko laatu järjestelmän ohjeita noudatettu sekä päätetään mahdollisista korjaavista toimenpiteistä.

3.4 Henkilöstö

Pirkanmaan hyvinvointialueen esihenkilöt tarkistavat työntekijöiden ammattioikeuden ennen työsuhteen alkamista.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Yksikön henkilökunta jakautuu seuraaviin ammattiryhmiin:

- (a) lääkärit: erikoislääkärit, erikoistuvat lääkärit (12,5)
- (b) hoitohenkilöstö: sairaanhoitajat, bioanalyytikot ja röntgenhoitajat (43)
- (c) hallinto- ja toimistohenkilöstö: toimistos sihteeri (1)

Yksikkö ostaa lääketieteellisen fysiikan vastuualueelta fyysikkopalveluja (3 henkilöä/vuosi) sekä osastonsihteereitä (4 henkilöä/vuosi) asiakaspalvelukeskukselta.

Sijaisia käytetään vain pidemmissä poissaoloissa, kuten perhevapaissa, opintovapaissa tai osa-aikaisuuksissa. Yksiköissä ei käytetä vuokratyövoimaa, koska yksiköissä edellytetään erikoisosaamista, joka saavutetaan vain pitkän perehtymisen myötä.

Kelpoisuusehdot ja pätevyyden varmistaminen

Pirkanmaan hyvinvointialueella (Pirha) kelpoisuusehdoista päätetään virkaa/toimea perustettaessa tai kelpoisuusehdoista päättää virka- /työsuhteeseen ottava viranomainen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävissä huomioidaan lakeihin ja asetuksiin kirjatut ammattipätevyysvaatimukset sekä tehtävässä edellytettävät muut ehdot.

Työntekijä tai viranhaltija toimittaa työnantajalle, esihenkilölle, pätevyys- ja tutkintotodistukset, joiden perusteella hänet on valittu työsuhteeseen tehtävään tai virkaan. Lähiesihenkilö varmistaa todistusten oikeellisuuden sekä työntekijän pätevyyden työhön ja tarvittaessa tarkistaa työntekijän oikeudet JulkiTerhikistä.

Opiskelijasijaisten kohdalla työnantaja varmistaa, että vaadittu määrä opinnoista on hyväksytysti suoritettu.

Pätevyys itsenäiseen työskentelyyn saavutetaan kelpoisuusvaatimusten täyttämisen lisäksi tehtäväkohtaisen perehdyttämisen kautta.

Perehdyttäminen ja jatkokoulutus

Jokaisen hyvinvointialueen työntekijän tulee suorittaa Kuntarekry -järjestelmän Introssa hyvinvointialueen yleisperehdytys. Lisäksi verkko-oppimisympäristö Moodleen on laadittu yksikkökohtainen yleisperehdytys, jonka uusi työntekijä suorittaa verkkokurssina. Perehdytyksen kokonaisuudesta on ohjeet kerätty henkilöstön kehittämisen käsikirjaan.

Koko perehdytyksen ajan, mikäli kysymyksessä on todellinen potilaan tai potilasnäytteen tutkiminen, vastuu oikeasta suorituksesta säilyy ohjaajalla. Tutkimuksen osa-alueet ja niihin liittyvät käytännön suoritukset käydään läpi toistuvasti, kunnes perehdytettävä on oman käsityksensä mukaan saanut riittävästi ohjausta ja ohjaaja on todennut henkilön pätevyyden.

Hoitohenkilökunnan perehdytys

Tehtäväkohtaisesta perehdytyksestä huolehtii osastonhoitaja, joka nimeää perehdytettävälle päivittäisen ohjaajan. Perehdytys kirjataan tutkimus-/laitekohtaisille perehdytyskortteille.

Tilapäisen henkilökunnan kohdalla noudatetaan samoja periaatteita - osastonhoitaja päättää perehdytyksen laajuudesta työsuhteen keston perusteella. Pitkään, yli vuoden, poissaolleelle henkilölle osastonhoitaja laatii uudelleenperehdyttämissuunnitelman.

Osastonhoitajat tarkistavat henkilöstön osaamisen ja pätevyydet vähintään kerran vuodessa kehityskeskustelujen yhteydessä. Osaamista seurataan myös vertaisarvioinnin avulla.

Yksikön antaessa koulutusta terveydenhuollon opiskelijoille koulutuksesta vastaava henkilö nimeää päivittäin ohjaajan, jonka vastuulla laitteiden oikea käyttö ja tulosten hyväksyminen on koko koulutuksen ajan. Annettua koulutusta seurataan oppilaitoksen menettelyjen mukaisesti.

Lääkärien ja tutkimushenkilöstön perehdytys

Yksikön ylilääkäri päättää lääkärien perehdytyksessä noudatettavista menettelytavoista henkilön aikaisemman työkokemuksen perusteella, ja nimeää perehdytettävälle ohjaajat. Fyysikon perehdytyksestä päättää vastaavasti ylifyysikko.

Erikoistuvien lääkäreiden koulutusta seurataan valtakunnallisen käytännön mukaan siten, että osaamisen etenemisestä tehdään kirjaukset valtakunnalliseen ELSA-järjestelmään. Kyseiseen järjestelmään merkitään myös suoritettut koulutukset. Sairaalafyysikoiden koulutusta seurataan käyttäen valtakunnallisia koulutuskortteja.

Perehdytysjakson kirjaamisen jälkeen erikoistumassa oleva lääkäri tai tilapäinen sijainen voivat tehdä itsenäisesti tutkimuksia ja toimia lausunnon antajina suoritettun perehdytyksen rajoihin kuuluvissa potilastapauksissa. Ongelmallisten/vaativien potilastapausten kohdalla erikoistuja käyttää senior-asiantuntijan apua tutkimustulosten käsittelyssä ja lausunnon antamisessa myös perehdytysjakson jälkeen. Vastaavasti erikoistuva fyysikko voi suoritettun perehdytyksen rajoihin kuuluvissa potilastapauksissa tehdä itsenäisesti tutkimuksen analyysin.

Hyvinvointialueen henkilörekisteriin kirjataan erikoislääkäriin tai sairaalafyysikon pätevyyden saavuttaminen. Yksikössä suoritettu erikoistuminen antaa pätevyyden yksikön kaikkien erikoislääkäriin tai sairaalafyysikon tehtävien hoitoon. Tarvittaessa erillistä perehdytystä kirjataan saavutettu pätevyys TÄDYKE-täydennyskoulutusrekisteriin.

Yksikön sisäinen koulutus

Jatkokoulutusta varten yksikössä järjestetään kokoussarjaa, jonka käytännön järjestelyistä vastaa yksikön ylilääkärin nimeämä henkilö. Kokoussarjan sisältö suunnitellaan erikseen syys- ja kevätkaudeksi ja siitä tiedotetaan intranetissä. Koulutustilaisuuksiin osallistuneista pidetään luetteloa, josta osallistumistiedot viedään täydennyskoulutusrekisteriin.

Yksikön toimipisteiden hoitohenkilöstölle järjestetään harkinnan mukaan jatkokoulutusta, jolloin käsitellään tutkimusten teoreettista taustaa ja käytännön suorituksiin liittyviä yksityiskohtia. Osastonhoitajat huolehtivat koulutustilaisuudesta tiedottamisesta. Osallistujat kirjataan ja tiedot viedään täydennyskoulutusrekisteriin.

Ulkoisen koulutus

Sisäisen koulutuksen lisäksi henkilökuntaan kuuluvat voivat esimiehen harkinnan mukaan osallistua Pirkanmaan hyvinvointialueen tai muiden tahojen järjestämiin koulutustilaisuuksiin. Kaikki henkilökuntaan kuuluvat voivat esittää henkilökohtaisia koulutustoiveitaan esimiehen kanssa käytävien kehityskeskustelujen yhteydessä.

Osa Pirkanmaan hyvinvointialueen järjestämästä täydennyskoulutuksesta on pakollista: lääkehoitoon osallistuvan hoitohenkilöstön tulee suorittaa LOVE (lääkehoidon osaaminen verkossa) -kurssi 5 v. välein; hoitohenkilöstön on suoritettava Infektioiden torjunta -verkkokurssi 5 v. välein, ja koko henkilöstön on suoritettava Tietosuoja ja -turva potilas- ja asiakastyössä 2 v. välein. Elvytyskoulutus 1 v välein ja paloturvallisuuskoulutus 5 vuoden välein.

Yksikön sisäisen koulutuksen lisäksi mm. laitteiden maahantuoja edustajat pitävät esittelytilaisuuksia, joissa käydään läpi uuden tai koekäyttöön tulevan laitteen ominaisuuksia. Tilaisuuteen osallistuneiden nimet kirjataan erilliseen luetteloon. Mikäli laite tulee yksikössä vakituiseen käyttöön, tutkimuksen vastuhenkilö yhdessä avainhenkilön kanssa tutustuu laitteen ohjekirjaan ja muuhun vastaavaan materiaaliin. Tämän jälkeen avainhenkilö toimii muiden laitetta käyttävien ohjaajana.

Koulutuksen kirjaaminen ja arviointi

Henkilöstön koulutus kirjataan TÄDYKE-täydennyskoulutusrekisteriin. Rekisteriin kirjataan kaikkien henkilöstöryhmien osallistuminen KFI-yksikön sisäiseen

koulutukseen, muuhun hyvinvointialueen sisäiseen koulutukseen sekä ulkopuoliseen koulutukseen.

Ulkopuolisten koulutusten antia käsitellään ja arvioidaan toimipistekokouksissa.

Mahdollisia koulutustarpeita ja -suunnitelmia käsitellään henkilökohtaisessa kehityskeskustelussa.

Henkilöstön toimenkuvat

Vastuualuejohtaja (Mika Kähönen)

Vastuut

- Ylilääkärin ja mahdollisten muiden henkilöstöryhmien (esim. toimistosihteerit) esihenkilö
- Vastuualueen strategia ja sen jalkauttaminen
- Vastuualueen toiminnan ja talouden johtaminen
- Uusien menetelmien ja ohjelmistojen käyttöönoton koordinointi yhdessä ylilääkärin kanssa
- Vastaa vastuualueen lääketieteellisestä toiminnasta yhdessä ylilääkärin kanssa
- Henkilökunnan resursointi kaikkien ammattiryhmien osalta
- Hyväksyy laskut ad. 100 000 €
- Päättää hankinnoista ad. 100 000 €
- Päättää palveluluiden tekemisestä ja niiden myyntiä koskevista sopimuksista ad. 100 000 €
- Vastaa investointisuunnitelmasta ja laitehankinnoista vastuualueella
- Henkilöstön työturvallisuudesta ja työhyvinvoinnista vastaaminen
- Riskienhallinta
- Kolmikantaneuvottelut yms.
- Yhteydenpito yhteistyötahoihin- klinikat, potilaat, yhteistyösairaalat, laite yms. firmat, Istek ja lääkintätekniikka yhdessä ylilääkärin kanssa

Osallistuminen ja valmistelu

- Vastuualueen toiminnan ja talouden suunnittelu
- Toiminnan ja talouden seuranta ja raportointi ml. vakanssi-, hankinta- ja investointisuunnittelu
- Hinnastovalmistelu
- Kannattavuus- kustannus- ja simulaatioanalyysit
- Projektit

- Työyhteisö ja päivittäisviestintä
- Johtotiimin kokouksessa käsiteltävien asioiden valmistelu ja puheenjohtajana toimiminen
- Osastokokouksen valmistelu ja esittäminen
- Liikelaitoksen johtoryhmään osallistuminen
- Ylimmän johdon seminaareihin osallistuminen sekä soveltuvin ohjaus- ja kehitysryhmiin osallistuminen

Professori (Mika Kähönen)

- Vastaa koulutuksesta (erikoistuvat)
- Vastaa opetuksesta (lääketieteen opiskelijat)
- Vastaa tutkimustoiminnasta

Yli lääkäri (Kalle Sipilä)

Vastuut

- Vastaa vastualueen lääketieteellisestä toiminnasta yhdessä vastualuejohtajan kanssa
- Vastaa talouden tasapainosta yhdessä vastualuejohtajan ja controllerin kanssa
- Uusien menetelmien ja ohjelmistojen käyttöönoton koordinointi yhdessä vastualuejohtajan kanssa
- Vastaa yliopistosairaatalasoisesta erikoisalalan ja oman yksikön kehittämisestä
- Tieteellisen toiminnan mahdollistaminen osana sairaalatyötä
- Vastualueen lääkäreiden esihenkilö
- Vastualuejohtajan varahenkilö
- HR-asiat (va 2095, kp 29400)
- Päättää lääkärihenkilöstön vuosilomista ja muista vapaista sekä työn sujumisesta poissaolojen aikana
- Päättää koulutuksista ja niiden kustannuksista
- Päättää virkamatkoista
- Päättää terveydentilaa koskevista tietojen pyytämisestä sekä terveydentilaa koskeviin tarkastuksiin ja tutkimuksiin määräämisestä
- Kehityskeskustelut vastualueen lääkäreiden kanssa
- Lääkäreiden osaamisesta ja koulutuksesta huolehtiminen

Osallistuminen ja valmistelut

- Työyhteisö ja päivittäisviestintä

- Viikoittaisen klinikkameetingin puheenjohtajana toimiminen
- Yhteydenpito muihin toimialueisiin ja klinikoihin
- Koordinoi oman klinikan toiminnan kehittämistä tiimeissä
- Potilasasiakkaat, palautekyselyt ja muut asiakaspalautteet
- Yhteistyö omassa maakunnassa, yhteistyöalueella (entinen ERVA-alue) ja oman erikoisalan puitteissa valtakunnallisesti
- Kliininen lääkärintyö

Osastonylilääkäri (Antti Tikkakoski)

Vastuut

- Tutkimustoiminnan koordinointi
- ICT vastuulääkäri
- Vastuuhenkilönä toimiminen yhden tai useamman tutkimusryhmän osalta
- Vastuualuejohtajan ja ylilääkäriin varahenkilö, jos molemmat poissa

Osallistuminen ja valmistelu

- Työyhteisö ja päivittäisviestintä
- Yhteydenpito muihin toimialueisiin ja klinikoihin
- Tiedemeetingin valmistelu
- Vastuualueen edustaminen ICT työryhmissä
- Kliininen lääkärintyö

KLF- ja isotooppiyksiköiden vastuulääkärit (Pieta Lehtinen ja Heikki Tuominen)

Vastuut

- Käytännön lääketieteellinen vastuu omassa yksikössä ja toiminnan lääketieteellinen kehittäminen
- Vastuuhenkilön rooli jossakin tutkimusryhmässä

Osallistuminen ja valmistelu

- Työyhteisö ja päivittäisviestintä - säännöllinen yhteydenpito osastonhoitajan kanssa, huolehtii osaltaan koko yksikön työvoima- ja laiteresurssoinnista
- Erikoistuvien perehdytyksestä huolehtiminen
- Yhteydenpito muihin toimialueisiin ja klinikoihin
- Kliininen lääkärintyö

Erikoislääkärit

- Vastuuhenkilönä toimiminen yhden tai useamman tutkimusryhmän osalta
- Erikoistuvien perehdytys painottuen erityisesti omaan vastuualueeseen
- Kliininen lääkärintyö

KOVA-lääkäri (Pieta Lehtinen)

- 10%:n osuudella työajasta koulutusvastaavan työtehtäviä
- Suunnittelee työlistat tehden yhteistyötä ylilääkärin kanssa.

Erikoistuvat lääkärit

- Suorittavat potilastutkimuksia ja antavat niistä lausuntoja tarvittaessa erikoislääkäriä konsultoiden.
- Vastaavat osaltaan potilaille ja heidän omaisilleen annettavasta ohjauksesta ja neuvonnasta esihenkilön antamien ohjeiden mukaisesti.

Palvelupäällikkö

- Vastaa hoitohenkilöstöä koskevista asioista ja henkilöstöhallinnosta.
- Tekee valtuuksiensa mukaiset päätökset sekä toimii esittelijänä hoitohenkilöstöä koskevissa asioissa.
- Osallistuu toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen yhteistyössä osastonhoitajien, vastuualueiden, johtoryhmän ja toimialuejohtajan kanssa.
- Tukee hoitohenkilöstön kehittymistä, koulutusta ja hyvinvointia sekä toiminnan uudistumista ja muutosta.
- Tekee yhteistyötä sidosryhmien ja asiakkaiden kanssa liikelaitoksen palvelutoiminnan tukemiseksi.

Osastonhoitajat

- Huolehtivat osaltaan hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä koulutussuunnitelman mukaisesti.
- Vastaavat päivittäisen toiminnan suunnittelusta ja organisoinnista sekä toiminnan seurannasta ja raportoinnista.
- Osallistuvat osaltaan toiminnan kehittämiseen.
- Huolehtivat omalta osaltaan hoitohenkilökuntaa koskevasta henkilöstöhallinnosta.
- Huolehtivat hoitotyön opiskelijoiden käytännön opetuksen järjestämisestä.
- Seuraavat omalta osaltaan materiaalien ja tarvikkeiden käyttöä sekä vastaavat tehtyjen suunnitelmien toteutumisesta.

Apulaisosastonhoitajat

- Vastaavat työvuorosuunnittelusta
- Edistää yhteistoimintaa työpaikalla
- Osallistuu perehdytysten suunnitteluun ja toteutumisen seurantaan

Henkilöstöedustajat

- Henkilöstön (KIL + KLF) keskuudestaan määrääjäksi valitsemat edustajat johtotiimissä.

Tutkimuksia tekevä hoitohenkilöstö: sairaanhoitajat, bioanalyytikot ja röntgenhoitajat

- Tutkimusten tekeminen annettuja ohjeita noudattaen joko itsenäisesti tai yhdessä lääkärin kanssa; kuvaus suorittajista on esitetty kussakin tutkimusohjeessa erikseen.
- Hoitohenkilöstö osallistuu lääkärin tai fyysikon antamien ohjeiden mukaan tutkimusmenetelmien kehittämiseen sekä antamalla palautetta esihenkilöilleen osaltaan kehittää hoitotyötä ja työolosuhteita.

Osastonsihteerit

- Ottavat vastaan potilaiden ilmoittautumiset ja huolehtivat yksikön puhelinpalvelusta ja ajanvarauksesta.
- Huolehtivat päivittäisistä työlistoista ja läheteiden saamisesta.
- Tutkimustulosten lähettäminen ja muu käsittely tarvittaessa.
- Ulkopuolisten tilaajien laskutuksesta huolehtiminen.

Välinehuoltajat

- Huolehtivat kliinisen fysiologian yksikön monikäyttöisen tavaran ja muiden tarvikkeiden pesusta ja muusta hullosta sekä sovittujen laitteiden puhdistuksesta määrääjain.

Toimistosihteerit

- Toimii ensisijaisesti ylilääkärin sihteerinä.

Ylifyysikko

- Ohjaa ja valvoo fyysikoiden toimintaa.
- Avustaa toimialansa asiantuntemusta vaativissa tehtävissä sairaalan yksiköitä.
- Valvoo osaltaan, että säteilysuojauksesta annettuja määräyksiä noudatetaan.
- Vastaa erikoistuvien fyysikoiden koulutuksen järjestelyistä.

- Osallistuu kustannusyksikön toiminnan suunnitteluun ja seurantaan (kustannuspaikka 29201 Sairaalfysiikkopalvelut).

Apulaisylifyysikko / fyysikko

- Huolehtii säteilyn käyttöorganisaatiossa itselleen määräytyistä tehtävistä.
- Toimii säteilyn käytöstä vastaavana johtajana ja/tai lääketieteellisen fysiikan asiantuntijana isotooppitoiminnassa.
- Osallistuu menetelmäkehittelyyn laboratoriossa.
- Vastaa tietojenkäsittelyjärjestelmistä.
- Osallistuu vaativien potilastutkimusten suorittamiseen ja analysointiin.
- Osallistuu laadunvalvonnan seuraamiseen.
- Osallistuu laitehankintojen valmisteluun, sekä vastaanotto- ja käyttöönottotarkastusten tekemiseen.
- Huolehtii isotooppilaitteiden huollosta.
- Osallistuu erikoistuvien fyysikoiden koulutukseen.

Erikoistuvat fyysikot

- Osallistuvat tutkimusten suorittamiseen ja analysointiin.
- Osallistuvat menetelmäkehittelyyn.
- Osallistuvat laadunvalvonnan toteuttamiseen.
- Valvovat osaltaan, että säteilysuojauksesta annettuja määräyksiä noudatetaan.

Sisäinen tiedotus

Yksikössä järjestetään seuraavia säännöllisiä kokouksia:

Johtotiimin kokous järjestetään kahden kuukauden välein keväällä ja syksyllä.

Kokouksissa tehdyistä päätöksistä laadittava pöytäkirja käsitellään toimipistekokouksissa ja säilytetään intranetissä.

Osastonhoitajien kokous, johon osallistuvat palvelupäällikkö (pj), ja KFI-yksikön osastonhoitajat, järjestetään kerran kuukaudessa. Kokouksesta laaditaan muistio, joka on koko henkilökunnan luettavissa.

Koko henkilöstön koulutusmeeting järjestetään kahden viikon välein. Lisäksi lääkärit pitävät eri aiheisia kokouksia (esim. tiedemeeting, tapausmeeting, artikkelireferaatit) kahden viikon välein (vuoroviikoin koulutusmeetingin kanssa).

Toimipistekokous pidetään viikoittain kussakin toimipisteessä. Puheenjohtajana toimii osastonhoitaja ja kokoukseen osallistuvat kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat.

Kokouksessa käsitellään mm. toimintaan liittyviä ajankohtaisia muutoksia, tiedotetaan uusista hyvinvointialueen ohjekirjeistä ja koulutustilaisuuksista. Lisäksi esitellään johtotiimin kokouksessa tehdyt päätökset. Kokouksesta laaditaan muistio, joka on koko henkilökunnan luettavissa.

Osastokokous järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Kokoukseen osallistuu koko yksikön henkilökunta. Puheenjohtajana toimii vastuualuejohtaja ja kokouksessa käsitellään mm. yksikön toiminnallisten ja taloudellisten suunnitelmien toteutumista, tiedotetaan organisaatiomuutoksista sekä kehittämishankkeista. Kokoukseen osallistujat kirjaavat nimensä erilliseen luetteloon.

Hoitohenkilökunta pitää aamuisin lyhyen palaverin, missä varmistetaan päivän toimintaa. Palaverista ei laadita muistiota.

Lääkärihenkilökunta pitää maanantaisin ylilääkärin johdolla lyhyen palaverin, missä käydään läpi toimintaan liittyviä ajankohtaisia asioita ja muutoksia sekä tiedotetaan ohjekirjeistä, koulutuksista jne. Palaverista ei laadita muistiota.

Ajankohtaisista huomioon otettavista asioista tiedotetaan lisäksi päivittäisen johtamisen taululla. Taulut sijaitsevat KLF:n kansliassa ja KIL:n taukotilan vieressä.

3.5 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Yksikössä on huomioitu työvuorosuunnittelua ohjaavat tekijät kuten lainsäädäntö, työehtosopimukset, työn tarve (palvelun toteuttaminen ja siinä vaadittava osaaminen) ja henkilöstö (osaaminen, toiveet). Työvuorosuunnittelun lähtökohtana on yksikössä toteutettavat erilaiset työtehtävät. Työn tarpeen määrittäminen muodostaa työvuorosuunnittelun perustan. Yksikössä tehtävä työ on päivätyöluonteista jaksotyötä. Tämä tarkoittaa työpäivien osalta maanantaista perjantaihin tapahtuvaa työtä, joka sijoittuu 6.00–15.30 välille.

Lääkäreiden ja hoitajien työvuorolistat tehdään kolmeksi viikoksi kerrallaan Titania-järjestelmään. Lääkäreiden tutkimuskohtaisen työvuorolistan suunnittelee yksikön

apulaisylilääkäri yhteistyössä yksikön ylilääkärin kanssa. Lista on nähtävissä yksikön M- asemalla ja siihen päivitetään myös tiedot lääkärin vuosilomista ja muista poissaoloista.

Työpisteiden pohjalta osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja suunnittelevat hoitohenkilöstön työvuorolistat ja työajat. Jokainen suunniteltava lista on kolme viikkoa. Työvuorosuunnitelma julkaistaan HR-työpöydälle Titania sähköinen asiointi - järjestelmään työehtosopimuksissa määritettyjä määräpäiviä noudattaen. Työvuorosuunnitelma julkaistaan viimeistään viikkoa ennen työvuorosuunnitelman alkamista. Työvuorosuosuunnitelman julkaisemisen jälkeen työvuorolistaa voi muuttaa vain perustelusta syystä tai työntekijän suostumuksella. Muutoksesta ilmoitetaan työntekijälle henkilökohtaisesti. Osastonhoitaja vastaa siitä, että yksikössä työskentelee sen toiminnan tarvetta vastaava määrä osaavaa henkilökuntaa. Osastonhoitaja huolehtii henkilökunnan rekrytoinnista vakinaisiin ja määräaikaisiin palvelussuhteisiin, sekä huolehtii, että työvuorosuunnitteluohjelmassa on jokaisella työvuorosuunnitelmalistalla oikeat henkilöt. Jos henkilökunnan määrä ei jossain harvinaisessa tilanteessa, esim. äkillisten poissaolojen vuoksi, riitä suunnitellun työn toteuttamiseen, voidaan potilastyötä painottaa kiireellisempien tapausten hoitamiseen.

Osastonhoitaja seuraa yksikön työvuorosuunnittelun toteutumista ja onnistumista sekä arvioi henkilöstövoimavarojen kohdentumista ja käyttöä tarpeiden mukaisella tavalla yksikössä. Työvuorosuunnittelun toteutumista seurataan sekä reaaliaikaisesti että takautuvasti, mutta kuitenkin listakohtaisesti. Työvuorosuunnittelua koskeva reaaliaikainen seuranta ja mittarointi toteutetaan PeopleAnalytics -ohjelman avulla, johon työvuorosuunnittelun osalta tulee ajanhallinnan raportointi.

3.6 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)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palveluista. Sen mukaan yhteisissä palveluissa, tai jos potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihoollon palveluja, on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihoollon säännöksiä, jotka parhaiten tarjoavat potilaan tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen hoidon. Terveystieteiden tutkimuslaki edellyttää, että toiminnan laadukkuutta, turvallisuutta ja asianmukaista toteutusta sekä etenkin potilasturvallisuutta edistetään yhteistyössä sosiaalihoollon 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](http://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Tiedottaminen yksikön palveluista ja tutkimusvalikoimasta

Yksikön tutkimusvalikoimasta tiedotetaan Ammatillaisen ohjekirjan avulla, joka on kaikkien asiakkaiden luettavissa Pirkanmaan hyvinvointialueen intrassa. Ammatillaisen ohjekirjassa on selostettu ajanvarausmenettely, tutkimuksen tarkoitus, käytettävä menetelmä ja sen epävarmuustekijät, potilaan esivalmistelu, läheteessä mahdollisesti tarvittavat erityistiedot sekä viitearvot. Ohjekirjan sisältöä päivitetään jatkuvasti, muutoksista päättää tutkimuksen vastuhenkilö.

Niille asiakkaille, joilla ei ole pääsyä ohjekirjaan, tulostetaan pyynnön perusteella ko. ohjekirjan sivut ja toimitetaan postin välityksellä.

Uusista tutkimuksista tai vanhoihin tutkimuksiin tehdyistä olennaisista muutoksista voidaan ilmoittaa asiakkaille myös erillisen tiedotteen avulla, jossa on kuvattu ohjekirjaa vastaavat yksityiskohdat. Tiedotteen allekirjoittavat tutkimuksen vastuhenkilö ja yksikön ylilääkäri.

Alihankinnasta tiedotetaan asiakkaille yksikön ohjekirjassa. Kunkin tutkimuksen kohdalla on yksityiskohtaisesti selvitetty, mitä osasuorituksia alihankintaan sisältyy.

Ajanvaraus

Erillistä ajanvarausta edellyttävät tutkimukset tilataan Oberon-järjestelmässä.

Järjestelmä sisältää ennakolta suunnitellun kiinteän aikataulun, jossa on otettu huomioon kuhunkin tutkimukseen kuuluva keskimääräinen aika sekä henkilöstötarve.

Aikatauluun tehtävistä pysyvistä muutoksista vastaa toimipistekohtaisesti osastonhoitaja, jolla on oikeus myös tilapäisluonteisten muutosten tekemiseen, mikäli henkilökunnan määrä on sairauslomien tai muiden syiden vuoksi vähentynyt. Aikataulun tutkimusmäärä on suppeampi kesäaikana (viikot 25-33) talviaikaan verrattuna.

Osaan tutkimuksista TAYS:n yksiköillä on oikeus varata aika suoraan, osaan tutkimuksista ajanvaraus tapahtuu vain puhelimitse. Ajanvaraus seuraavan päivän tutkimuksiin tulee tehdä Oberoniin kello 14 mennessä. Tämän jälkeen ajanvarauksen seuraavaksi päiväksi voi tehdä vain puhelimitse. TAYS:n ulkopuolelta tulevat tutkimustilaukset tehdään aina puhelimitse ja toimipisteen osastonhoitaja tai osastonsihteerit vastaavat ajanvarauksen sijoittamisesta Oberon-järjestelmään.

Niitä tutkimuksia varten, jotka edellyttävät samanaikaista ajanvarausta Oberon-järjestelmään useammalle kuin yhdelle päivälle, on laadittu erilliset kirjalliset ohjeet. Ohjeissa on lisäksi selvitetty muut ajanvaraukseen liittyvät erityismenettelyt, kuten tiettyjen materiaalien tilaaminen tutkimuksen suoritusta varten. Ohjeiden sisällöstä ja ylläpidosta vastaa toimipiste-kohtaisesti osastonhoitaja. Ohjeet ovat kunkin toimipisteen toimistossa henkilökunnan saatavilla.

Tilattaessa kiireellisiä tutkimuksia normaalina työaikana ajanvaraus otetaan vastaan puhelimitse ja toimipisteen osastonhoitaja tai osastonsihteerit vastaavat ajanvarauksen sijoittamisesta Oberon-järjestelmään.

Tutkimuspyynnöt

TAYS:n yksiköt kirjaavat tilattujen tutkimusten pyynnöt RIS-järjestelmään. Muut potilaita lähettävät yksiköt käyttävät yleislähete-lomaketta tai vastaavaa.

Tietyissä tutkimuksissa tutkimuksesta vastaava lääkäri tarkistaa tutkimuspyynnöt etukäteen ja antaa yksityiskohtaiset ohjeet tutkimusten suorittamiseksi. Näin

menetellään mm. PET/CT-tutkimuksissa ja sydänlihasperfuusion gammakuvauksen rasiitutkimuksessa.

Mikäli tutkimuspyyntö ei ole täysin yksiselitteinen, tutkimuksen vastuuhenkilö on velvollinen selvittämään asian tutkimuspyynnön tekijän kanssa ennen työn aloittamista. Vastaavasti menetellään, mikäli tutkimusta ei voida suorittaa pyydettyssä muodossa potilaan huonokuntoisuuden tai muun syyn vuoksi.

Potilaiden esivalmistelu

Tutkimuksen tilannut yksikkö toimittaa potilaalle kutsukirjeen, josta ilmenevät tutkimuksen suorituspäivämäärä sekä ilmoittautumisaika ja -paikka. Tutkimusajasta voidaan potilaalle lähettää myös erillinen muistutus tekstiviestillä.

Kutsukirjeen mukana seuraa ohje, jossa on selostettu tutkimuksen vaatimat esivalmistelut ravinnon, lääkityksen ja muiden tekijöiden suhteen sekä pitkäaikaisrekisteröintien kohdalla mahdolliset rajoitukset elämäntavoille tutkimuksen suoritusvaiheessa. Potilasohjeen asiasisällöstä päättää tutkimuksen vastuuhenkilö.

Potilasohjeen laatimisesta tehty yleisohje on luettavissa ja tulostettavissa Pirhan intrassa. Ohjeessa on kuvattu keskeiset asiasisältöön ja ymmärrettävyyteen liittyvät näkökohdat. Potilasohjeiden sisältämien tietojen oikeellisuus tulee tarkistaa vähintään kolmen vuoden välein. Uusista ja muutetuista ohjeista tiedotetaan tilaaville asiakkaille tarvittaessa. Yksikön potilasohjeiden teknisestä ylläpidosta Intranetissa vastaa keskitetysti tähän tehtävään nimetty henkilö.

Potilaiden ja näytteiden identifiointi

Potilaan saapuessa tutkimushuoneeseen hänen henkilötietonsa tarkistetaan vertaamalla potilaan ilmoittamia tietoja lähetteeseen. Mikäli potilas ei itse kykene ilmoittamaan henkilötietojaan, ne tarkistetaan hänen saattajanaan toimivalta omaiselta tai sairaalan henkilökuntaan kuuluvalta.

Potilaan henkilötiedot kirjataan tutkimuksen yhteydessä täytettäviin asiakirjoihin vasta sen jälkeen, kun identifiointi on luotettavalla tavalla suoritettu.

Mikäli potilaan henkilöllisyyttä ei voida tavanomaisin keinoin varmistaa, hänet voidaan kirjata sukupuolen ja arvioidun syntymävuoden perusteella tuntemattomana henkilönä Pirhan Potilaskertomusohjeiden mukaisesti.

Näytteiden tunnistamiseen käytetään näyteputken kiinnitettävää viivakooditarraa, josta potilas- ja näytetiedot ilmenevät myös tekstinä.

Raportointi

Työohjeissa on selvitetty, lähetetäänkö vastaus ainoastaan numeroarvona tai kuvaajana vai tulkitaanko saatu tulos myös sanallisesti. Sanallisesti tulkittavien tulosten kohdalla on yksityiskohtaisesti selostettu, mitä tulkinnan perusteina käytettyjä mittaustuloksia vastauksen tulee sisältää.

Pirhan sisäiset, sanallisesti tulkittavat tutkimusvastaukset kirjoitetaan Kuvantamiskeskuksen toiminnanohjausjärjestelmään (RIS). Valmiit, hyväksytyt, tutkimusvastaukset sekä niihin liittyvät tutkimuspyynnöt siirtyvät automaattisesti sähköisen potilaskertomusjärjestelmän KLF-näkymään. Etälääketieteen palveluna annetut lausunnot kirjataan toimialueen MiniRIS -järjestelmään tai pyytävän yksikön omaan järjestelmään.

Alustavan yhteenvedon tutkimustuloksista voi lääkäri antaa myös puhelimitse, mikäli asia on kiireellinen esim. potilaan kotiuttamiskelpoisuuden arvioimiseksi. Jos tutkimuksen tuloksen arvioidaan antavan aiheutta kiireellisiin hoitotoimiin, tulee lääkärin tarvittaessa soittamalla varmistaa, että tämä tulee huomioiduksi.

Tutkimusten tulokset siirretään PACS kuva-arkistoon. Numeroarvoina annettavat tulokset kirjataan RIS:iin tai lähetetään laboratoriotulosten välittämiseen käytettävän TAMLAB-järjestelmän välityksellä.

Pirhan ulkopuolelle sekä sanallisesti tulkittavat vastaukset että TAMLAB-järjestelmästä tulostetut numeroarvot tai kuvaajat lähetetään postin välityksellä. Kiireellisissä tapauksissa tulos voidaan lähettää myös telekopiona. Telekopiota käytettäessä tulee puhelimitse aina varmistaa lähetyksen vastaanotto oikeaan osoitteeseen. Telekopiota käytettäessä vastaus lähetetään aina myös kirjallisena postin välityksellä.

Alihankkija toimittaa mittaustulokset yksikön käytettäväksi tutkimuskohtaisesti sovitulla tavalla. Lopullisessa tutkimuksen tilaajalle lähetettävässä lausunnossa alihankkijan toimittamat tulokset esitetään yhdessä yksikön omien mittaustulosten kanssa.

Lukuarvoina annettaviin vastauksiin kirjataan huomio, mikäli teknisen laadun vuoksi tuloksen luotettavuus on vaarantunut. Tamlabissa käytetään nk. huomautuskoodia,

Mikäli vastausta ei voida antaa potilaasta tai näytteestä johtuen tai tulokseen halutaan liittää jokin muu lisätieto. Koodit ja niiden selitykset on ohjelmoitu järjestelmään erilliseksi luetteloksi.

Tutkimusvastauksen sisällön tarkistamiseksi saneltujen vastausten purkamisen jälkeen vastauksen laatija hyväksyy kirjoitetun tekstin RIS-järjestelmän hyväksymistoiminnolla.

TAMLAB-järjestelmää käytettäessä kullekin tutkimukselle on määritelty absoluuttiset raja-arvot, joiden tultua ylityksi ohjelma pyytää käyttäjää hyväksymään tai hylkäämään vastauksen.

Muutosten tekeminen

Mikäli sanallisesti tulkittua lausuntoa joudutaan muuttamaan, noudatetaan Pirhan Potilaskertomusohjeissa kuvattuja menettelytapoja. Periaatteena on, että virheellinen, puutteellinen tai vanhentunut merkintä korjataan siten, että alkuperäinen ja korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Paperiasiakirjoissa virheellinen tieto yliviivataan, sähköisessä muodossa olevissa asiakirjoissa virheellinen tieto voidaan siirtää taustatiedostoon.

Mikäli TAMLAB-järjestelmän välityksellä annettua tutkimusvastausta joudutaan havaitun virheen vuoksi muuttamaan, saadaan tulos näytenumeron avulla vastausnäytölle. Tämän jälkeen korjattu tulos tallennetaan järjestelmään uudelleen. Muutoksesta tulee aina ilmoittaa puhelimitse tutkimusta pyytäneeseen yksikköön. Alkuperäinen tulos kirjautuu TAMLAB-järjestelmän "Muutetut"-rekisteriin, jota voidaan käyttää muutosten seurantaan ja jäljittämiseen.

Raportointioikeudet

Sanallisesti esitettyjä tutkimusvastauksia ovat oikeutettuja allekirjoittamaan vastauksen laatinut yksikön lääkäri tai fyysikko.

Tutkimuksia suorittavalla hoitohenkilökunnalla on oikeus välittää ilman sanallista tulkintaa annettava tulos pyytäjälle sen jälkeen, kun työohjeessa kuvatut hyväksymisperusteet on täytetty.

3.7 Toimitilat ja toimintaympäristö

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

Infektioiden torjunta

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)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Yksikön toimitilat

Yksikön käytössä on TAYS Keskussairaalan v. 1989 valmistuneessa K-siivessä yhteensä 718 m² suuruiset tilat. Lisäksi v. 2020 valmistuneessa F-rakennuksessa on käytössä 1544 m² suuruiset tilat. Tilahallinnan vastuualue ylläpitää kiinteistörekisteriä, josta ilmenevät huoneiden ja muiden tilojen sijainti, numerointi, käyttötarkoitus ja pinta-ala. Rekisterissä olevat tiedot tarkistetaan vuosittain.

Yksikön laboratoriotilojen ja tutkimushuoneiden suunnittelussa on otettu huomioon ne erityisvaatimukset, joita nämä tilat asettavat esim. vesijohtojen, viemäroinnin, ilmastoinnin ja säteilysuojauksen suhteen. Tilojen käyttökelpoisuuden seurannasta vastaa tutkimusten vastuhenkilö ja isotooppilaboratorion osalta fyysikko.

Yksikön toimitiloissa sijaitsevat erilliset varastot sairaalatarvikkeille ja suojavaatteille. Kullekin varastolle on erikseen nimetty avainhenkilö, joka vastaa ylläpidosta ja siisteydestä.

Kulunvalvonta

Yksikön toimitilat on kytketty keskitettyyn kulunvalvontaan. Pääovia lukuun ottamatta muista ovista tiloihin pääsee vuorokauden kaikkina aikoina vain henkilökohtaisen kulunvalvontanapin avulla. Valvontanapit on jaettu kaikille työsuhteessa oleville. Vierailuajan ulkopuolella myös pääovet pidetään lukittuina.

Radiolääkkeiden valmistelutiloihin on lisäksi erillinen kulunvalvonta. Pääsy tiloihin on vain säteilyn käyttöhenkilöstöllä.

Tutkimus- ja työhuoneisiin pääsyyn tarvittavien, numeroitujen avaimien haltijoista ylläpitää luettelo kunkin toimipisteen osastonhoitaja. Osastonhoitajat vastaavat myös vara-avaimien säilytyksestä. Poistuttaessa yksikön tiloista työajan päätyttyä on henkilökunnan huolehdittava, että ovet on suljettu, ovien näköestoverhot vedetty alas ja valot sammutettu. Ulkopuolisten pääsy yksikön tutkimus- tai työhuoneisiin on mahdollista vain niille, jotka ovat sopineet vierailusta jonkun henkilökuntaan kuuluvan kanssa.

Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien tulee käyttää työasuun kiinnitettävää henkilökorttia.

Ulkoalueita ja yleisiä sisäkäytäviä valvotaan tallentavalla kamerajärjestelmällä.

Sairaalan alueella on järjestetty vartiointi.

Tilojen ylläpito

Yksikön tilojen säännöllisestä siivouksesta vastaavat TAYS:n sairaalahuollon sairaalahuoltajat, joilla on käytettävissään kirjalliset ohjeet. Ohjeissa on kuvattu eri toimenpiteiden suoritustiheys sekä huonekohtaisesti huomioon otettavat erityispiirteet ja rajoitukset.

Tarvittaessa muutoksia kirjallisiin ohjeisiin toimipisteen osastonhoitaja ilmoittaa asiasta siivoustyön johtajalle, joka vastaa muutosten tekemisestä.

Säännöllisen siivouksen lisäksi kaikki henkilökuntaan kuuluvat ovat velvollisia huolehtimaan tilojen yleisestä siisteydestä.

Yksikön tilojen lämpötilan, valaistuksen ja ilmastonin valvonnasta sekä tarvittavista korjauksista vastaa Kiinteistöpalvelujen vastuualue.

Jätteiden käsittely

Jätteiden käsittelyssä noudatetaan koko TAYS:aa koskevaa ohjeistoa, jossa on yksityiskohtaisesti kuvattu erityyppisten jätteiden pakkaus-, merkitsemis-, kuljetus- ja hävittämistavat. Ohjeisto on henkilökunnan luettavissa ja tulostettavissa Intranet-sivuilta osiossa Ohjeet / Jäteohjeet.

Käytetyt välineet ja isotooppijätteet vanhennetaan isotooppilaboratorion tiloissa tarvittava aika. Keskussairaalan B-siiven 00-kerroksessa sijaitsevaa varastoa käytetään isotooppilaboratorioiden jätteiden nk. välivarastona, josta jätteet toimitetaan kaatopaikalle tai poltettaviksi. Varaston valvonnasta vastaa fyysikko.

Erityiset tilat

Erityislakien piiriin yksikön toimitiloista ja varastoista kuuluvat isotooppilääketieteen tilat TAYS Keskussairaalassa. Näiden tilojen käytön säteilytoimintaan hyväksyy Säteilyturvakeskus (Turvallisuuslupa 2471). Turvallisuusluvan liitteessä kuvataan tilojen käyttötarkoitus pohjakuvineen, rakenteelliset suojaukset ja kulkureitit.

Radiolääkkeiden käyttökuntoon saattamiseen käytettävä tila on lääketurvallisuuden vaatima puhdastila. Tilojen soveltuvuuden hyväksyy Fimea osana Sairaala-apteekin toiminnan valvontaa.

Turvavarusteet

Erilaisia käytössä olevia turvallisuusjärjestelmiä ovat esim. henkilökortti ja lukitukset sekä paloilmoin-, sammutus-, henkilöturva- ja kameravalvontajärjestelmät. Yksikön käytävä- tai laboratoriotiloihin sijoitetut käsisammuttimet, jauhesammuttimet ja vesipostit on merkitty punaisella neliöllä havaitsemisen helpottamiseksi. Palo- ja pelastusvälineistön tarkastuksista vastaa TAYS:n tekninen osasto, joka järjestää tarpeen mukaan myös välineiden käyttöön liittyviä koulutustilaisuuksia.

Säteilylle työssään altistuvien työntekijöiden säteilyaltistusta seurataan henkilökohtaisilla, Säteilyturvakeskuksen hyväksymän mittauspalvelun annosmittareilla. Isotooppilaboratoriossa on käytettävissä ulkoisen säteilyn annosnopeuden tarkkailuun ja kontaminaatiomittauksiin tarvittavat mittarit.

KLF ja KIL toimipisteissä on defibrillaattori sekä elvytyspalje ja -maski. Lisäksi toimipisteissä on ensiapulääkkeet. Jokaisessa tutkimushuoneessa on kirjallinen ohje

menettelystä elvytystilanteessa. Ohje sisältää TAYS:n yhteisen elvytysryhmän ja MET-ryhmän puhelinnumeron.

Ohjeet ja henkilökunnan opastaminen

Vastuu työsuojeluohjeiden tiedoksi saattamisesta koko henkilöstölle kuuluu yleisohjeiden osalta yksikön ylilääkärille. Yksittäisiin tutkimuksiin liittyvät erityiset turvallisuusnäkökohdat sekä potilaan että henkilöstön kannalta on kuvattu työohjeissa ja niiden noudattamisesta huolehtii tutkimuksen vastuhenkilö.

TAYS:n hygieniatyöryhmä ylläpitää Intrassa Hygieniaohjeistoa, joka on koko henkilökunnan luettavissa ja tulostettavissa. Yksikön hygieniayhdyshenkilö tiedottaa toimintaohjeista.

Käytössä olevien kemiallisten aineiden käyttöturvallisuustiedotteet löytyvät Chemical Manager -ohjelmasta, joka on käytössä entisen PSHP:n yksiköissä (kts. Pirha Intran osio Henkilöstöasiat/Työsuojelu/Kemikaaliturvallisuus). KLF:n välinehuollossa käytettävien kemikaalien käyttöturvallisuustiedotteet löytyvät lisäksi välinehuoltotilasta.

Henkilökunnan veritapaturmatilanteissa tehdään Haipro -työturvallisuusilmoitus, missä vaaratyyppiä valitaan tartuntavaara ja valitaan täytettäväksi myös veritapaturmailmoitus.

Yksikössä on laadittu yleisohje nk. kuumalaboratoriossa työskentelyä varten. Ohjeessa on kuvattu sekä normaalit työtavat että menettelyt erilaisissa vahinkotapauksissa kuten myös toiminnassa syntyvien jätteiden käsittely.

Poikkeustilanteissa toimitaan Pirhan ja TAYS:n valmiussuunnitelmien mukaan.

Suuronnettomuuksissa toimitaan TAYS:n lääkinnällisen pelastustoimen ohjeen mukaan.

Ohje on luettavissa Pirhan intrassa ja se sisältää keskeisten henkilöiden tehtäväkuvaukset erikseen arkipäiviä, päivystysaika ja viikonloppua varten.

3.8 Laitteet, välineet ja tietojärjestelmät

Palveluissa, hoidossa ja hoivassa tarvittavat laitteet ovat turvallisia ja henkilökunta osaa käyttää niitä.

(Pirhan turvallisuuslupaus)

Vaatimukset lääkinnällisten laitteiden ammattimaiselle käytölle (719/2021).

- Henkilöllä, joka käyttää lääkinnällistä 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 lääkinnällisten laitteiden elinkaaren aikaisista tukipalveluista sisältäen laitteiden ennakoivat huollot, kunnossapidon ja laitteiden poistot sekä lääkintätekniiikan asiantuntijapalvelut. Istekki Oy tuottaa lääkintätekniiikan päivittäiset huolto- ja ylläpitopalvelut.

Lääkinnällisten 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: [Lääkintätekniiikka – 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 terveystalouden järjestäjänä laatinut tietosuojaa, 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?

Laiterekisteri

Yksikön laiterekisteriä ylläpidetään EQU-järjestelmässä. Rekisteri sisältää tiedot kaikista sähköisesti toimivista lääkintälaitteista.

Laiterekisteri sisältää seuraavat tiedot:

- a. tunnusnumero, joka sisältää standardin SFS 5060 mukaisen luokittelun, hankintavuoden sekä juoksevan numeroinnin. Tunnusnumero on merkitty laitteeseen kiinnitettyyn tarraan.
- b. laite- ja kauppanimike
- c. toimittaja ja valmistusnumero
- d. sijoituspaikka ja uushankinta-arvo

Mekaanisesti toimivista laitteista, kuten verenpainemittareista, ylläpidetään toimipistekohtaisesti erillisiä rekistereitä, joista ilmenevät valmistaja, tyyppi sekä numerointi. Laitteiden merkitseminen suoritetaan kiinnittämällä laitteeseen numeroitu tarra. Rekistereiden ajan tasalla pitämisestä vastaavat tehtävään nimetyt avainhenkilöt.

Käyttöoikeus

Kuhunkin tutkimukseen liittyvän perehdytysohjelman hyväksytyt läpikäymisen oikeuttaa kaikkien tutkimuksessa tarvittavien laitteiden itsenäiseen käyttöön, minkä vuoksi erillistä käyttäjärekisteriä ei ylläpidetä.

Yksikön ulkopuolisen henkilön käytettäväksi laitteen saa antaa vain tutkimuksen vastuuhenkilön luvalla. Tällöin tulee varmistua siitä, että ko. henkilöllä on riittävä kokemus laitteen käytöstä tai vastuuhenkilö järjestää tarpeellisen opastuksen.

Toimintakyvyn seuraaminen

Kullekin laitteelle on laadittu erillinen laitepäiväkirja, johon merkitään havaitut viat, niiden ilmenemistapa, korjauspyynnön päivämäärä, vian korjaamiseksi suoritettut toimenpiteet, päivämäärä sekä suorittajan nimikirjaimet.

Laitepäiväkirjaa säilytetään laitteen välittömässä läheisyydessä ja jokainen laitetta käyttävä on velvollinen täyttämään päiväkirjaa asianmukaisesti. Päiväkirjojen seurannasta vastaa tutkimuksen avainhenkilö, joka tarvittaessa raportoi vastuuhenkilölle.

Laitehuolto

Laitteille suoritetaan huoltoja ennakolta laaditun suunnitelman mukaan ja tämän lisäksi toimintakyvyn seurannassa havaittujen poikkeamien perusteella. Niistä teknisesti vaativista huolloista, joita laitteen käyttäjät eivät voi suorittaa, vastaa pääasiassa

TAYS:n Lääkintäteknikka. Päivittäiset huolto- ja ylläpitopalvelut tuottaa Istekki Oy. Eräiden laitteiden osalta on laitetoimittajan kanssa tehty sopimus määräaikaisten huoltojen ja mahdollisten korjausten suorittamisesta.

Välinehuoltoa suorittaa TAYS:n Välinehuoltokeskuksen välinehuoltaja. Huoltoon sisältyvät monikäyttöisten mittausantureiden ja muiden laitetarvikkeiden pesu ja muu huolto, sekä sovittujen laitteiden puhdistus määräajoin. Yksikössä on kirjalliset erillisohteet, joissa on kuvattu laitekohtaiset toimenpiteet.

Vialliseksi todettu laite merkitään selkeästi esim. laitteeseen kiinnitettävällä tarralla, johon kirjoitetaan teksti "viallinen - ei saa käyttää".

Huollosta tai korjauksesta laaditaan yksityiskohtainen selostus laitepäiväkirjaan. Laitetoimittajat toimittavat tehdyistä huolloista ja korjauksista raportit Istekille, joka vie raportit EQU-järjestelmään.

Huollon tai korjauksen jälkeen laitteen käyttäjä on velvollinen käymään läpi laitteen käyttöohjeessa kuvatut toimenpiteet, ennen kuin laite voidaan ottaa uudelleen käyttöön. Tarkistusten jälkeen niiden suorittaja merkitsee päivämäärän ja nimikirjaimensa laitepäiväkirjaan.

Käyttöohjeet

Yksikön laitteiden käyttöohjeet on esitetty joko työohjeessa tai erillisenä laiteohjeena. Käytössä on laitevalmistajan tai -toimittajan suomenkielisiä ohjeita ja niiden pohjalta laadittuja suppeampia versioita. Vieraskielisistä käsikirjoista tai ohjeista on laadittu suomenkieliset versiot siinä laajuudessa kuin on katsottu tarpeelliseksi käytännön työn kannalta.

Käyttöohjeet on sijoitettu laitteen välittömään läheisyyteen yhdessä laitepäiväkirjan ja muiden mahdollisten asiakirjojen kanssa.

Käyttöohjeet laatii ja pitää ajan tasalla tutkimuksen vastuhenkilö yhdessä avainhenkilön kanssa.

Eriyisen toimintaympäristön vaativat laitteet

Eriyisen toimintaympäristön vaativia laitteita yksikössä ovat isotooppitutkimuksissa käytettävät gammakamerat ja gammalaskurit. Näiden laitteiden kohdalla on

taustasäteilyn mahdollisimman vähäisellä määrällä ja gammakameroiden kohdalla lisäksi tutkimushuoneiden riittävän tasaisella lämpötilalla ratkaiseva vaikutus mittaustulosten luotettavuuteen.

Keuhkofunktio tutkimuksissa ympäristöolojen vaikutus huomioidaan tuloksia laskettaessa. Tutkimuslaitteissa on yleensä integroituna tarvittava ympäristöolojen seuranta. Seurannan puuttuessa syötetään mittauksen lähtötiedoksi erillisestä paine-lämpötila- tai ilmankosteusmittarista saatu lukema.

Uusien laitteiden hankinta

Uudet laitteet hankitaan Tuomi Logistiikka Oy:n välityksellä noudattaen Pirkanmaan hyvinvointialueen yleisiä periaatteita. Hankintamenettely kuvataan Pirha intran osiossa Ohjeet / Hankinta- ja tarvikeohjeet.

Kun periaatepäätös laitteen hankkimisesta on tehty yksikössä, tutkimuksen vastuuhenkilö määrittelee ne ominaisuudet, joita laitteelta vaaditaan. Kansallisen kynnyksarvon ylittyessä on määriteltävä myös valintaperusteet. Näiden tietojen pohjalta Tuomi Logistiikka tekee tarjouspyynnön laitetoimittajille.

Tarjosten jättöajan päätyttyä Tuomi Logistiikka lähettää ne yksikköön vastuuhenkilölle. Tutustuttuaan kirjallisiin tarjouksiin vastuuhenkilö tekee esityksen laitteen hankinnasta tai koekäyttöön ottamisesta. Kun lopullinen päätös on tehty, vastuuhenkilö valmistelee hankintaesityksen, jossa tehdään yhteenveto tarjouksista sekä esitetään perustelut tehdyille valinnalle. Laittehankinnat hyväksyy vastuualuejohtaja 10.000 € asti. Vähintään 10.000 € maksavien laitehankinnoista päättäminen on keskitetty hankintapäällikölle.

Laitteiden koekäyttö

Päätöksen laitteen koekäyttöön ottamisesta tekee yksikön ylilääkäri. Päätös kirjataan kaavakkeelle LP0204, josta alkuperäinen kappale jää yksikköön ja kopiokappale toimitetaan sähköisesti hankintatoimistoon. Päätöksen perusteella Hankintatoimisto lähettää laitteen toimittajalle kirjallisen ilmoituksen siitä, että koekäyttö tapahtuu sitoumuksetta ja veloitusetta.

Ennen koekäytön aloittamista Lääkintäteknikan/Istekin edustajan tulee suorittaa vastaanottotarkastus, jossa todetaan laitteen virheettömyys ja käyttöturvallisuus.

Laitteen käyttöönotto

Laitteen käyttöönotto suoritetaan tutkimuksen vastuuhenkilön johdolla.

Vastaanottotarkastus suoritetaan samalla tavoin kuin koekäytön yhteydessä.

Laitetoimittajan mahdollisesti antaman käyttökoulutuksen lisäksi vastuuhenkilö yhdessä avainhenkilön kanssa perehtyy laitteen ominaisuuksiin ja varmistaa mittauksin tai muilla soveltuvilla menetelmillä laitteen täyttävän sille asetetut vaatimukset.

Käyttöönoton yhteydessä perustetaan laitepäiväkirja, johon vastuuhenkilö liittää laitteen toiminnan tarkistukseen liittyvät dokumentit. Sen lisäksi laaditaan valmistajan suositusten perusteella tarkistus- ja huolto-ohjelma. Tarvittaessa muutetaan työohjeessa kuvattuja laadunohjauksen toimenpiteitä uutta laitetta vastaaviksi. Tämän jälkeen järjestetään koulutus muille laitetta käyttäville.

Laitteiden osien ja kriittisten kulutustarvikkeiden, esim. kertakäyttöelektrodien toiminnallinen laatu tarkistetaan niitä käyttöönotettaessa.

Laitteen poistaminen käytöstä

Poistettaessa laite käytöstä tehdään tästä merkintä laitepäiväkirjaan ja kuvataan mahdollinen säilytys varalaitteena sekä sijoituspaikka. Romutettavaksi lähetettävistä tai toiseen yksikköön siirrettävistä laitteista tehdään esitys EQU-järjestelmään. Esityksiä voivat tehdä vain yksikön johdon valtuuttamat henkilöt. Poisto- tai siirtoesityksen hyväksyy teknisten palveluiden laiteasiantuntija.

3.9 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 lääkehoidosta vastaavan lääkärin edustus. Myös osastofarmaseutin tai sairaala-apteekin asiantuntemusta on syytä hyödyntää. Yksikön lääkehoitosuunnitelman hyväksyy yksikön lääkehoidosta 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?

Kliinisen isotooppilääketieteen uusin lääkehoitosuunnitelma on laadittu tammikuussa 2024 ja se on päivitetty toukokuussa 2024. Toimintayksikön lääkehoidon vastaavana lääkärinä toimii ylilääkäri Kalle Sipilä ja lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta vastaavana hoitajana toimii röntgenhoitaja Tanja Järvenoja. Osastonhoitaja Tiina

Taatila ja lääkevastaavat Tanja Järvenoja ja Tiina Saarimäki (aoh) vastaavat lääkehoidon suunnitelman laatimisesta, vuosittaisesta päivityksestä ja toteuttamisesta vastuulääkäriin ohjeisiin tukeutuen.

Osastonhoitaja on vastuussa hoitohenkilökunnan lääkehoidon ammattitaidosta. Yksikössä hoitaja perehdytetään suonensisäisten nesteiden ja lääkkeiden antoon, minkä jälkeen hän antaa vaadittavan näytön osastonhoitajalle. Osastonhoitaja vastaa myös radioaktiivisten lääkkeiden tilauksista ja kulutuksen seurannasta. Radioaktiivisten lääkkeiden käsittely vaatii aina henkilökohtaisen perehdytyksen. Yksikön ylilääkäriin vastuulla on varmistaa, että osaston lääkäreillä on työtehtäviensä edellyttämä lääkehoito-osaaminen. Osaamisen lisäksi yksikön lääkäreiden on oltava perillä yksikön lääkehoitoprosessin käytännöistä, työnjaosta, lääkehoidon kirjaamiskäytännöistä sekä potilastietojärjestelmän lääkesovelluksen ominaisuuksista.

Yksikön hoitajat ovat laillistettuja röntgenhoitajia tai bioanalytikoita, jotka ovat suorittaneet AMK-tasoisien sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen ja lisäksi LOVE-koulutuksen. Työntekijöiden osaamista seurataan säännöllisellä osaamisen arvioinnilla sekä kehityskeskusteluiden avulla. Henkilökunta osallistuu koulutuksiin ja jokaisella työpisteellä annetaan lisäperehdytystä tarpeen mukaan. Lääkevastaavat huolehtivat uusien lääkkeiden käyttöönoton perehdytyksestä. Yksikössä on käytössä työntekijäkohtainen lääkehoidon perehdytyslomake, joka on osa lääkehoidon perehdytysuunnitelmaa.

Yksikössä on laadittu lääkehoitosuunnitelma, jonka noudattamiseen työntekijät ovat sitoutuneet. Yksikön johto on vastuussa lääkitysturvallisuusauditoinneista ja Sairaala-apteekki suorittaa auditoinnin vuosittain. Auditoinnissa tarkastellaan koko työyhteisön, ei yksittäisten työntekijöiden toimintaa. Lisäksi yksikössä vastataan lääkitysturvallisuuden arviointikyselyyn, jonka vastausten perusteella Sairaalapalveluiden lääkitys- ja potilasturvallisuuden asiantuntijat arvioivat jatkotoimenpiteiden tarpeen.

Kliinisen fysiologian uusin lääkehoitosuunnitelma on laadittu elokuussa 2023. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta vastaa siihen nimetyt avainhenkilöt yhdessä apteekkihenkilöstön kanssa. Työntekijät ovat sitoutuneet lääkehoitosuunnitelman noudattamiseen.

Yksikön potilaat ovat tutkimuspotilaita, joille ei anneta varsinaista lääkehoitoa. Tietyissä tutkimuksissa käytetään lääkeaineita tutkimusaineena. Lisäksi tiettyihin tutkimushuoneisiin varataan työpäivän ajaksi ensiapulääkkeet.

Lääkäri vastaa lääkeainetutkimusten kokonaisuudesta kuten tutkimuksessa käytettävien lääkkeiden annostuksista. Lääkeainetutkimuksista on kirjalliset ohjeet, missä kuvataan tarkoin lääkkeiden annostus, antotapa ja muoto.

Osastonhoitaja on vastuussa hoitohenkilökunnan lääkehoidon ammattitaidosta lääkeainetutkimuksissa.

Sairaanhoitaja / laboratoriohoitaja / bioanalyttikko valmistaa lääkkeen käyttökuntoon tutkimusohjeen mukaan ja huolehtii, että oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen oikeassa muodossa oikeana ajankohtana tutkimuksessa ja oikealla annostelutekniikalla.

Kaikilta lääkehoitoon osallistuvilta hoitajilta edellytetään LOVE - koulutuksen (lääkehoidon osaaminen verkossa) suorittamista. Lupa tulee uusina viiden vuoden välein. KLF:n hoitohenkilöstö suorittaa LOVE- koulutuksessa osiot: lääkeosaamisen perusteet (LOP) ja suonensisäinen lääke- ja nestehoito (IV) sekä PKV-luvan (sis. myös huumausaineet) ja KIPU1 (Toimintaohje 5763/2022). Lääkehoitolupa-annetaan lisäksi näyttöjä seuraavissa tilanteissa; mikäli lääkehoitoluvan päivitysväli on ylittänyt viisi vuotta, jos työntekijä on yhtäjaksoisesti ollut poissa välittömästä kliinisestä työstä yli kolme vuotta, jos esimies katsoo näytöt tarpeelliseksi, lääkehoito-oikeuksiin tulee muutoksia tai työntekijä on uusi Pirhan työntekijä. Näytöt suoritetaan osastolla näytön vastaanottajalle. Näytön vastaanottaja vahvistaa annetut näytöt lääkehoitolupa-lomakkeeseen allekirjoituksellaan. Osaston apulaisylilääkäri allekirjoittaa suoritettujen lääkehoito-osiot.

Osaamisen ylläpitämistä käsitellään myös osastonhoitajan kanssa käydyissä kehityskeskusteluissa. Lisäksi osastolla on omaa sisäistä koulutusta esim. ensiapulääkkeistä ja sydän- ja verenkiertolääkkeistä.

3.10 Säännöllisesti kerättävän palautteen huomioiminen

Pirkanmaan hyvinvointialueella 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
- Kohdennetut 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.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Asiakaspalaute potilailta

Potilasasiakkaalta saadun, myönteisen tai kielteisen palautteen keräämiseksi yksikössä käytetään Pirhan palautekorttia (LP0100 Pirha palautekortti). Palautekortit lähetetään asiakaspalvelukeskukseen, jossa ne tallennetaan ja luokitellaan palautejärjestelmään. Asiakas voi myös kirjata palautteen sähköisesti pirha.fi/palaute -sivuston linkin kautta. Palautteet tulevat yksikköön käsiteltäväksi asiakaspalautejärjestelmästä.

Potilasasiakkailta kerätään palautetta myös mm. palvelukokemusmittarilla ja NPS-suosittelevä kysymyksellä.

Toimialue järjestää säännöllisesti tyytyväisyyskyselyjä tilaaja-asiakkaille.

Vuorovaikutus tilaaja-asiakkaiden kanssa

Yksikön henkilöstöstä lääkärin, tutkimushenkilöstön ja hoitohenkilöstön edustajat osallistuvat TAYS:n muiden yksiköiden edustajien kanssa yhteisiin kokouksiin, joissa käsitellään tutkimuksiin liittyviä kysymyksiä. Muihin asiakkaina toimiviin terveydenhuollon yksiköihin vuorovaikutus tapahtuu pääasiassa henkilökohtaisten yhteydenottojen perusteella.

Asiakkaan taholta tulevat kysymykset ja muutosehdotukset ohjataan ensisijaisesti tutkimuksen vastuuhenkilölle. Keskustelujen olennaisesta sisällöstä vastuuhenkilön tulee laatia muistio, jonka hän esittelee yksikön ylilääkärille.

Halutessaan asiakkaalla on oikeus tulla seuraamaan tutkimuksen suoritusta yksikön tiloihin. Tällöin asiakkaana toimivan yksikön edustaja sopii ajankohdasta tutkimuksen vastuuhenkilön kanssa. Vastuuhenkilö on läsnä myös tutkimusta suoritettaessa. Mikäli asiakkaan edustajalla on huomautettavaa tai muutosehdotuksia, vastuuhenkilö laatii kirjallisen raportin ja saattaa sen ylilääkärin tiedoksi.

4 Omavalvonnan riskien tunnistaminen ja hallinta

4.1 Riskienhallinta

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](https://intra.pirha.fi)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Esihenkilö järjestää, toteuttaa, valvoo ja raportoi riskienhallintaa yhdessä yksikön turvallisuusyhdyshenkilöiden kanssa. Esimerkiksi työturvallisuusriskien osalta yksikön esihenkilö huolehtii ja järjestää riskien arvioinnit sekä hoitaa niistä ilmenevät kehittämistarpeet annettujen ohjeiden ja linjausten mukaisesti. Työturvallisuusriskien

arvioinnit laaditaan ja päivitetään vähintään kahdesti vuodessa sekä tarvittaessa aina esim. muutosten yhteydessä. Kokonaisvaltaisen riskienhallinnan riskien arvioinnit laaditaan ja päivitetään neljästi vuodessa aina ennen talouden osavuosikatsauksen raportointia.

Riskien tunnistamiseksi kliinisessä isotooppiyksikössä käytetään tarkistuslistoja ja aivoriihimenetelmää. Tarkistuslistoja hyödynnetään sisäisessä palotarkastuksessa, joka toteutetaan kahden vuoden välein sekä kerran vuodessa suoritettavassa turvallisuuskävelyssä ja tietosuoja- ja tietoturvakierrossa. Riskienhallinnan käytännön toteuttamisen tukena aivoriihen yhteydessä käytetään sähköistä raportointi- ja seurantaohjelmistoa Granitea. Raportointi- ja seurantaohjelmistoon kirjataan organisaatiossa toteutettujen riskien arviointien johtopäätöksiä, suunnitellaan ja valvotaan hallintatoimenpiteiden toteuttamista sekä seurataan riskienhallinnan tilannekuvaa.

Esihenkilö yhdessä turvallisuusyhdyshenkilöiden kanssa vastaa siitä, että merkittävät riskit tunnistetaan, riskien hallitsemiseen on käytössä tarvittavat toimenpiteet ja toimenpiteiden toteutumista seurataan tarvittaessa. Tarvittaessa edellä mainitut vastuuhenkilöt delegoivat tehtäviä tai konsultoivat muita yksikön edustajia. Keskeisin osuus riskien tunnistamisessa ja riskienhallinnan toteuttamisessa on keskustelu ja osallistaminen. Asiakas- ja potilasturvallisuuden osalta keskeisiä tiedon lähteitä ovat asiakkaiden ja potilaiden antama palaute sekä työntekijöiden tekemät asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset. Esihenkilö vastaa siitä, että jokainen työntekijä tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä.

Kliiniseen isotooppilääketieteeseen on laadittu säteilylain edellyttämä turvallisuusarvio, missä on tunnistettu säteilyturvallisuuspoikkeamien riskejä sekä toimia niiden ennaltaehkäisemiseksi ja niihin varautumiseksi. Säteilyturvallisuusvastaava järjestää turvallisuusarvion katselmoinnin vähintään kolmen vuoden välein.

Tutkimus- tai hoitokohtaisessa työohjeessa kuvataan huomioitavat turvallisuusnäkökohdat, jotka liittyvät tutkittavaan, tutkimuksen suorittajaan tai ympäristöön, sekä toimenpiteet turvallisuuden varmistamiseksi. Työohjeen laatii tutkimuksen vastuuhenkilö yhteistyössä avainhenkilön sekä mahdollisesti muiden

tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kanssa, sekä katselmoi työohjeen vähintään kolmen vuoden välein.

Puheviestijärjestelmien häiriötä varten yksikössä on käytössä varapuhelimet (GSM) ja faksi. Kliinisen isotooppilääketieteen yksikössä sähkönjakelujärjestelmiin kuuluu normaalijakelun lisäksi varavoimajakelu, joka kytkeytyy häiriötilanteessa päälle alle 15 sekunnin aikana sekä UPS-jakelu, joka tarkoittaa katkeamatonta sähkönjakelua. Kaikki tutkimuslaitteet on kytketty varavoimaan tai UPS-järjestelmään. Rakennuksen valaistuksesta noin 1/3 varavoimassa. KIL:n yksikössä on tarkoituksellisesti testattu tutkimuslaitteiden uudelleen käynnistyksen protokollan toimivuus sähkökatkon seurauksena. Jos yksiköllä on tiedossa oleva tietojärjestelmäpäivitys tai -katko, niin vähimmäistiedot potilastutkimuksista tulostetaan etukäteen paperille, jotka säilytetään lukitussa tilassa ja tarpeettomina hävitetään ohjeiden mukaisesti. Vesikatolla ei ole mainittavaa merkitystä päivätoiminnan kannalta.

Uhka- ja väkivaltatilanteita varten Kliinisen isotooppilääketieteen yksikössä on Tunstall-henkilöturvajärjestelmä eli henkilökunnalla on mahdollisuus hälyttää apua henkilökunnan paikantavista langattomista hälytinpainikkeista. Kliinisen fysiologian yksikössä on Avack-henkilöturvajärjestelmä, jossa on huonekohtaiset hälytyspainikkeet. Yksikössä on laadittu vuosittain harjoiteltava evakuointisuunnitelma uhka- ja paloturvallisuustilanteita varten. Yksiköstä löytyy myös toimintaohje tulipalotilanteessa, josta löytyy evakuointiohjeiden lisäksi ohjeet alkusammutusta varten.

4.2 Toiminnassa ilmenneiden 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 tavoitteajat 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](#)

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Laatujärjestelmästä poikkeava työ

Poikkeavaksi työksi katsotaan kaikki sellaiset tilanteet, joissa ei noudateta sovittuja menettelytapoja tutkimusten tai muun toiminnan osalta. Tutkimusten kohdalla tämä tarkoittaa, että sitä ei voida olennaisilta osiltaan tehdä yksikön Ohjekirjassa kuvatulla tai asiakkaan kanssa erikseen sovitulla tavalla.

Valvonta

Jokainen tutkimuksia tekevään henkilökuntaan kuuluva on velvollinen tutkimuksen eri vaiheissa arvioimaan oman kokemuksensa ja annettujen ohjeiden perusteella, täyttyvätkö asetetut laatuvaatimukset. Mikäli havainnon poikkeamasta tehnyt henkilö ei itse omalla toiminnallaan pysty poikkeamaa korjaamaan on hän velvollinen ilmoittamaan asiasta kyseisestä tutkimuksesta vastuussa olevalle lääkärille tai vastuulliselle tutkimushenkilöstön jäsenelle, joka päättää siitä, keskeytetäänkö tutkimuksen tekeminen tai mikäli tutkimus on tehty, voidaanko saadut tulokset raportoida tutkimuksen pyytäjälle.

Korjaavat toimenpiteet

Vastuuhenkilön velvollisuutena on arvioida poikkeaman luonne eli onko kysymyksessä yksittäistapaus tai miten suuri on todennäköisyys sen toistumiselle. Jos arviointi osoittaa, että myös aikaisemmissa tutkimuksissa saatujen tulosten luotettavuus on kyseenalainen, asiakkaalle ilmoitetaan ja harkitaan, tuleeko tutkimukset toistaa. Vastuuhenkilö päättää korjaavista toimenpiteistä. Mikäli tutkimuksen tekeminen on keskeytetty, vastuuhenkilö päättää, milloin edellytykset työn jatkamiselle ovat riittävät.

Ehkäisevät toimenpiteet

Ehkäisevien toimenpiteiden perustana käytetään poikkeaman syiden selvittämistä. Syyt voivat olla laatujärjestelmästä johtuvia, kuten potilasohjeen tai työohjeen puutteellisuudet tai henkilökunnan riittämätön koulutus. Teknisiä syitä voivat olla esim. laitteen toimintahäiriöt tutkimuksen aikana tai tulosten käsittelyvaiheessa.

Vastuuhenkilö päättää syiden selvittämisessä käytettävistä menettelytavoista sekä nimeää selvitykseen osallistuvat henkilöt. Tehtyjen havaintojen pohjalta muutetaan työ- tai menettelyohjeita. Mikäli näihin toimenpiteisiin sisältyy uusien laiteresurssien

hankintaa tai muuta ylimääräisiä kustannuksia aiheuttavaa, vastuhenkilö neuvottelee asiasta ylilääkärin kanssa.

4.3 Sopimushallinta

Sopimuksen kautta hankittavan palvelun laadun tulee vastata omana toimintana tuotetun palvelun laatua. Mikäli puutteita havaitaan, varmistetaan potilas- / asiakasturvallisuus ja puutteet dokumentoidaan. Viipymättä otetaan yhteyttä yksikön esihenkilöön ja käynnistetään vuoropuhelu sopimuskumppanin kanssa laatupoikkeaman korjaamiseksi.

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Pirkanmaan hyvinvointialueen sisäisten asiakkaiden kanssa ei tehdä erillistä tutkimussopimusta, vaan Ammattilaisen ohjekirja ja hinnasto toimivat sopimus pohjana, jonka mukaan tutkimukset tehdään.

Muut hyvinvointialueet lähettävät kirjallisen tarjouspyynnön, jossa yksityiskohtaisesti määritellään tarjouksessa huomioitavat asiat. Pynnön perusteella tarjouksen laatii tutkimuksen vastuhenkilö ja sen allekirjoittaa yksikön ylilääkäri. Hyväksyty tarjous toimii sopimuksena, jonka sisältö tarkistetaan vuosittain.

Tilapäisluonteiset tutkimussopimukset voidaan kiireellisten, esim. asiakkaan laiteviasta johtuvien tutkimuspyyntöjen kohdalla tehdä myös suullisena, päätöksen tekee yksikön ylilääkäri.

4.4 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?

Perustietotekniikka

PIRHA:n vakioitu työasema toimii käyttöalustana sadoille hyvinvointialueella käytetyille ohjelmistoille. Käytettävissä ovat myös hyvinvointialueen verkkoasemat tietojen tallennukseen: henkilökohtainen OneDrive -kansio, yksikön yhteinen M-asema, sekä yhteinen Y-asema, joka sopii esim. projektien ja työryhmien tiedon tallennukseen. Arkaluontoisten henkilö- ja potilastietoja sisältävän materiaalin tallennukseen on tarkoitettu Lokero -tietojärjestelmä. Ohjelmistojen suoraan tallentaville potilastiedoille käytetään varmennettua ja valvottua P-asemaa.

Yksikön ITC-yhdyshenkilö toimii yhdyslinkkinä tietohallinnon ja yksikköjen välillä, tilaa perustietotekniikan laitteet ja niihin liittyvät ohjelmat ja palvelut, tiedottaa yksikköä perustietotekniikkaan liittyvistä asioista, osallistuu tarvittaessa yksikkönsä talouden suunnitteluun tietotekniikan osalta ja huolehtii yksikön käyttäjätunnuslistojen tarkistamisesta.

Vakioidut työasemat ja tulostimet on liitetty PIRHA:n sairaalaverkkoon, joka on suojattu sisäverkko. Lisäksi on mahdollista perustaa sairaalaverkosta erotettuja erillisverkkoja. Erillisverkko suojaa tarvittaessa sekä siihen laitettavia laitteita että myös PIRHA:n muuta verkkoa. Erillisverkkoihin sijoitetaan vakioimattomat työasemat ja muut tekniset laitteet, joiden virustorjuntaa tai päivityksiä ei voida automatisoida, esimerkkejä ovat sairaala- tai laboratoriotekniset laitteet.

PIRHA:n käyttäjätunnukset

Käyttäjätunnus, jolla kirjaudutaan hyvinvointialueen verkossa oleviin vakioituihin työasemiin, luodaan automaattisesti henkilöstöjärjestelmän tietojen perusteella, kun työsopimus on tehty. Esihenkilöt saavat automaattisen tiedotteen uusista käyttäjistä.

Yksikön määrittelemät tunnustentilaajat luovuttavat tunnukset ja salasanat.

Tunnustentilaajat tilaavat tarvittavat lisäoikeudet IDM-järjestelmässä (identiteetinhallintajärjestelmä).

Tietosuojan ja tietoturvan osaamismittaus on pakollinen koko sairaanhoitopiirin henkilöstölle. Osaamismittaus on suoritettava kuukauden kuluessa töiden aloituksesta ja uusittava kahden vuoden välein. Tietoturvaohjeet on koottu Intraan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Hoitotyöhön osallistuville tilataan myös toimikortti järjestelmiin kirjautumista varten. Tavoite on, että potilastietojärjestelmiin kirjauduttaisiin aina toimikorttia käyttämällä.

Käyttötuki

Kaikissa tietoteknisissä ongelmissa käyttäjä voi ottaa yhteyden PIRHA:n käyttötukeen soittamalla tai sähköpostilla. Käyttötuki selvittää vakioidun työaseman ongelmia, opastaa työaseman ja perusohjelmien käytössä ja välittää työpyyntöjä eteenpäin. Käyttötuen palveluaika on 24/7. Käyttötuki selvittää ongelmatilanteita etäyhteyttä käyttäen tai tarvittaessa paikan päällä käymällä (lähituki).

Tietohallinto

Tietohallinto ja teknologia -tukipalvelu tuottaa tietohallintopalvelut tietojärjestelmien elinkaaren ajalle sekä tieto- ja viestintäteknologian palvelut, kuten puhelin-, työasema- ja tietoliikennepalvelut. Tietohallinto ja teknologia -tukipalvelu tuottaa lisäksi lääkintäteknikan palvelut, tietopalvelut, potilasasiakirjapalvelut sekä asiakirja- ja arkistohallintopalvelut.

Tietohallinto pitää yllä ohjeistusta tietojärjestelmien käyttöön liittyvistä asioista Pirha intran Ohjeet/tietojärjestelmä- ja tietotekniikkaohjeet -osiossa.

4.5 Viranomaisten antama ohjaus ja päätökset

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

Miten toteutetaan palveluyksikössä?

Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen yksikössä erityistä viranomaisvalvontaa kohdistuu säteilyn käyttöön ja radiolääkkeiden käyttökuntoon saattamiseen isotooppilääketieteessä.

Kliinisen isotooppilääketieteen yksiköllä on Säteilyturvakeskuksen (STUK) myöntämä turvallisuuslupa säteilyn käyttöön terveydenhuollossa:

STUK Turvallisuuslupa 2471, 25.6.2020

Säteilyn käytön johtaminen kuvataan Pirkanmaan hyvinvointialueen (Pirha) sairaalapalveluiden palvelulinjan säteilyn käytön johtamisjärjestelmässä.

Pirhan sosiaali- ja terveystalveluiden ja sairaalapalveluiden palvelulinjan johtoryhmien alaisuudessa toimii säteilyn käytön työryhmä, jonka yhdyshenkilönä ja puheenjohtajana toimii ylityysikkö. Ryhmä huolehtii johtamisjärjestelmän dokumentaation ylläpidosta ja toimittamisesta STUK:lle hyväksyttäväksi/tiedoksi vuosittain ja aina merkittävien muutosten yhteydessä. Ryhmä antaa tarvittaessa tai pyydetessä lausunnon säteilyturvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Säteilyn käytön johtamisjärjestelmässä nimetty säteilyturvallisuusvastaava hoitaa ilmoittamisen oman turvallisuuslupan muutoksista ja säteilyturvallisuuspoikkeamista STUK:een.

Kliinisen isotooppilääketieteen yksikkö käyttää ja saattaa käyttökuntoon radiolääkkeitä Pirhan Sairaala-apteekin ohjauksessa ja toimiluvan alaisena. Toimintaa ja tiloja valvoo Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea osana Sairaala-apteekin toiminnan valvontaa. Sairaala-apteekki huolehtii isotooppilääketieteen lääketurvallisuutta koskeviin Fimean selvityspyyntöihin vastaamisesta johtamisjärjestelmänsä mukaisesti yhteistyössä yksikön henkilöstön kanssa. Yksikön lääkevastaava seuraa ja tiedottaa ajankohtaisista asioista, sekä toimii yhdyshenkilönä Sairaala-apteekin ja yksikön välillä.

5 Omavalvontasuunnitelman julkaisu ja seuranta

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

Pirhan julkaisusuunnitelma päivittyy.

Toiminnan laadun mittareista, seurannasta, julkaisusta kappaleessa 3.1

Laatuauditointi

Laatujärjestelmän toteutumisen varmistamiseksi ja mahdollisten puutteiden havaitsemiseksi yksikössä järjestetään laatuauditointeja, joissa jokainen

laatujärjestelmän osatekijä tarkastetaan vähintään kolmen vuoden välein.

Laatupäällikkö on velvollinen yhteistyössä vastuuhenkilöiden kanssa laatimaan auditointien alaa, laajuutta ja tyyppiä koskevan ohjelman sekä aikataulun, jonka mukaan auditoinnit toteutetaan. Vuosittain laaditaan auditointiohjelma, josta ilmenevät auditoinnin kohde sekä ajankohta kuukauden tarkkuudella. Auditointi on tyypiltään yleensä sekä horisontaalinen että vertikaalinen eli se sisältää elementtejä sekä horisontaalisesta että vertikaalisesta auditoinnista.

Auditointiohjelma toteutetaan suunnitellun mukaisena riippumatta siitä, onko ohjelman kattamana ajanjaksona tehty ulkopuolisia, esim. asiakkaan tai akkreditointielimen suorittamia auditointeja.

Auditoijaksi valitaan kohteesta riippumaton henkilö, jolla on riittävä teoreettinen tuntemus ja käytännön työkokemus auditoitavasta alueesta. Arvioinnissa tukeudutaan omaan ohjeistukseen, laatustandardien vaatimuksiin sekä ajantasaiseen tietoon ja kokemukseen hyvistä lääketieteellisistä käytännöistä. On suotavaa, että auditoija on saanut teoreettista koulutusta ja/tai käytännön kokemusta auditointiin. Auditoijan valinnan suorittaa laatupäällikkö yhteistyössä kohteen vastuuhenkilön kanssa.

Laatupäällikkö sopii auditoijan ja vastuuhenkilön kanssa riittävän aikaisin ennen suunniteltua ajankohtaa auditoinnin päivämäärän ja tarkan ajankohdan. Auditoijalle annetaan ennakolta mahdollisuus perehtyä auditoitavan alueen dokumentteihin, mm. laatukäsikirjaan, työ- ja laiteohjeisiin, ulkoisen ja sisäisen laadunarvioinnin raporteihin sekä kyseisen alueen aiempiin auditointiraportteihin. Auditointitilaisuuteen osallistuu edellä mainittujen lisäksi kohteen avainhenkilö.

Horisontaalisissa auditoinneissa tarkastetaan tutkimusten suorittamisen edellytyksiin liittyviä kohteita, joita ovat:

- a. ajanvaraukseen ja tutkimusvastausten välittämiseen käytettävät ATK-järjestelmät ja muut menettelytavat
- b. potilastoimisto ja arkistointi
- c. henkilökunnan määrä ja koulutus
- d. tutkimusmenetelmät ja -ohjeet
- e. tutkimuslaitteet
- f. laadunohjauksen menettelytavat

Vertikaalisissa auditoinneissa yksikössä äskettäin tehdystä työstä valitaan satunnaisesti edustava lukumäärä suoritettuja tutkimuksia, joihin liittyvät toiminnot tarkastetaan kaikilta osin. Näitä ovat:

- a. potilaan tai näytteen tunnistaminen ja kirjaus
- b. näytteen ja pyynnön yhteensopivuus
- c. tutkimuksen tehnyt henkilökunta
- d. laitteen kalibrointi ja huolto, laitepäiväkirja
- e. laadunohjauksen toteuttaminen
- f. tutkimuspöytäkirjat ja tulosten raportointi
- g. tutkimustulosten ja tutkimusasiakirjojen arkistointi

Ylimääräinen auditointi järjestetään yksikössä tarvittaessa. Päätöksen tekee laatupäällikkö, joka vastaa myös auditoinnin toteuttamisesta. Syitä ylimääräiseen auditointiin voivat olla:

- a. asiakkaan tekemä valitus, mikäli sen perusteella on syytä epäillä, ettei laatukäsikirjassa kuvattuja menettelytapoja tai ohjeita ole noudatettu
- b. poikkeavan tuloksen havaitseminen, mikäli se saattaa johtua laadunohjaustoimenpiteiden puutteellisuudesta
- c. sen varmistamiseksi, että säännöllisissä auditoinneissa tai laadunohjauksessa havaitut puutteet on korjattu ja että ne ovat tehonneet

Auditointitilaisuudessa laatupäällikkö, vastuuhenkilö ja auditoija keskustelevat havaituista puutteista ja päästyään yksimielisyyteen niiden sisällöstä sekä korjaamistavasta, laativat raportin, joka sisältää seuraavat tiedot:

- a. auditoijan nimi
- b. auditoinnin päivämäärä
- c. auditoitu kohde ja sen vastuuhenkilö
- d. yksityiskohtainen kuvaus tarkastetuista kohteista
- e. havaitut puutteellisuudet
- f. sovitut korjaavat toimenpiteet, niiden aikataulu ja suorittamisesta vastaava henkilö
- g. laatupäällikön allekirjoitus, joka varmistaa korjaavat toimenpiteet

Raportin laatimisessa käytetään tarkoitukseen laadittua kaavaketta. Auditointiraporttien säilytyksestä vastaa laatupäällikkö.

Säteilyn käytön itsearviointi

Kliinisessä isotooppilaboratoriossa ylläpidetään säteilyn lääketieteellistä käyttöä ohjaavan asetuksen mukaista itsearviointikäytäntöä.

Vuosittain järjestetään arviointitilaisuus, jossa käsitellään seuraavat asiat:

- Kuinka edellisessä tarkastuksessa suunnitellut korjaavat toimenpiteet ovat toteutetut
- Mahdolliset poikkeavat tapahtumat säteilyturvallisuudessa
- Säteilyn käyttöön liittyvien laitteiden laadunvalvonnan tiedot
- Käyttöön otetut uudet tutkimukset ja niiden työohjeet
- Tutkimuksissa käytettävät aktiivisuudet verrattuna suosituksiin
- Henkilökunnan kertynyt säteilysuojelukoulutuksen tuntimäärä
- Henkilökunnan pätevyys
- Yhteenveto henkilökunnan säteilyaltistuksesta
- Potilasvalitukset tai tietoon tulleet potilaiden kokemat vaikeudet asiainnissa

Perusteellisempaan tarkasteluun otetaan jokin ennalta valittu tärkeäksi katsottu aihepiiri. Siitä esitetään tilannekuvaus, jonka jälkeen keskustellaan mahdollisuuksista parantaa siihen liittyviä menetelmiä.

Arviointitilaisuuteen osallistuvat säteilyn käyttöorganisaatiossa nimetyt vastuuhenkilöt, yksikön esimies, laatu päällikkö sekä muuta laboratorion henkilökuntaa kattavasti ja osallistujia vaihdellen. Esittelijöinä toimivat osastonhoitaja ja osaston fyysikko, jotka valmistelevat aihekohdat etukäteen. Tarvittaessa voidaan osallistujille jakaa materiaalia etukäteen. Tilaisuudesta pidetään pöytäkirjaa, jota voidaan käyttää sisäisten ja ulkoisten auditointien materiaalina.

Jos arviointitilaisuudessa ilmenee sellaisia korjattavia asioita, jotka vaativat toimenpiteitä, sovitaan millä tavoin ne otetaan työn alle. Yksikön johto tekee varsinaiset päätökset, milloin sellaiset ovat tarpeen. Tarvittaessa järjestetään tilannekatselmus noin puolen vuoden kuluttua arviointitilaisuudesta.

Säteilyn lääketieteellisen käytön ulkoinen kliininen auditointi

Kliinisessä isotooppilaboratoriossa järjestetään säteilyn lääketieteellistä käyttöä ohjaavan asetuksen mukainen ulkoinen kliininen auditointi kuuden vuoden välein.

Auditoinnin tekee ulkopuolisista asiantuntijoista koostuva auditointiryhmä. Auditoinnissa

selvitetään noudatettuja tutkimus- ja hoitokäytäntöjä, säteilyaltistuksia sekä tutkimus- ja hoitotuloksia vertaillaan niitä hyväksi todettuihin käytäntöihin sekä esitetään tarpeelliseksi arvioituja toimenpiteitä käytäntöjen kehittämiseksi ja perusteettoman säteilyaltistuksen ehkäisemiseksi.

Laatujärjestelmän katselmus

Yksikön johto on velvollinen vähintään kerran vuodessa järjestämään katselmuksen, jossa laatujärjestelmän, mukaan lukien omaevalvontasuunnitelman, soveltuvuutta ja riittävyttä tarkastellaan kokonaisuutena. Päivämäärän päättää johto, joka ilmoittaa asiasta kirjallisesti katselmukseen osallistuville henkilöille. Johdon lisäksi katselmukseen osallistuvat laatupäällikkö, eri alueiden vastuhenkilöt sekä tarvittaessa avainhenkilöitä.

Katselmuksen suorittamiseksi laatupäällikkö laatii esityslistan, jonka tulee sisältää seuraavat kohdat:

- a) edellisessä katselmuksessa esille tulleet asiat
- b) yksikköön tehtyjen tarkastus- tai arviointikäyntien raportit
- c) edellisen katselmuksen jälkeen tehtyjen sisäisten auditointien raportit
- d) ulkoisen laadunarvioinnin raportit
- e) sisäisen laadunohjauksen yhteenvedot
- f) muutokset työssä ja sen määrässä
- g) asiakkailta saatujen valitusten käsittelystä tehdyt yhteenvedot
- h) toimintaperiaatteiden ja menettelytapojen sopivuus
- i) ehdotukset toiminnan parantamiseksi

Johtotiimin kokouksissa, osastokokouksissa ja muissa säännöllisissä kokouksissa käsitellyt vastaavat asiat tulee ottaa huomioon johdon katselmuksessa.

Laatukatselmuksessa mahdollisesti havaitut laatujärjestelmän puutteet ja suunnitelmat niiden korjaamiseksi laatupäällikkö kirjaa raporttiin, jonka johto allekirjoituksellaan hyväksyy. Tehdyt suunnitelmat saatetaan kirjallisena koko henkilökunnan tiedoksi ja niiden toteuttamisesta vastaa laatupäällikkö. Raporttien säilytyksestä vastaa laatupäällikkö.

6 Omavalvontasuunnitelman hyväksyntä

Omavalvontasuunnitelman allekirjoittaa palveluyksikön vastuhenkilö/-t.

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy toimialuejohtaja.

Omavalvontasuunnitelma päivitetty, paikka ja päiväys
Tampereella 27.8.2024

Palveluyksikön vastuhenkilö
Vaj Mika Kähönen

Toimialuejohtaja
Toimialuejohtaja Marja Iso-Mustajärvi, hyväksytty 28.8.2024

