

OMAVALVONTASUUNNITELMA

Palveluntuottajan / palveluyksikön nimi, yhteystiedot ja Y-tunnus	Niuvanniemen sairaala Niuvankuja 65, 70240 Kuopio Y-tunnus: 0213383-5
Vastuhenkilö	Allan Seppänen, johtava lääkäri
Päivityksestä vastaavat henkilöt	Katja Lumén, laatupäällikkö Anssi Kuosmanen, turvallisuuspäällikkö
Tietosuojavastaava	Anssi Kuosmanen (tietosuoja@niuva.fi)
Laadittu	26.6.2024
Päivitetty	

OMAVALVONTASUUNNITELMA	1
Toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	3
1. Omaevalvonta	3
1.1 Potilasturvallisuus ja laadun varmistus	3
1.2 Omaevalvonnan tarkoitus ja toteutus	4
1.3 Palvelujen tarpeenmukainen saatavuus	4
2. Niuvanniemen sairaalan laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka	5
3. Omaevalvonnan keskeiset tavoitteet ja keinot	5
3.1 Tavoite: Potilas ja läheiset osallistuvat aktiivisesti laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen sekä kehittämiseen.	5
3.3 Tavoite: Palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita vaaratapahtumilta.	8
3.4. Tavoite: Sairaalan johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. Laadun ja turvallisuuden kehittäminen on varmistettu.	9
3.4.1 Johtoryhmä	10
3.4.2 Laajennettu johtoryhmä	10
3.4.3 Viranhaltijat ja vastuuhenkilöt	10
3.4.4 Työryhmät	12
4. Menettelytavat joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen (oppiminen ja kehittäminen) ja mahdollisten epäkohtien ilmoittamiseen	13
5. Potilaan oikeuksien varmistaminen ja läheiset	13
5.1 Menettelytavat havaittujen epäkohtien puutteellisuuden raportoinnista ja oppimiskäytännöistä	14
5.2 Hoitoketjut ja tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksiköiden välillä ...	15
5.3 Potilastietojen käsittely, tietoturva ja tietosuoja	15
6. Palvelujen turvallisuuden varmistaminen	16
6.1. Henkilöstö ja osaaminen	16
6.1.1 Rekrytointi	16
6.1.2 Henkilöstön perehdyttäminen laadukkaaseen ja turvalliseen toimintaan	17
6.1.3 Henkilöstön osaaminen, sitoutuminen sekä laatu- ja turvallisuuskoulutus	18
6.1.4 Opiskelijoiden koulutus ja ohjaaminen	18
6.2. Lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen	18
6.3. Terveystieteiden laitteet ja tarvikkeet	19
6.4 Toimitilojen ja toimintaympäristön turvallisuuden varmistaminen	19
6.5 Sopimushallinta	20

Toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Niuvanniemen sairaala on vaativaa erityistason hoitoa, asiantuntijapalveluita ja mielentilatutkimuksia tuottava valtion oikeuspsykiatrinen sairaala. Hoitopalveluita tuotetaan valtakunnallisesti tiiviissä yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa sekä muiden psykiatristen yksiköiden ja mielenterveystyön toimijoiden kanssa osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Sairaala toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tulosohjauksessa nettobudjetoina valtion laitoksena. Sairaalan palvelussuhteet ovat valtion virkasuhteita. Ostopalveluita sairaala hankkii hammaslääkäritoiminnan ja joidenkin erikoislääkäripalveluiden osalta toiselta palveluntuottajalta. Niuvanniemen sairaalassa on 284 potilaspaiikkaa aikuisille ja 13 paikkaa alaikäisille. Sairaala tarjoaa myös oikeuspsykiatrian poliklinikkatoimintaa, joka mahdollistaa myös etäpalveluiden toteuttamisen. Hallinnollisesti sairaala toimii yhtenä toiminnallisena palveluyksikkönä. Sairaalan tehtävistä säädetään laissa ja asetuksessa valtion mielisairaaloista sekä mielenterveyslaissa ja -asetuksessa. Oikeuspsykiatrisen hoidon kehittäminen, tutkimus ja asiantuntijuuden ylläpito sekä oikeuspsykiatrian alan perus-, jatko- ja täydennyskoulutus kuuluvat Niuvanniemen sairaalan tehtäviin yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston kanssa. Sairaalan ja sen virkamiesten toimintaa valvovat Itä-Suomen aluehallintovirasto, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (VALVIRA), Eduskunnan oikeusasiamies sekä Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Viranomaisten antamat ohjaukset ja päätökset otetaan huomioon toiminnassa ja niiden tuomista vaikutuksista tiedotetaan tarvittaessa henkilöstöä sairaalan internetin kautta.

1. Omavalvonta

Terveydenhuoltolaki (L1326/2010), **Sosiaali- ja terveysministeriön asetus** laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) edellyttävät terveydenhuollon toimintayksiköiden laativan suunnitelman koskien omavalvontaa, laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta. Lisäksi Valvira on antanut määräyksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatisesta ja seurannasta.

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan sairaalan www-sivuilla ja se on nähtävillä kaikissa sairaalan toimintayksiköissä. Suunnitelma katselmoidaan vuosittain ja sitä päivitetään tarvittaessa. Seurantatiedot ja julkiset valvontatiedot raportoidaan sairaalassa 4 kertaa vuodessa ja ne käsitellään johtoryhmässä. Raporttitiedot julkaistaan julkisessa portaalissa 4 kertaa vuodessa sairaalan www-sivulla sekä sairaalan sisäisessä verkossa.

1.1 Potilasturvallisuus ja laadun varmistus

Palveluntuottajien on turvattava palvelujen laatu, asiakaskeskeisyys, turvallisuus ja asianmukaisuus sekä valvottava niiden toteutumista. Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Potilasturvallisuus tarkoittaa niitä periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon, hoivan ja palvelujen turvallisuus ja suojataan potilaita vahingoittumasta. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa. Tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden tarpeenmukaisuus ja oikea käyttö sekä dokumentointi ja tiedonkulku on turvattava kaikissa vaiheissa.

1.2 Oma- ja potilasturvallisuuden tarkoitus ja toteutus

Oma- ja potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa laadukasta ja turvallista palvelua ja että palvelua kehitetään. Oma- ja potilasturvallisuus voidaan jäsentää kolmelle eri tasolle: ammattihenkilöiden henkilökohtainen itseensä kohdentuva oma- ja potilasturvallisuus, toimintayksiköiden oma- ja potilasturvallisuus ja sairaalan johdon toteuttama oma- ja potilasturvallisuus. Kaikki päätökset on tehtävä asiakas- ja potilasturvallisuus varmistamiseksi. Lisäksi oma- ja potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa palvelun laatu ja käyttäjien oikeuksien toteutuminen ja ehkäistä tilanteet, joissa valvontaviranomaisten olisi puuttettava palvelun järjestäjän toimintaan. Tähän tarkoitukseen on laadittava oma- ja potilasturvallisuusstrategia, joka kattaa kaikki tarjotut palvelut ja joiden toteutumisesta palveluntuottaja ja vastuuhenkilö ovat vastuussa. Oma- ja potilasturvallisuus on tiiviisti sidoksissa [asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026](#) toteutumiseen, joka on huomioitu oma- ja potilasturvallisuusstrategiassa.



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden strategiset tavoitteet -viitekehys (muokattu, lähde: WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030)

1.3 Palvelujen tarpeenmukainen saatavuus

Sairaalan tuottamien palveluiden perusta on määritelty laissa ja asetuksessa valtion mielisairaaloista. Potilaiden ja mielentilatutkittavien saapuminen sairaalaan on suunnitelmallista ja erikseen säädeltyä. Sairaalan toimintaan kuuluu neljä osa-aluetta, joista kolme ensimmäistä koskevat potilaita ja / tai mielentilatutkittavia:

Mielentilatutkimus
 Tuomitsematta jätetyn potilaan hoito
 Vaarallisen ja /tai vaikeahoitoisen potilaan hoito
 Opetus, tutkimus ja kehittäminen

Opetus- ja tutkimustoiminta tukevat sairaalan tehtäviä mielentilatutkimusten sekä erilaisten potilaiden hoidon laadukkaan ja turvallisen toteutuksen kehittämiseksi.

2. Niuvanniemen sairaalan laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka

Laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka on osa sairaalan palvelujärjestelmää ja sisältää menettelytavat ja käytännöt, joiden avulla pyritään ylläpitämään ja jatkuvasti kehittämään Niuvanniemen sairaalan toiminnan hyvää laatua organisaation kaikilla tasoilla ja kaikissa toimintayksiköissä.

Niuvanniemen sairaala tuottaa valtakunnallisia oikeuspsykiatrisia vaativan erityistason sairaanhoidollisia palveluja yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Keskeisiä toimintaa ohjaavia säädöksiä ovat kansainväliset ihmisoikeussopimukset, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, terveydenhuoltolaki, mielenterveyslaki sekä laki ja asetus valtion mielisairaaloista. Sairaalassa laaditut yksityiskohtaiset toimintaohjeet pohjautuvat näihin. Toimintaohjeet ovat luettavissa sairaalan sisäisestä IMS-toimintajärjestelmässä. Tähän omavalvontasuunnitelmaan on koottu keskeiset prosessit laadukkaan palvelun toteuttamiseksi.

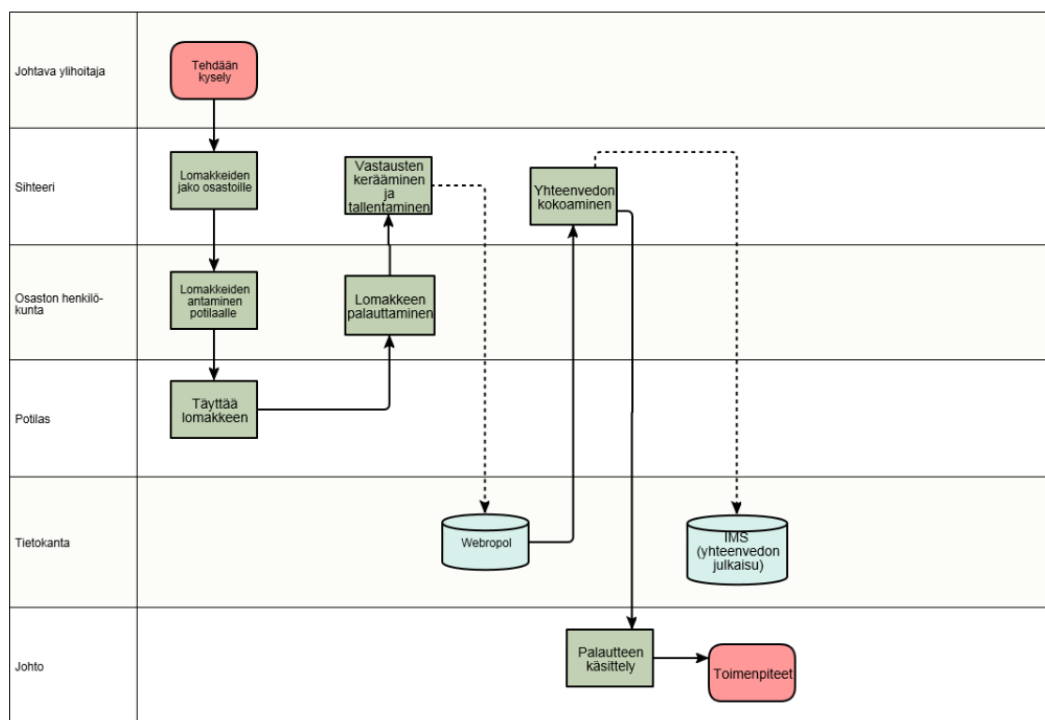
Toiminnan arvoperustana toimivat sairaalan arvot:

- Potilaslähtöisyys
- Ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus
- Vaikuttavuus ja tuloksellisuus
- Ammatillisuus ja avoimuus
- Työhyvinvointi

3. Omavalvonnan keskeiset tavoitteet ja keinot

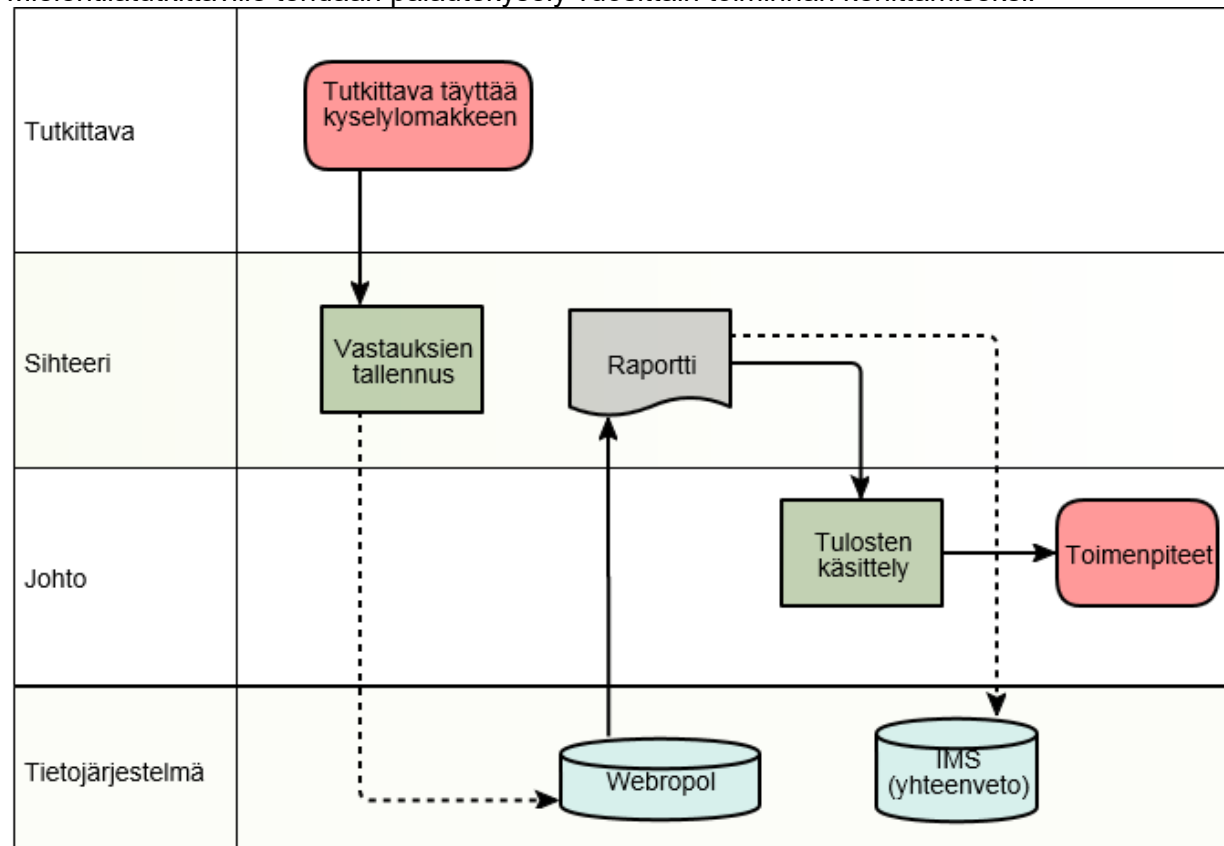
3.1 Tavoite: Potilas ja läheiset osallistuvat aktiivisesti laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen sekä kehittämiseen.

Potilastyytyväisyyskyselyn tavoitteena on kehittää hoitoa palautteiden perusteella. Kysely toteutetaan joka toinen vuosi. Tulokset julkaistaan sairaalan sisäisessä verkossa, jaetaan lähiesimiehille toimenpiteitä varten ja raportoidaan sairaalan toimintakertomuksessa, joka julkaistaan sairaalan intranet- ja internet-sivuilla. Potilaiden palaute huomioidaan sairaalan ja yksiköiden toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Sairaalassa toimii *potilastoimikunta*, jonka kautta potilaille tarjotaan vaikuttamismahdollisuuksia sairaalan toimintaan. Lisäksi on otettu käyttöön *potilasraateja* osastokohtaisesti ja sairaalan laajennettuun johtoryhmään on nimetty *potilasjäsen*.



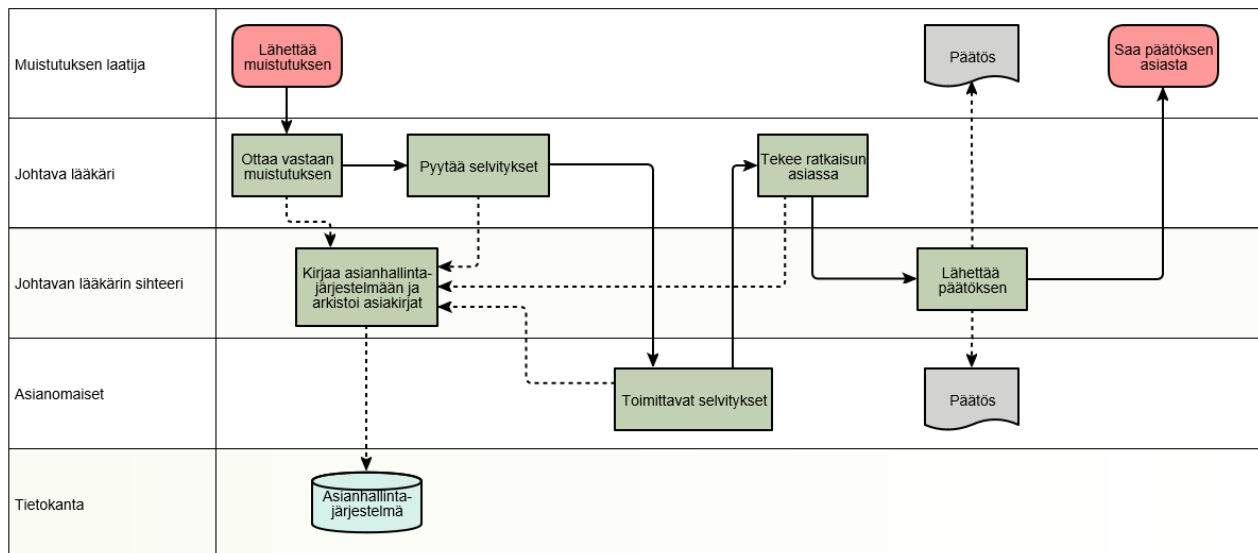
Kuvio 1. Potilastyytyväisyyskyselyn prosessi

Mielentilatutkittaville tehdään palautekysely vuosittain toiminnan kehittämiseksi.

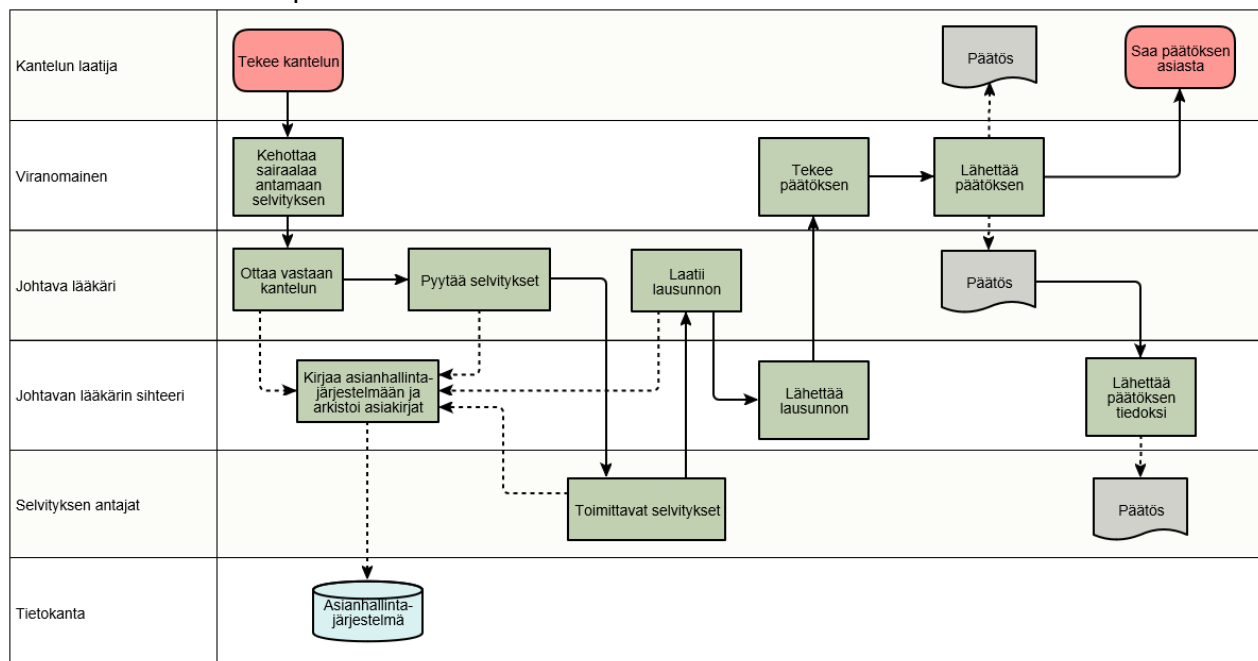


Kuvio 2. Mielentilatutkimuspalauteen prosessi

Potilaslain mukaiset *muistutukset / kantelut* käsitellään viivytyksettä. Muistutukset / kantelut raportoidaan toimintakertomuksessa ja niiden välillä tehdään vuosivertailua. Niiden määrää ja sisältöä analysoidaan toiminnan muutoksiin verraten ja niitä hyödynnetään hoidon laadun kehittämisessä.



Kuvio 3. Muistutusten prosessikuvaus



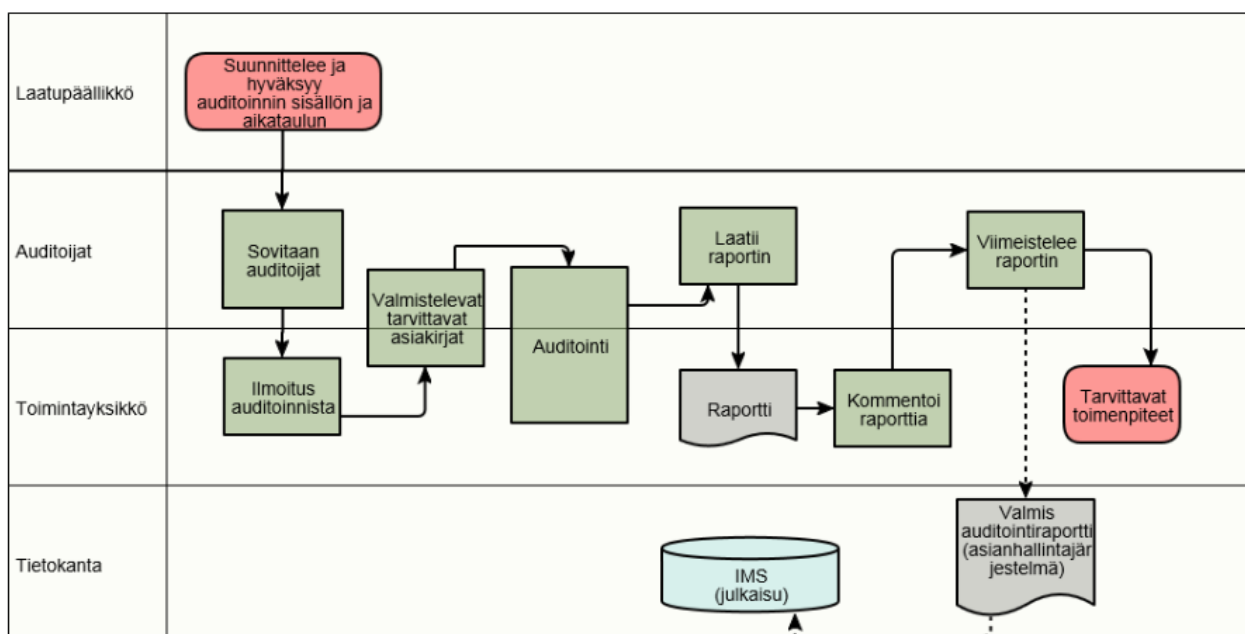
Kuvio 4. Kanteluiden prosessikuvaus

Viranomaisten lähettämät asiakirja-/ja selvityspyynnöt lähetetään sairaalan kirjaston kautta vastuunalaiselle virkamiehelle. Näiden pyyntöjen osalta sairaala toteuttaa tarvittavat kehittämistoimenpiteet.

Lisäksi sairaalassa tehdään vuosittain myös kysely palvelunostajille, joka raportoidaan toimintakertomuksessa. Kyselyn tuloksia hyödynnetään kehittämistyössä. Potilaat ja läheiset voivat antaa palautetta myös suoraan toimintayksiköiden esihenkilöille puhelimitse tai sähköpostilla.

3.2 Tavoite: Laatu sekä potilasturvallisuus ovat osa riskienhallintaa.

Sairaalalla on käytössä SHQS-laatujärjestelmä ja sen mukainen laaduntunnustus. Ulkoinen auditointi tapahtuu järjestelmän mukaisesti vuosittain ylläpitoauditoinneissa. Laaduntunnustuksen uusinta-auditoinneissa joka kolmas vuosi tavoitteena on uusi laaduntunnustus seuraavalle kolmivuotiskaudelle. Sisäiset auditoinnit suunnitellaan kolmivuotiskausittain. Yksiköt tekevät toiminnan suunnittelun pohjaksi itsearvioinnin SHQS-standardin mukaisesti joka vuosi ennen toimintasuunnitelman laadintaa. Sekä auditoinneissa että itsearvioinneissa painotetaan kattavaa sairaalan toiminnan arviointia niin että arvioitavat asiat valitaan ajankohtaisten sairaalan, yksiköiden ja toimintaympäristön muutosten mukaisesti. Tällaisella arviointityön painottamisella tavoitellaan jatkuvaa laatua, turvallisuutta ja toiminnan parantamista tarpeen mukaisesti.

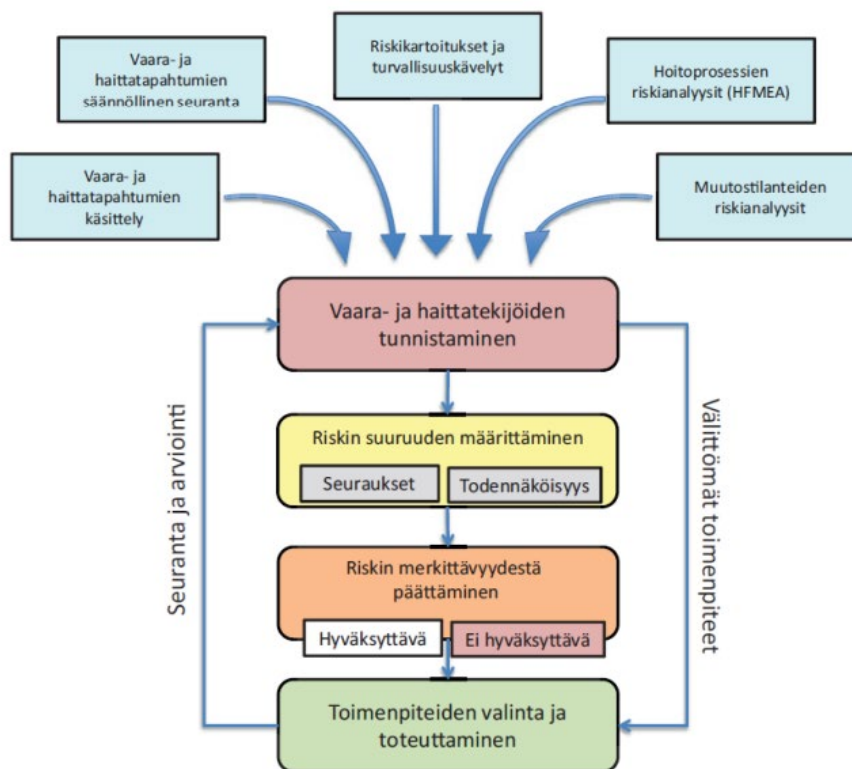


Kuvio 5. Sisäinen auditointiprosessi

3.3 Tavoite: Palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita vaaratapahtumilta.

Niuvanniemen sairaalassa käytetään IMS-toimintajärjestelmää keskeisten prosessien kuvaamiseen ja ohjeiden ylläpitämiseen. Riskienhallinnan osalta huomioidaan niin strategisen kuin käytännön toiminnan riskienhallinta. Strategisella tasolla arvioidaan palvelujen tarvetta, saatavuutta ja laadun varmistamista pitkällä aikajänteellä. Operatiivisten riskien hallinta on osa jokapäiväistä toiminnan seuranta, arviointia ja kehittämistä.

Strategisia riskejä arvioidaan kaksi kertaa vuodessa johtoryhmän toimesta. Sairaalan toimintayksiköt kirjaavat riskejä oman toimintansa osalta vähintään kerran vuodessa. Lisäksi riskejä tunnistetaan päivittäisessä toiminnassa ja prosessien kehitystyön / kuvaamisen yhteydessä. Näiden tietojen pohjalta muodostuu toimintayksiköiden ja organisaation riskirekisteri. Riskienhallinnan tarkempi toteuttamisen periaate on kuvattu alla.



Kuvio 6. Riskienhallinnan prosessi

Riskienhallinnassa on huomioitu varautumista ja palveluiden jatkuvuutta koskevat velvoitteet sairaalan omassa toiminnassa yhdessä eri palvelutarjoajien ja kumppaneiden kanssa mahdollisissa kriisi- ja häiriötilanteissa. Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaa sairaalan turvallisuuspäällikkö.

3.4. Tavoite: Sairaalan johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. Laadun ja turvallisuuden kehittäminen on varmistettu.

Laatu- sekä turvallisuuspäällikkö vastaavat oma- ja turvallisuus suunnitelman laadinnasta ja päivityksestä, suunnitelman hyväksyy johtava lääkäri. Suunnitelma katselmoidaan vuosittain tai tarvittaessa.

Laadun ja potilasturvallisuuden varmistaminen ja kehittäminen perustuvat linjaorganisaation ja eri työryhmien väliseen yhteistyöhön. Linjaorganisaation ja työryhmien asiantuntijoiden vastuulla on seurata laadun- ja potilasturvallisuuden kehitystä ja analysoida siihen liittyvää tietoa. Tiedon analysointiin perustuen laaditaan suosituksia laadun- ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi linjaorganisaation päätöksenteon ja kehittämistoimien tueksi. Linjaorganisaation vastuuhenkilöt vastaavat suositusten toimeenpanosta. Linjaorganisaatio sekä työryhmät arvioivat yhdessä toimenpiteiden vaikutuksia ja tarvittaessa määrittävät lisätoimia laadun ja hoidon turvallisuuden riskienhallintaan.

Potilasturvallisuuden toimeenpanovastuu on linjaorganisaation johdolla, viranhaltijoilla ja vastuuhenkilöillä. Kokonaisvastuu on organisaation johdolla, mutta jokainen ammattihenkilö vastaa omassa työssään laadun ja potilasturvallisuuden näkökulman huomioon ottamisesta. Jokaisen viranhaltijan ja vastuuhenkilön tulee varmistaa johtamisellaan ja toiminnallaan, että työntekijöillä on mahdollisuus tehdä työnsä laadukkaasti ja turvallisesti.

Laadun ja potilasturvallisuuden täytäntöönpano ja valvonta perustuvat seuraavien toimielinten/vastuuhenkilöiden toimintaan:

Johtoryhmä
Laajennettu johtoryhmä
Viranhaltijat/vastuuhenkilöt
Työryhmät ja niiden puheenjohtajat

3.4.1 Johtoryhmä

Johtoryhmän vastuulla on varmistaa että:

Toimintaan on varattu riittävät resurssit laadukkaan ja turvallisen hoidon tuottamiseen

Turvallisuuteen ja laatuun liittyvät vastuut organisaatiossa on selvästi määritelty Vastuuhenkilöillä on riittävät edellytykset tehtäviensä hoitamiseen

3.4.2 Laajennettu johtoryhmä

Laajennetun johtoryhmän vastuulla on varmistaa että:

Laatu- ja potilasturvallisuus on koordinoitu koko organisaation tasolle

Laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmän toimivuus arvioidaan ja kehittämistoimenpiteistä sovitaan vuosittain

3.4.3 Viranhaltijat ja vastuuhenkilöt

Kokonaisvastuu toiminnan laadusta ja potilasturvallisuudesta on **johtavalla lääkärillä**. Hänen vastuullaan on varmistaa, että potilasturvallisuuden ja laadun hallinta toteutuu yhdenmukaisesti koko organisaatiossa, sekä varmistaa riittävät resurssit ja edellytykset laadun- ja potilasturvallisuuden ylläpitoon ja kehittämiseen. Johtavan lääkärin tehtävänä on varmistaa, että potilaiden hoidossa ja sen suunnittelussa huomioidaan potilasturvallisuusnäkökohdat ja että potilaiden tekemistä erilaisista palautteista, valituksista ja kanteluista saatu tieto käytetään laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseen.

Ylilääkärit vastaavat omissa hoitolinjoissaan hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Ylilääkärin vastuulla on varmistaa, että hoidossa noudatetaan näyttöön perustuvaa lääketiedettä ja käypähoito suosituksia ja että hoitoprosesseissa on huomioitu potilasturvallisuuden varmistaminen siihen osallistuvien yksiköiden sisällä sekä niiden välisessä yhteistoiminnassa.

Johtavan ylihoitajan ja ylihoitajien tehtävänä on johtaa, kehittää ja organisoida hoitotyötä omavalvontasuunnitelman linjausten mukaisesti.

26.6.2024

Talousjohtajan tehtävänä on johtaa ja kehittää sairaalan tukipalvelujen vastuualuetta ja vastata sairaalan taloudesta, hankintatoimesta ja sopimushallinnasta. Tuki- ja palveluiden johtamisessa ja sopimushallinnassa otetaan huomioon omavalvontasuunnitelman linjaukset.

Työyksiköiden esimiehet vastaavat laadun- ja potilasturvallisuuden toteutuksesta ja koordinoinnista työyksiköissä. Heidän tehtävänä on edistää laatua ja potilasturvallisuutta yhteistyössä linjaorganisaation kanssa ylläpitämällä ja kehittämällä työyksikköä koskevia tiedonhankinnan, seurannan ja riskienhallinnan menettelytapoja. Työyksiköiden esimiehet raportoivat vähintään kerran vuodessa ja tarvittaessa useammin laadun- ja potilasturvallisuuden kehittymisestä oman työyksikön esimiehelle/esimiehille. Esimiesten tehtävänä on organisoida työ omavalvontasuunnitelman linjausten mukaisesti.

Laatupäällikkö vastaa laatujärjestelmän koordinoinnista, ylläpidosta ja kehittämisestä sairaalassa ja tukee linjaorganisaatiota kehittämistoimien toteuttamisessa. Laatupäällikön vastuulla on laatuvaastavien, toimintayksiköiden itsearviointien sekä sisäisten auditointien toiminnan ohjaaminen ja koordinointi sekä ulkoisten auditointien järjestelyt.

Turvallisuuspäällikön vastuulla on potilas- ja työturvallisuuteen liittyvän vaaratapahtumien raportointijärjestelmän ylläpito ja kehittäminen, riskien arvioinnin koordinointi, kokonaisturvallisuuden kehittämissuosituksen toimeenpanon arviointi ja seuranta.

Laatu- ja turvallisuuspäällikkö raportoivat edellä kuvatuista asioista sairaalan laajennetulle johtoryhmälle.

Työsuojelupäällikkö toimii työnantajan edustajana työpaikan työsuojeluyhteistyötoiminnassa ja vastaa työturvallisuus- ja henkilöriskeihin liittyvän tiedon hankkimisesta ja päivittäisestä organisaation käyttöön. Työsuojelupäällikkö huolehtii omalta osaltaan, että vuosittainen toimintayksiköiden riskienarviointi toteutuu, ja vastaa organisaatiotason vuosittaisesta riskienkartoituksesta ja toimenpiteiden määrittelystä sekä riskienarvioinnin ajantasaisesta ylläpidosta. Työsuojelupäällikkö valmistelee työsuojelun toimintaohjelman yhdessä työsuojelutoimikunnan kanssa johtoryhmän päätettäväksi. Työsuojelupäällikkö osallistuu AVIn ja työterveydenhuollon tekemiin tarkastuksiin ja tiedottaa niiden tuloksista organisaatiossa sekä varmistaa, että annetut toimenpidesuosukset, toimintaohjeet ja kehotukset otetaan huomioon toiminnassa. Työsuojelupäällikkö huolehtii osaltaan, että työsuojeluriskeihin liittyvät asiat (uusien toimintojen käynnistyminen, toiminnanmuutokset, tapaturma- ja vaarantumatilanteet) käsitellään tarvittaessa työsuojelutoimikunnassa.

Potilasasiavastaava neuvoo ja ohjaa potilaita, heidän omaisiaan ja sairaalahenkilökuntaa potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa.

Tietosuojavastaava toimii terveydenhuollon toimintayksikössä erityisasiantuntijana johdolle ja henkilökunnalle. Tietosuojavastaavan tehtävänä on auttaa rekisterinpitäjää saavuttamaan hyvä henkilötietojen käsittelytapa ja erityislakien edellyttämä korkea tietosuojan taso, jonka avulla voidaan rakentaa ja säilyttää luottamus rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän välille.

3.4.4 Työryhmät

Hygieniatyöryhmä (hygieniaohteet ja infektioiden torjunnan seuraaminen)

- Ehkäisee infektoita ja muita terveydellisiä vaaroja sairaalan alueella ja osallistuu aktiivisesti jo alkaneiden epidemioiden rajoittamiseen.
- Seuraa ja tilastoi ainakin vuosittain merkittävien infektioiden esiintyvyyttä ja mikrobikantoja (hepatiitit vuoden lopussa).
- Seuraa mm. työmenetelmiä, henkilökohtaista hygieniaa – erityisesti käsihygieniaa (potilaat ja henkilökunta), desinfektiota ja siivousta, ravintohuoltoa yleensä, jätehuoltoa, vaatehuoltoa, välinehuoltoa, saneeraustoimintaa ja sairaalan hygienian yleistä kehitystä.
- Antaa alaansa kuuluvia ohjeita yhdessä johtoryhmän kanssa.
- Tekee alaansa kuuluvia esityksiä johtoryhmälle.
- Pitää yhteyttä KYS:n infektioyöryhmään (=asiantuntijat).
- Osallistuu alan täydennyskoulutukseen ja järjestää koulutusta yksiköille sairaalassa.

Lääkehoitotyöryhmä

- Ylläpitää ajantasaista lääkehoitosuunnitelmaa vähintään kerran vuodessa ja tarvittaessa
- Valmistelee muutokset lääkehoitosuunnitelmaan
- Arvioi lääkehoitoprosessia ja kehittää sitä
- Järjestää lääketurvallisuuskoulutusta ja –tiedotusta
- Yhtenäistää sairaalan lääkehoidon käytäntöjä

Riskienhallintatyöryhmän tehtävänä ovat yleinen riskienhallinnan suunnittelu ja kehittäminen sekä riskien arviointitehtävät ja toimintayksikkökohtaisten riskikartoitusten koordinointi. Työryhmä valmistelee riskienhallintasuunnitelman, jonka hyväksyy johtoryhmä.

Tietoturvatyöryhmä

- Laatii tietoturvallisuuden ylläpito- ja kehittämissuunnitelmat ja määrittelee tietoturvallisuusperiaatteet sekä katselmoi tietoturvasuunnitelman säännöllisesti.
- Ohjaa tietoturvallisuuden käytännön toteutuksesta henkilöstön, toiminnan ja omaisuuden turvaamiseksi ja niihin kohdistuvien riskien hallitsemiseksi
- Huolehtii tietoturvatieottamisesta ja henkilöstön tietoturvakoulutuksesta
- Sovittaa yhteen tietoturvavaatimuksia ja organisaation toimintaa
- Käsittelee tietoturvapoikkeamat ja raportoi niistä johtoryhmälle
- Tietoturva- ja tietosuojapolitiikan valmistelevat tietohallintopäällikkö ja tietosuojavastaava ja sen hyväksyy johtava lääkäri.

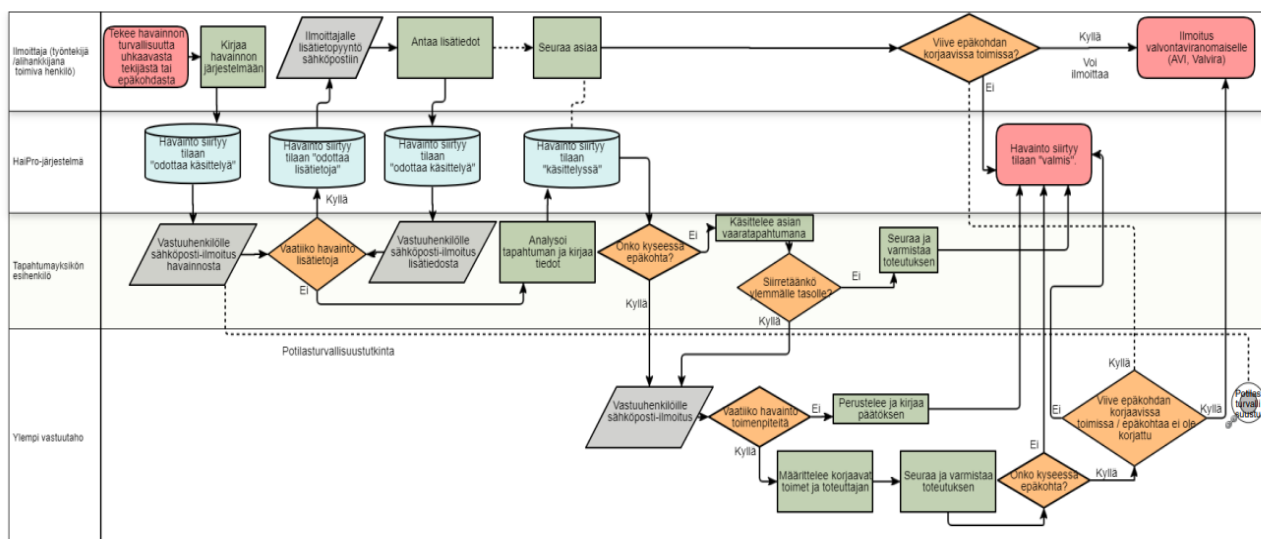
Potilasturvallisuustyöryhmä vastaa potilasturvallisuusselvitysprosessista. Selvityksessä analysoidaan yksittäisiä vakavia vaaratapahtumia tai laajempia läheltä piti ja haittatapahtumien sarjaa. Tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta organisaatiossa ja estää vastaavanlaisten tilanteiden kehittyminen tulevaisuudessa. Ryhmä koostuu systeemanalyysiin koulutetuista työntekijöistä.

4. Menettelytavat joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen (oppiminen ja kehittäminen) ja mahdollisten epäkohtien ilmoittamiseen

Sairaalassa toteutetaan vuosittain yksikkökohtaisesti moniammatillisesti toiminnan arviointi ja suunnittelu ja tulokset raportoidaan yksikön johdolle. Koko henkilökunta osallistuu arviointiin ja suunnitelmien laadintaan toimenkuviansa mukaisesti. Sairaalan johto käsittelee saamansa toimintatiedon ja hyödyntää sitä sairaalan toiminnan strategisessa suunnittelussa.

Sairaalassa on käytössä SHQS-Laadunhallintajärjestelmä, jonka mukaisesti organisoitetaan vuosittain sairaalan sisäiset ja ulkoiset auditoinnit sekä kaikkien toimintayksiköiden itsearviointi. Näissä arvioinneissa tuotettua tietoa käytetään toiminnan laadun ja turvallisuuden kehittämiseen.

Henkilökunnan ja potilaiden / läheisten on mahdollista tehdä vaaratapahtumailmoitus havaituista potilaalle vaaraa aiheuttavista asioista.



Kuvio 7. Vaaratapahtumien ja epäkohtien raportointi- ja oppimisprosessi

Yksiköt saavat itse palautetta omasta toiminnastaan ja laadunhallinnasta raportoi auditointien sekä itsearviointien keskeiset tulokset sairaalan laajennetulle johtoryhmälle kerran vuodessa Laatu- ja turvallisuusraportissa, joka julkaistaan sairaalan intranetissä ja julkisilla www-sivulla kerran vuodessa. Lisäksi jokaisen ulkoisen auditoinnin tulokset ja tarvittavat parantamisen toimenpiteet käsitellään laajennetussa johtoryhmässä pikimmiten auditoinnin raportin valmistuttua.

5. Potilaan oikeuksien varmistaminen ja läheiset

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, luku 2) mukaisesti potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus hyvään kohteluun siten, että potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Sairaalassa toteutetaan suositusta skitsofrenian käypä hoidosta, johon on otettu huomioon sairaalan potilaiden hoidossa esiintyvät erityispiirteet. [Käypä hoito-suosituksen](#) toteutumista seurataan aktiivisesti.

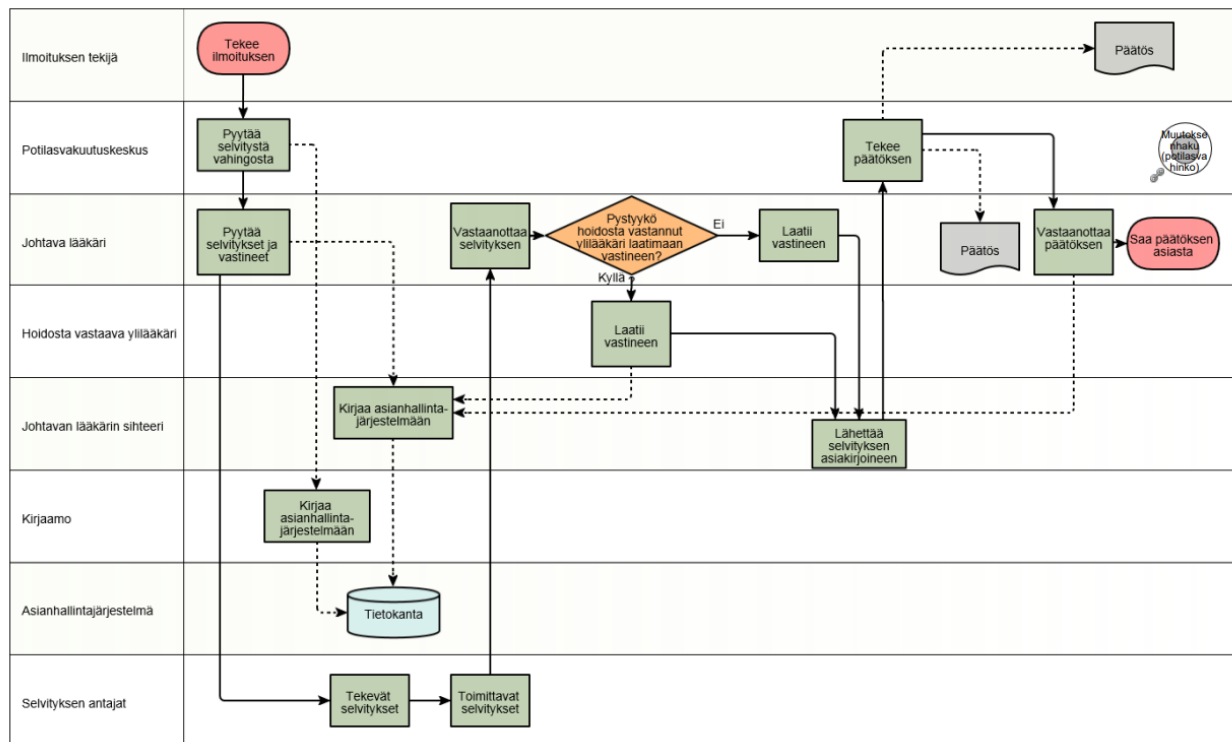
Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheistensä kanssa. Potilaalle annetaan tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Potilas saa tutustua hänestä talletettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista [tietosuojaselosteen](#) mukaisesti. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittamista koskevat periaatteet on [ohjeistettu](#) sekä [toimintaohje](#) julkaistu, jos toiminnassa on havaittavissa potilaan huonoa tai epäasiallista kohtelua.

5.1 Menettelytavat havaittujen epäkohtien puutteellisuuden raportoinnista ja oppimiskäytännöistä

Niuvanniemen sairaalassa on käytössä tällä hetkellä seuraavat ilmoituskanavat epäkohtien, niiden uhkien ja vaaratapahtumien ilmoittamiseen, käsittelyyn sekä oppimiseen:

- ilmoitus väärinkäyttöepäilystä (ns. whistleblowing)
- poikkeamailmoitus (vaaratapahtumat ja epäkohdat, kuvio 7)
- toimintaohje havaittaessa potilaan huonoa tai epäasiallista kohtelua

Sairaalassa toimii potilasasiavastaava, joka lähettää kaikkiin potilaita hoitaviin yksiköihin tiedotteen toiminnastaan. Tiedote on julkaistu myös sairaalan internet-sivuilla. Potilasasiavastaava auttaa potilaita heidän tarpeidensa mukaisesti erilaisissa potilaan oikeuksiin liittyvissä kysymyksissä. Potilasvahingon osalta prosessi on kuvattu (kuvio 8). Potilaita hoitavissa yksiköissä on saatavilla palautelomakkeita vastauskuorineen palautteita varten.



Kuvio 8. Prosessi potilasvahingon tapahtuessa

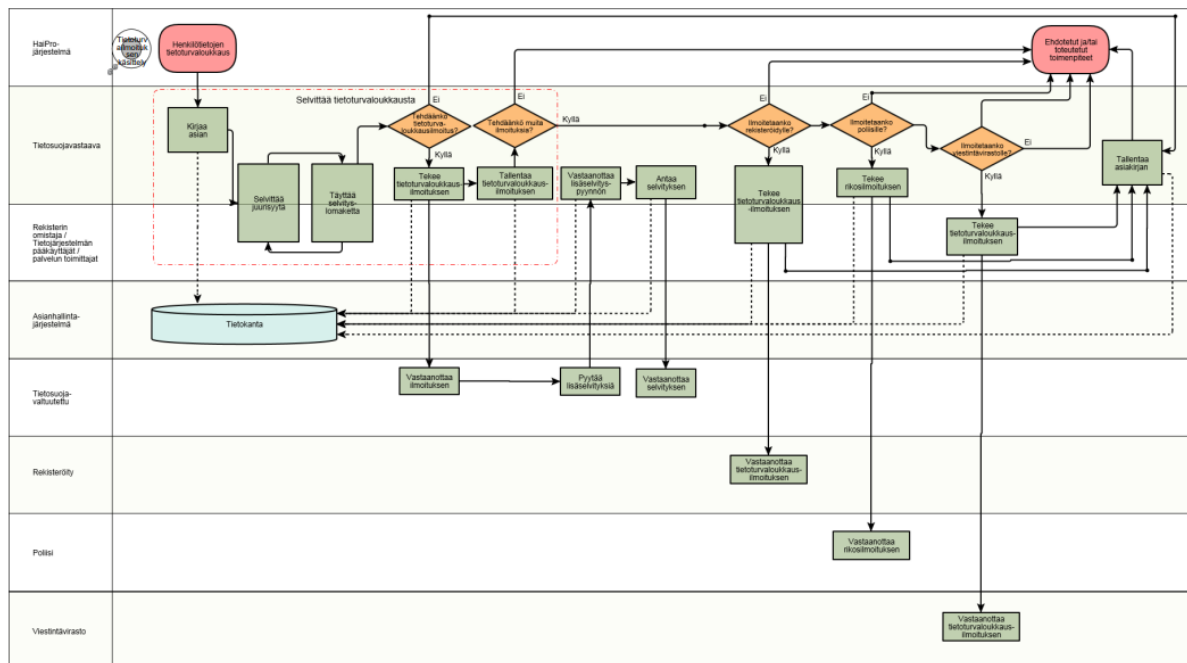
5.2 Hoitoketjut ja tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksiköiden välillä

Sairaalan toimintayksiköissä järjestetään henkilökuntakokouksia, joissa käsitellään sairaalan ja yksiköiden toimintaan liittyviä asioita. Potilaiden hoitoon liittyvä tiedonkulku järjestetään yksikön tarpeista riippuen moniammatillisen raportoinnin sekä potilaiden hoidon suunnittelupalaverien kautta. Toimintayksiköstä toiseen tieto siirtyy yksiköiden esimiesten välisissä kokouksissa ja potilaskohtaisesti erillistä osasto-siirtoja koskevaa ohjetta noudattaen. Potilaiden siirtyminen yksiköstä toiseen on ohjeistettu IMS-toimintajärjestelmässä. Lisäksi sairaalan johto kokoontuu tarpeen mukaan käsittelemään ja tiedottamaan myös yksiköiden välisiä asioita.

Potilaan hoitoa kuvaavat prosessit sekä hoidon toteutukseen liittyvät ohjeet ja määräykset on määritelty ja kuvattu sairaalan IMS-toimintajärjestelmässä, josta ne ovat henkilökunnan saatavilla.

5.3 Potilastietojen käsittely, tietoturva ja tietosuoja

Niuvanniemen sairaalassa palveluiden jatkuvuutta varmistetaan osaltaan tietoturvallisella toiminnalla tietoturvasuunnitelman ja tiedonhallinnallin mukaisesti. Tietoturva- ja tietosuojajopikkeaman ilmoittamisesta on ohjeistettu organisaatiossa ja tietoturvaloukkauksen sattuessa prosessi on laadittu (kuvio 9).



Kuvio 9. Prosessi tietoturvaloukkauksen tapahtuessa

Tietoturvasuunnitelma katselmoidaan tietoturvyryhmän toimesta vuosittain ja sen hyväksyy johtava lääkäri. Uusia teknologioita käyttöön otettaessa ja käytössä olevia arvioitaessa, on huomioitava korostettu tarve yhtenäisten linjausten noudattamiselle ja omavalvonnalle työyhteisössä sekä riskienarvioinnille (mm. DPIA).

Sairaalassa on käytössä Mediatri-potilastietojärjestelmä. Potilasasiakirjamerkinnät tehdään ammattihenkilöiden toimesta noudattaen lainsäädäntöä kuten Lakia sosi-aali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, Sosiaali- ja terveysministeriön

asetusta potilasasiakirjoista, Sosiaali- ja terveysministeriön asetusta terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ja Lakia potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista.

Sairaalalla on myös omia ohjeita potilastiedon dokumentaatiosta turvallisen ja laadukkaan hoidon toteuttamiseksi. Potilastietojärjestelmälle on nimetty vastuuhenkilöt, jotka tiedottavat järjestelmän käytöstä ja yksiköissä on nimetty perehdytyksestä vastaavat henkilöt. Käyttöoikeuksien hallinnalla varmistetaan, että ammattihenkilöillä on asianmukaiset käyttöoikeudet järjestelmään. Potilastiedon dokumentaatiota seurataan lokipolitiikan mukaisesti.

6. Palvelujen turvallisuuden varmistaminen

6.1. Henkilöstö ja osaaminen

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 9§:ssä säädetään palveluntuottajan vastuusta henkilöstönsä osalta, mikä tarkoittaa mm. riittävästä henkilöstömäärästä sekä henkilöstöltä vaadittavista ammattipätevyyksistä ja täydennyskoulutusvelvollisuudesta huolehtimista. Sairaalassa on laadittu henkilöstöstrategia vuosille 2023-2025. Rekrytoinnin lähtökohtana on valtiovarainministeriön ohje virantäytössä noudatettavista periaatteista (Ohje VM/2643/00.00.00/2018, 30.4.2019). Tavoitteena on varmistaa ammattitaitoisen henkilöstön saaminen ja pysyttäminen sairaalan palveluksessa sekä parantaa työmotivaatiota, tehokkuutta ja turvallisuutta. Henkilöstösuunnitelma tarkentuu vuosittain henkilöstövoimavarojen hallinnan ja kehittämisen osalta sairaalan tulossopimuksessa.

Palveluyksikön osalta riittävän henkilöstön varmistaminen on sairaanhoidon tulosalueen osalta johtavalla lääkäriellä, hoitotyön vastuualueen osalta johtavalla ylihoitajalla ja tukipalvelujen osalta talousjohtajalla.

Toiminnan kannalta kriittiset henkilöstöresurssit pyritään varmistamaan työnjohdollisesti esimerkiksi tehtävien jaolla, varahenkilö- ja sijaisjärjestelyin sekä erilaisin tavoitettavuusjärjestelyin. Henkilöstön riittävydestä raportoidaan vuosittain henkilöstökertomuksessa.

6.1.1 Rekrytointi

Yksiköiden potilasturvallisuutta voidaan parantaa vain, jos esimiehillä ja henkilöstöllä on tehtävänsä mukaiset riittävät tiedot, taidot ja osaaminen. Henkilöstön pätevyys tarkastetaan ja soveltuvuus arvioidaan rekrytoinnin yhteydessä.

Kaikki uudet työnhakijat haastatellaan. Haastattelussa varmistetaan henkilöllisyys (ajokortti tai passi). Alkuperäisistä tutkintotodistuksista otetaan kopiot kuten myös mahdollisesta Valviran laillistamistodistuksesta. Vaikka laillistettu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö toimittaa Valviran laillistamistodistuksen tai hänellä voimassa oleva ammattikortti, tarkastetaan **kaikkien** Niuvanniemen sairaalaan töihin tulevien laillistettujen sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatti-oikeudet JulkiTerhikistä / JulkiSuosikki-tietopalvelusta. Alaikäisten kanssa työskentelevät esittävät rikostaustaotteen ennen työn aloittamista.

Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden kohdalla toimitaan samalla tavalla, kuin lailistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden. Nimikesuojatun ammattihenkilön tulee olla myös rekisteröitynyt Terhikki-rekisteriin.

Työtä hakevilta sairaanhoitaja-/lähihoitajaopiskelijoilta vaaditaan koulun leimalla varustettu opintorekisteriote, josta selviää opiskelun vaihe, suoritettut työharjoittelujaksot ja koulumenestys. Haastattelun ja yleisen soveltuvuusarvioinnin perusteella arvioidaan, minkälainen toimenkuva opiskelijalle määritellään.

Rekrytoijan vastuulla on:

- tarkistaa opiskelijan opintosuoritukset
- arvioida opiskelijan edellytykset toimia kyseisessä sijaisuudessa
- tarkentaa opiskelijan tehtäväkuvaus hänen tietojensa ja taitojensa mukaiseksi
- Työyksikön esimiehen vastuulla on:
- seurata, ohjata ja valvoa opiskelijan työtä ja tarvittaessa välittömästi puuttua epäkohtiin
- nimetä opiskelijalle ohjaaja

6.1.2 Henkilöstön perehdyttäminen laadukkaaseen ja turvalliseen toimintaan

Sairaalalla on yhteinen perehdytysmateriaali ja sen lisäksi jokainen työntekijä perehdytetään toimenkuvansa ja työpisteensä toiminta- ja työtapoihin. Jokaisessa yksikössä on suunnitelma siitä, miten varmistetaan, että työntekijällä on työn tekemiseen vaadittava pätevyys ja osaaminen, sekä kirjallinen perehdytysuunnitelma, jossa laatu- ja turvallisuusriskit on huomioitu. Perehdyttävälle määrätään yksikön esimiehen toimesta ohjaaja, joka vastaa perehdyttämisen suorittamisesta suunnitelman mukaan. Vastuu perehdytyksestä on työntekijän esimiehellä. Perehdytys dokumentoidaan HR-järjestelmään ja sen toteutumista seurataan. Perehdytyksen saanut antaa saamastaan perehdytyksestä palautteen Webropol-kyselyllä. Henkilöstötoimisto koostaa yksikön esimiehille perehdytyspalautteista yhteenvedon kahdesti vuodessa toiminnan kehittämistä varten.

Perehdytys sisältää seuraavat turvallisuuteen liittyvät asiakohdat:
Koko organisaatiota koskien:

- Turvallisuuspolitiikat
- Omavalvontaohjelma ja -suunnitelma
- Turvallisuuteen liittyvät vastuu- ja yhteyshenkilöt
- Vaaratapahtumien raportointimenettely

Työyksikön toimintaa koskien:

- Työyksikössä sovellettavat turvallisuutta edistävät käytännöt
- Työyksikön poikkeus- ja hätätilanneohjeistus
- Työyksikössä tunnistetut keskeisimmät turvallisuusriskit
- Yleisimmät vaaratapahtumatyytit ja niihin varautuminen

Työtehtävää koskien:

- Työtehtävään liittyvät vastuut
- Työtehtävään liittyvät turvallisuutta edistävät käytännöt
- Yhteistoimintaan liittyvät käytännöt

Henkilöstön siirtyessä työyksiköiden välillä tai siirtyessä toiseen työtehtävään, suoritetaan perehdytys ylläkuvatun mukaan joko työyksikön toimintaa ja/tai työtehtävää koskien. Yksikön esimiehet määrittelevät erillisen suunnitelman henkilöstön perehdyttämiseksi seuraavissa tilanteissa:

- Työhön palaavalle henkilölle (poissaolon pituuden mukaan)
- Uusien järjestelmien tai laitteiden käyttöönotto
- Toimintamenetelmiä koskevat muutokset

6.1.3 Henkilöstön osaaminen, sitoutuminen sekä laatu- ja turvallisuuskoulutus

Sairaalalla on käytössä Oppiportti ja eOppiva. Tavoitteena on, että sairaalan henkilöstö on käynyt verkkokurssit, joiden avulla heillä on ymmärrys potilasturvallisuudesta, vaaratapahtumien raportoinnista sekä tietosuojasta ja tietoturvasta. Lähiopetuksena järjestetään koulutusta muun muassa oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoon ja turvallisuuskysymyksiin sekä ensiapuun liittyen. Esimiehet johtavat alaisensa henkilökunnan osaamista HR-järjestelmän, perehdytyspalautteiden tuottaman tiedon, kehityskeskustelujen sekä työn sujumisen seurantatietojen perusteella.

Laadunhallinnan ja turvallisuuden osalta tiedottaminen toteutuu yksiköittäin lähiesimiesten kautta ja tiedotteita julkaistaan sairaalan tietoverkossa, josta jokainen työntekijä seuraa niitä. Laatu-potilasturvallisuustyöhön osallistuu koko henkilökunta yhteisen toiminnan suunnittelun, seurannan ja toimintaa sekä toimintaympäristöä koskevien havaintojen käsittelyn kautta.

6.1.4 Opiskelijoiden koulutus ja ohjaaminen

Opiskelijoiden harjoittelu ja opettaminen ja ohjaaminen kuuluvat sairaalan toimintaan. Sairaalassa on määritelty opiskelijoiden opastamisesta vastaavat henkilöt ammattialoittain. Opiskelijoilla on käytössään perehdytys ja ohjaus. Opiskelijoilta kerätään palautetta, joka lähetetään yksiköihin vuosittain käsiteltäväksi ja toimenpiteitä ja ohjauksen kehittämistä varten.

6.2. Lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen

Sairaalassa toimii lääkekeskus, jonka toiminta on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoitosuunnitelma katselmoidaan vuosittain ja jota päivitetään lisäksi tarvittaessa. Lääkehoitosuunnitelma kattaa kuvauksen lääkehoidon toteutuksesta, lääkehuollosta, lääkehoidon prosessista, lääkehoidon toteuttamisen osaamisvaatimuksista, lääkehoidon ja –prosessin dokumentaatiosta sekä poikkeamamenetlyistä. Lääkehoitotyöryhmä valmistelee lääkehoitosuunnitelman ja johtava lääkäri hyväksyy sen. Sairaalan lääkehoitosuunnitelma ei ole julkinen dokumentti.

6.3. Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

Lakisääteisenä ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä (Laki lääkinnällisistä laitteista 719/2021) toimii ECT-hoidosta vastaava erikoislääkäri. Hän vastaa siitä, että Niuvanniemen sairaalassa noudatetaan laitehallintaan liittyvää lainsäädäntöä. Jokaisen palveluyksikön esihenkilö puolestaan vastaa oman yksikkönsä laiteturvallisuuden toteutumisesta. Sairaalassa on laiterekisteri. Lääkinnällisten laitteiden käyttöönotto, huolto ja poistot tapahtuvat keskitetysti. Lääkinnällisiä huolto- ja korjauspalveluja ostetaan suoraan laitetoimittajilta. Palvelujen sisältö ja laatu varmistetaan sopimustasolla siten, että laitehankintojen kilpailutusvaiheessa huomioidaan laitetoimittajien rooli turvallista käyttöä tukevan, ammattilaisille, asiakkaille ja potilaille suunnatun opasmateriaalin tuottamisessa. Hoitotarvikkeiden hankinnasta, huollosta ja toimittamisesta yksiköihin vastaavat osaltaan myös välinehuolto ja keskusvarasto.

6.4 Toimitilojen ja toimintaympäristön turvallisuuden varmistaminen

Julkisen palveluntuottajan on annettava valvontaviranomaiselle rekisteröintiä varten Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 16 §:ssä tarkoitettut tiedot ennen 1.1.2026. Lisäksi 20§:n mukaan valvontaviranomaisen on tarkastettava sairaala ennen palveluyksikön rekisteriin merkitsemistä. Valvontaviranomainen voi tehdä ennakkotarkastuksen myös palveluyksikköön, jos se on tarpeen toimintaedellytysten tai potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Ennakkotarkastuksen tarpeellisuuden arvioinnissa on otettava huomioon erityisesti palveluntuottajan toiminnan sisältö ja potilasryhmä, jolle palvelu on tarkoitettu.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 8§:n mukaan palveluntuottajan toimitilojen, laitteiden, välineiden ja tietojärjestelmien on oltava toiminnalle riittävät ja asianmukaiset. Toimitilan ja toimintaympäristön on oltava tervehdellisiltä ja muilta olosuhteiltaan asiakkaalle tai potilaalle annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle tai tutkimukselle sopiva ja turvallinen. Toimitilojen on tuettava potilaiden yleistä hyvinvointia ja sosiaalista vuorovaikutusta.

Niuvanniemen sairaalassa tilojen turvallisuus esteettömyys ja potilaiden yksityisyydensuoja otetaan huomioon uusien toimitilojen suunnittelussa ja vanhoja tiloja remontoimassa. Sairaala toimii Senaatti-kiinteistöjen vuokralaisena, jonka kanssa sairaala toteuttaa tiivistä strategista toimitilojen kehittämistä ylläpitämistä ja kehittämistä.

Senaatti-kiinteistöjen ja Niuvanniemen sairaalan välisellä kiinteistöhuoltosopimuksella on sovittu, että sairaala itse suorittaa sopimuksessa määritellyt kiinteistöhuolto-, huolto, sekä muut sopimussisältöön kuuluvat tehtävät. Sairaalan toimitilojen siivouspalvelut tuotetaan osana sairaalan laitoshuoltoa ja hygieniavaatimukset otetaan huomioon siivouspalveluiden laatutavoitteissa.

Henkilökunta seuraa tilojen tarkoituksenmukaisuutta ja raportoi parantamistarpeista joko suoraan tekniseen huoltoon (puhelimella / Senaattila-tiketti), lähiesimiehilleen tai vaara- ja haittatapahtumailmoitusten avulla (HaiPro-järjestelmä). Tiloja ja toimintaympäristöä arvioidaan myös osana itsearviointeja, riskienarviointeja, toiminnan suunnittelua, työterveyshuollon työpaikkakäyntejä, turvallisuuskävelyillä sekä auditoinneissa.

Niuvanniemen sairaalalla on STUKin myöntämä turvallisuuslupa säteilyn käyttöön terveydenhuollon hammasröntgentoiminnassa. Sairaalassa toimii lisäksi lääkekeskus, neuromoduulaatioyksikkö sekä laboratorio, jossa tehdään kliinisen hematologian ja kemian aloihin kuuluvia tutkimuksia.

6.5 Sopimushallinta

Palveluntuottajan kanssa laadituissa sopimuksissa (palveluntarjoajan kanssa) huomioidaan muun muassa sopimusvalvonnan (omavalvonta, sairaalan toteuttama valvonta) sisältö, menettelytavat sopimusrikkotilanteissa sekä varautumismenettelyt ja toiminnan jatkuvuuden hallinta häiriö- ja poikkeustilanteissa. Sopimusohjauksessa käytetään apuna asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen [check-listaa](#) soveltuvin osin.

Ostopalvelusopimusten omistajat (palveluyksikön ylilääkärit ja toimintayksiköiden esihenkilöt) valvovat, että ostopalveluntuottajat noudattavat hankintakauden aikana lainsäädännön lisäksi tarjouspyynnöissä ja sopimuksissa asetettuja juridisia, kaupallisia ja raportointivelvoitteita. Mahdollisista puutteista raportoidaan taloushallintoon. Valvontavastuu kattaa oman palvelutuotannon ja ostopalvelutuotannon lisäksi myös alihankkijoiden tuottaman ostopalvelun. Ostopalvelun tuottajien kanssa sovi- taan esim. säännöllisiä ja systemaattisia seuranta- ja arviointikokouksia.

Ostopalveluissa ilmenneissä epäkohdissa käytetään selvityspyynnön lisäksi sopimus oikeudellisia toimenpiteitä, joita ovat esimerkiksi sanktio, sakko tai ostopalvelusopimuksen irtisanominen.

Sopimusten allekirjoittaja (talousjohtaja, johtava lääkäri tai molemmat yhdessä) ovat sopimus oikeudellisessa vastuussa sopimukseen sitoutumisesta taloudellisesti, juri- disesti ja sisällön suhteen.

Mihin liittyy	Mittari	Mittaustapa	Tavoitetaso	Tietolähde	Kuinka usein	Vastuuhenkilö (kooste)	Raportointi
Sopimusten seuranta	Sopimusoi- keudelliset toimenpi- teet	Toimenpitei- den määrä os- topalveluissa	0 kpl / v	Vastuu- henkilöiden palaute ta- loushallin- toon	2 x vuodessa	Talousjohtaja	Johto- ryhmä
Henkilöstön riittävyys	Henkilöstön määrä	Virkojen täyttö- aste	100 %	Kieku	2x vuodessa	HR	Johto- ryhmä
Osaaminen	Täydennys- koulutus	Täydennys- koulutuspäi- vät / työntekijä / vuosi	Koulutus- strategian mukaisesti	Personec F OSS	1 x vuodessa	HR / Johtava yli- hoitaja	Johto- ryhmä
Potilaiden osallisuus	Potilastyty- väisyys	Potilastytyväi- syyksykysely	Hoito erin- omaista / hy- vää 90%	Potilaiden antama palaute	2 vuoden vä- lein	Johtava ylihoi- taja	Johto- ryhmä
Tietosuojatietoturva	Tietoturva- loukkaukset	Tietoturva- loukkaukset il- moitukset / vuosi	0 kpl / vuodessa	Tietoturva- loukkaus-il- moitukset	2xvuodessa	Tietosuojavas- taava	Johto- ryhmä
Potilaiden hoito	Epäkohtail- moitukset	Epäkohta ilmoitusten lu- kumäärä ja nii- den pohjalta nousseiden toimenpitei- den lkm	0 kpl/ vuodessa	HaiPro, epäkohdat	2xvuodessa	Potilasturvalli- suusvastaava	Johto- ryhmä
Potilaiden hoito	Vaarata- pahtumail- moitukset	Vakavien vaa- ratapahtumien (palvelujen saatavuus, jat- kuvuus, turval- lisuus, laatu ja yhdenvertai- suus lkm	0 kpl/ vuodessa	HaiPro	2xvuodessa	Potilasturvalli- suusvastaava	Johto- ryhmä
Potilaiden hoito	Käypä hoi- tosuositus	Käypä hoito- suosituksen toteutuminen vuositasolla	100%	Mediatri	1x vuodessa	Ylilääkäri	Johto- ryhmä
Potilaiden hoito	Asiakas	Asiakastyty- väisyyskysely ostajille	4,1	Webropol- kysely	1xvuodessa	Talousjohtaja	Johto- ryhmä
Potilasturvalli- suus	Lääkkeen- antovirheet	Lääkkeenanto- virheiden lkm	0	HaiPro	2xvuodessa	Talousjohtaja	Johto- ryhmä