NIUVANNIEMEN SAIRAALA

NS/310/00.01.03.00.00/2025
Hyväksytty laajennetussa johtoryhmässä 9.9.2025

Niuvanniemen sairaalan omavalvontasuunnitelma 2025

Palveluntuottajan / palveluyksikön nimi, yhteystiedot ja Y-tunnus	Niuvanniemen sairaala Niuvankuja 65, 70240 Kuopio Y-tunnus: 0213383-5
Vastuuhenkilö	Allan Seppänen, johtava lääkäri
Päivityksestä vastaavat henkilöt	Katja Lumén, laatupäällikkö Anssi Kuosmanen, turvallisuuspäällikkö
Tietosuojavastaava	Irkku Höök (tietosuoja@niuva.fi)
Laadittu	26.6.2024
Päivitetty	9.9.2025 (raportti 2/3)

Sisällys

Niuvanniemen sairaalan omavalvontasuunnitelma 2025 1
1 Omavalvonta 3
1.1 Potilasturvallisuus ja laadun varmistus 3
1.2 Omavalvonnan tarkoitus ja toteutus 4
1.2 Palvelujen tarpeenmukainen saatavuus 5
2.Niuvanniemen sairaalan laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikka 5
3. Omavalvonnan 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. 9
3.4. Tavoite: Sairaalan johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. Laadun ja turvallisuuden kehittäminen on varmistettu. 10
3.4.1 Johtoryhmä 11
3.4.2 Laajennettu johtoryhmä 11
3.4.3 Viranhaltijat ja vastuuhenkilöt 11
3.4.4 Työryhmät 13
4. Menettelytavat joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen (oppiminen ja kehittäminen) ja mahdollisten epäkohtien ilmoittamiseen 14
5. Potilaan oikeuksien varmistaminen ja läheiset 15
5.1 Menettelytavat havaittujen epäkohtien puutteellisuuksien raportoinnista ja oppimiskäytännöistä 16
5.2 Hoitoketjut ja tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksiköiden välillä 17
5.3 Potilastietojen käsittely, tietoturva ja tietosuoja 17
6.1. Henkilöstö ja osaaminen 18
6.1.1 Rekrytointi 19
6.1.2 Henkilöstön perehdyttäminen laadukkaaseen ja turvalliseen toimintaan 19
6.1.3 Henkilöstön osaaminen, sitoutuminen sekä laatu- ja turvallisuuskoulutus 20
6.1.4 Opiskelijoiden koulutus ja ohjaaminen 20
6.2. Lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen 21
6.3. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet 21
6.4 Toimitilojen ja toimintaympäristön turvallisuuden varmistaminen 21
6.5 Sopimushallinta 22

1 Toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Niuvanniemen sairaala on vaativaa erityistason hoitoa, asiantuntijapalveluita ja mielentilatutkimuksia tuottava valtion oikeuspsykiatrinen sairaala. Hoitopalveluita tuotetaan valtakunnallisesti tiiviissä yhteistyössä hyvinvointialueiden-sekä muiden psykiatristen yksiköiden ja mielenterveystyön toimijoiden kanssa osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Sairaala toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tulosohjauksessa nettobudjetoituna valtion laitoksena. Sairaalan palvelussuhteet ovat valtion virkasuhteita. Sairaala hankkii ostopalveluina muun muassa hammaslääkäritoimintaa, anestesiapalveluja, tiettyjä erikoislääkäripalveluja sekä muita tarpeellisia palveluja muilta palveluntuottajilta. Lisäksi sairaala ostaa potilaille harjoittelujaksoja yksityisiltä palveluntuottajilta.

Niuvanniemen sairaalassa on 284 potilaspaikkaa aikuisille ja 13 paikkaa alaikäisille. Sairaala tarjoaa 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 intranetin 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, laatimisesta ja seurannasta.

Sairaala seuraa omavalvontasuunnitelman toteutumista säännöllisesti kolme kertaa vuodessa. Seurannan perusteella omavalvontasuunnitelmaa päivitetään kirjaamalla havaitut puutteet sekä niihin liittyvät kehittämistoimenpiteet. Päivitetty omavalvontasuunnitelma julkaistaan neljän kuukauden välein sairaalan verkkosivuilla sekä sairaalan sisäisessä verkossa.

1.1 Potilasturvallisuus ja laadun varmistus

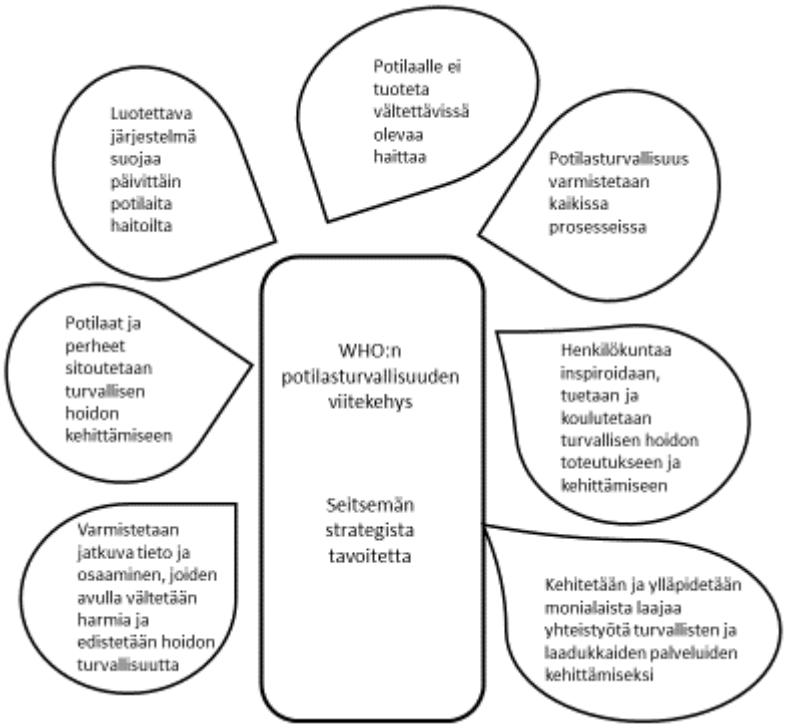
Palveluntuottajien on turvattava palvelujen laatu, asiakaskeskeisyys, turvallisuus ja asianmukaisuus sekä valvottava niiden toteutumista. Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Potilasturvallisuus tarkoittaa niitä periaatteita ja toimintoja,

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, dokumentointi ja niihin liittyvä tiedonkulku on turvattava kaikissa vaiheissa.

1.2 Omavalvonnan tarkoitus ja toteutus

Omavalvonnan tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa laadukasta ja turvallista palvelua ja että palvelua kehitetään. Omavalvonta voidaan jäsentää kolmelle eri tasolle: ammattihenkilöiden henkilökohtainen itseensä kohdentuva omavalvonta, toimintayksiköiden omavalvonta ja sairaalan johdon toteuttama omavalvonta. Kaikki päätökset on tehtävä asiakas- ja potilasturvallisuus varmistaen. Lisäksi omavalvonnan tarkoituksena on varmistaa palvelun laatu ja käyttäjien oikeuksien toteutuminen ja ehkäistä tilanteet, joissa valvontaviranomaisten olisi puututtava palvelunjärjestäjän toimintaan. Tähän tarkoitukseen on laadittava omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki tarjotut palvelut ja joiden toteutumisesta palveluntuottaja ja vastuuhenkilö ovat vastuussa. Omavalvonta on tiiviisti sidoksissa asiakas ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman 2022-2026 toteutumiseen, joka on huomioitu omavalvontasuunnitelmassa.



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

1.2 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. Sairaala seuraa tiedolla johtamisen periaatteita noudattaen mitattavaa tietoa, joka julkistetaan toimintakertomusraportissa.

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-toimintajärjestelmästä. Tähän omavalvontasuunnitelmaan on koottu keskeiset prosessit laadukkaan palvelun toteuttamiseksi.
Toiminnan arvoperustana toimivat sairaalan arvot:

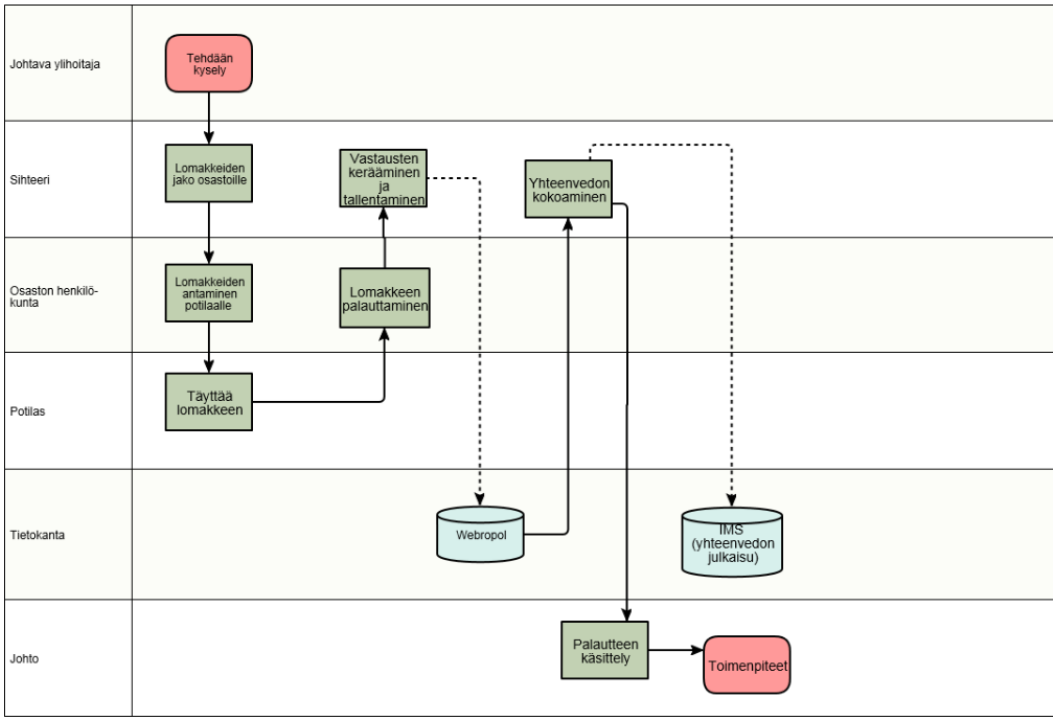
- Potilaslähtöisyys
- Ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus
- Vaikuttavuus ja tuloksellisuus
- Ammatillisuus ja avoimuus
- Työhyvinvointi

3. Omavalvonnan keskeiset tavoitteet ja keinot

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

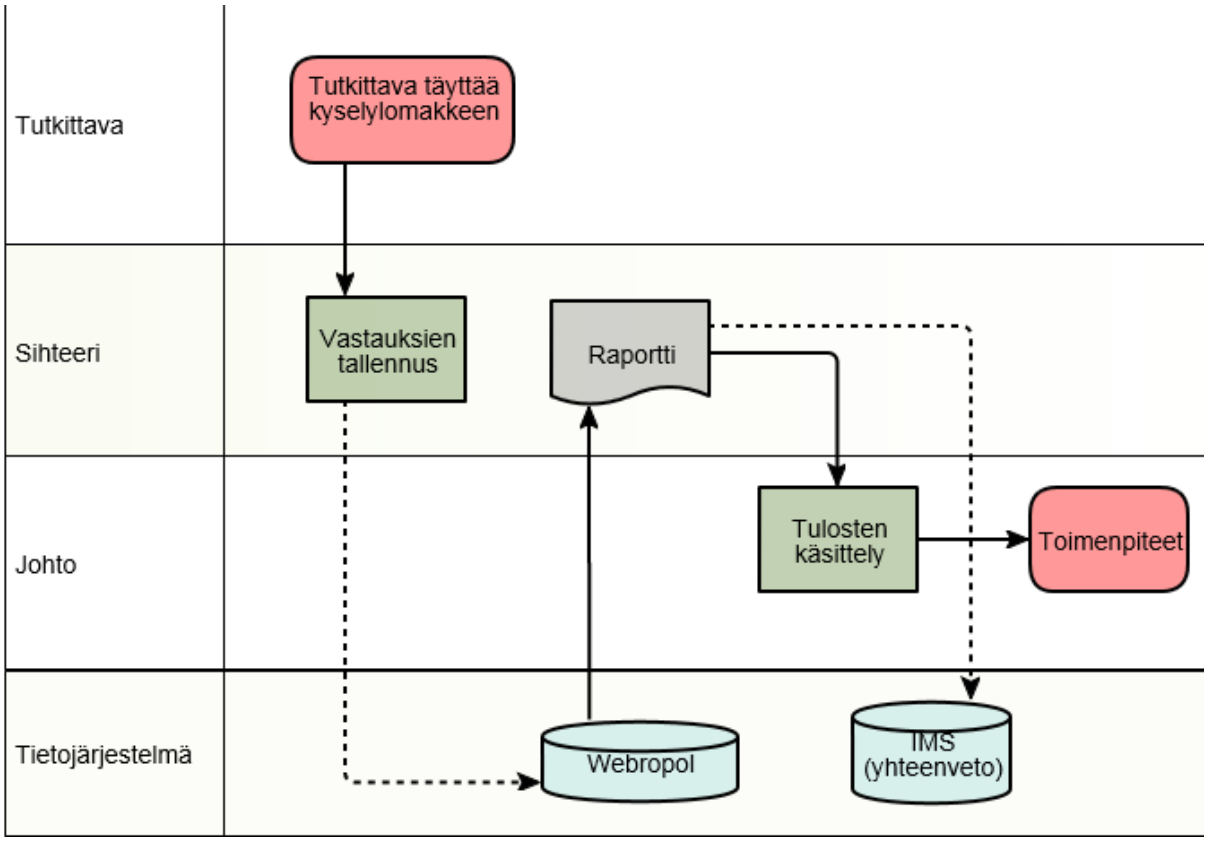
Potilastyytyväisyyskyselyn tavoitteena on kehittää hoitoa palautteiden perusteella. Kysely toteutetaan joka toinen vuosi. Tulokset julkaistaan sairaalan sisäisessä verkossa, jaetaan lähiesimiehille toimenpiteitä varten ja raportoidaan sairaalan toimintakertomuksessa, joka julkaistaan sairaalan intranet- 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 mm. sairaalan laajennettuun johtoryhmään on nimetty *potilasjäsen*. Myös muissa sairaalan toimikunnissa on potilasjäseniä.



Kuvio 1. Potilastyytyväisyyskyselyn prosessi

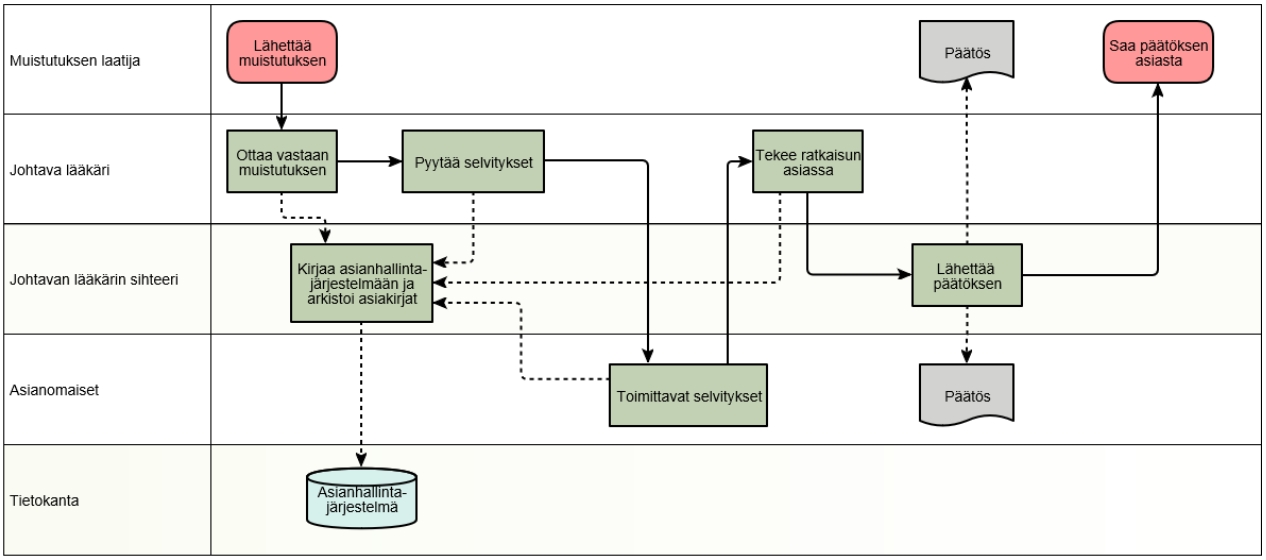
Mielentilatutkittaville tehdään palautekysely vuosittain toiminnan kehittämiseksi



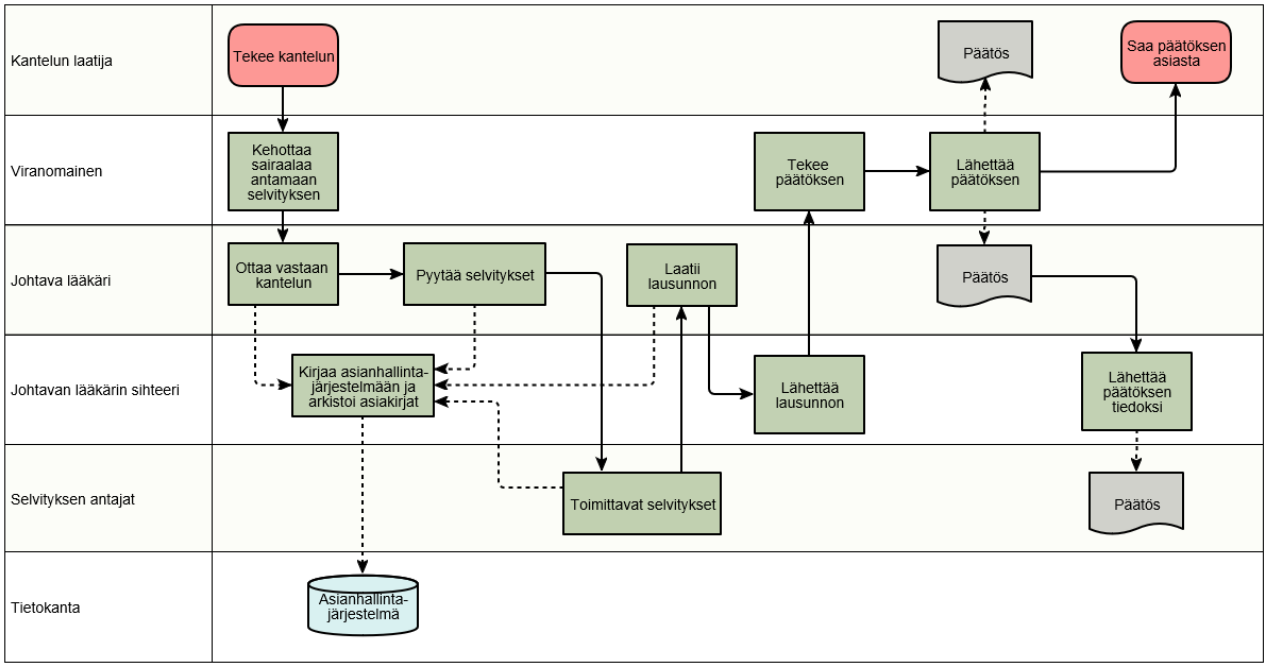
Kuvio 2. Mielentilatutkimuspalautteen prosessi

Potilaille suunnattu kysely toteutettiin 21.10.–3.11.2024, ja vastaajista 27 % arvioi hoidon erinomaiseksi, 61 % hyväksi, 12 % huonoksi, 79 % koki tulleensa hyvin kohdelluiksi, 17 % eri mieltä ja 4 % ilmoitti, ettei kysymys koskenut heitä. Kyselyn tuloksia hyödynnetään osana yksiköiden toiminnan suunnittelua.

Potilaslain mukaiset *muistutukset / kantelut* käsitellään kohtuullisessa ajassa. 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

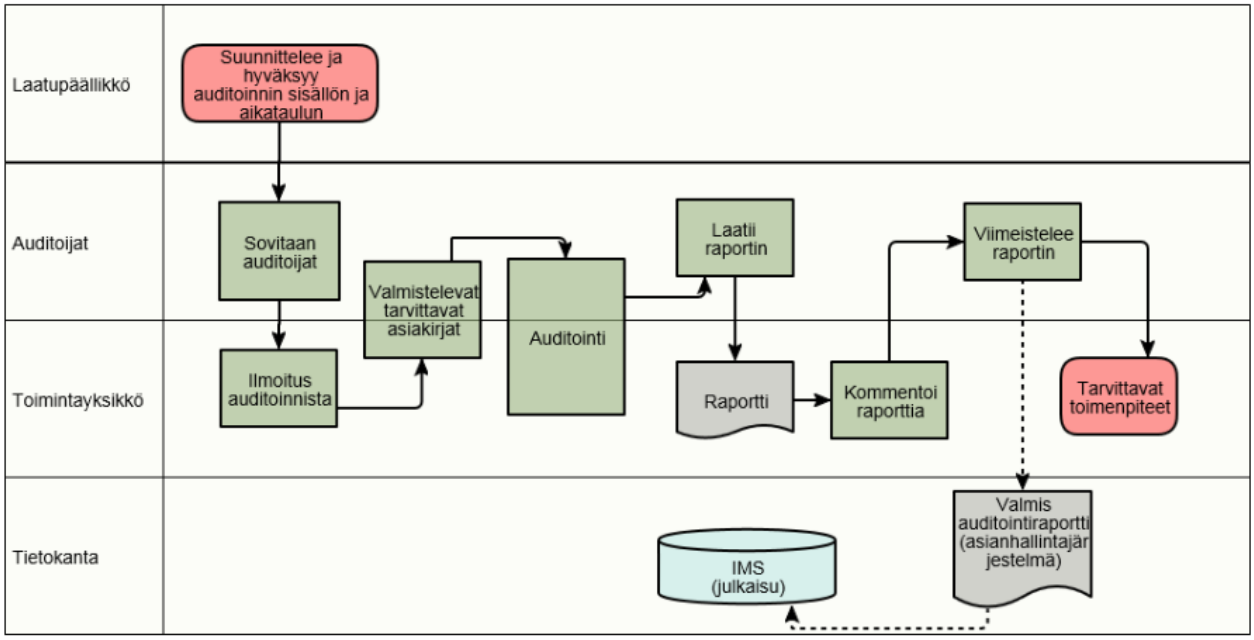
Muistutuksia ja kanteluita seurataan ja ne, sekä niiden johdosta tehdyt toimenpiteet kuvataan toimintakertomuksessa.

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

Sairaalassa tehdään vuosittain kysely palvelunostajille. Vuonna 2024 palvelujen laatu sai kyselyssä arvosanan 3,94 (asteikolla 1–5). Kyselyn tuloksia hyödynnetään kehittämistyössä. Potilaat ja läheiset voivat antaa palautetta myös suoraan toimintayksiköiden esihenkilöille puhelimella 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.



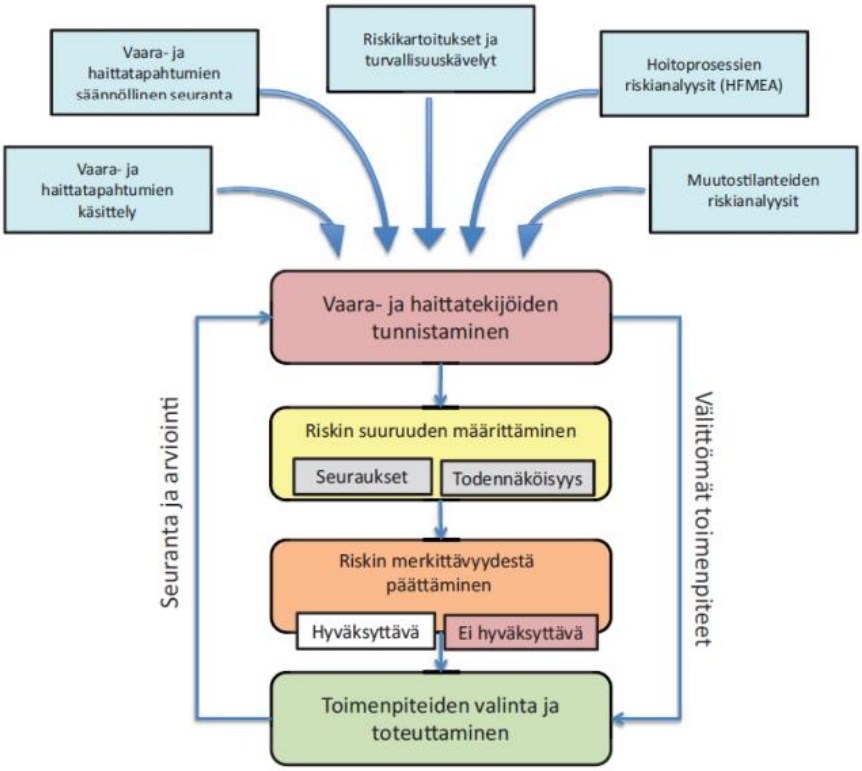
Kuvio 5. Sisäinen auditointiprosessi

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

Niuvanniemen sairaalassa käytetään IMS-toimintajärjestelmää keskeisten prosessien kuvaamiseen ja ohjeiden ylläpitämiseen. Prosessikuvaukset kattavat potilaiden hoitoon liittyvät toiminnot Niuvanniemen sairaalassa ja valtakunnallisella poliklinikalla. Prosessikuvaukset kuvaavat potilaan hoidon etenemistä prosessista toiseen hoidon aikana ja ne ohjaavat ja määrittelevät eri ammattiryhmien toimintaa ja prosessien rajapintoja. Jokaiselle prosessille on määritelty prosessinomistaja. Prosessikuvaukset uudistetaan toukokuuhun 2026 mennessä.

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 seurantaa, 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 / kuvaamisten 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 koordinoi 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 omavalvontasuunnitelman laadinnasta ja päivityksestä, suunnitelman hyväksyy johtava lääkäri. Suunnitelma katselmoidaan vuosittain tai tarvittaessa sairaalan johtoryhmässä.

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 Käypä hoito-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.

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

Työyksiköiden esimiehet vastaavat laadun- ja potilasturvallisuuden toteutuksesta ja koordinoinnista työyksiköissä. Heidän tehtävänään 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 toteuttamissa. Laatupäällikön vastuulla on laatuvastaavien, toimintayksiköiden itsearviointien sekä sisäisten auditoijien toiminnan ohjaaminen ja koordinointi sekä ulkoisten auditointien järjestelyt.

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

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

Työsuojelupäällikkö toimii työnantajan edustajana työpaikan työsuojeluyhteistoiminnassa ja vastaa työturvallisuus- ja henkilöriskeihin liittyvän tiedon hankkimisesta ja päivittämisestä 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 toimenpidesuositukset, 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 (hygieniaohjeet ja infektioiden torjunnan seuraaminen)

- Ehkäisee infektioita 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 infektiotyöryhmään (=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 tietoturvatiedottamisesta 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 systeemianalyysiin koulutetuista työntekijöistä.

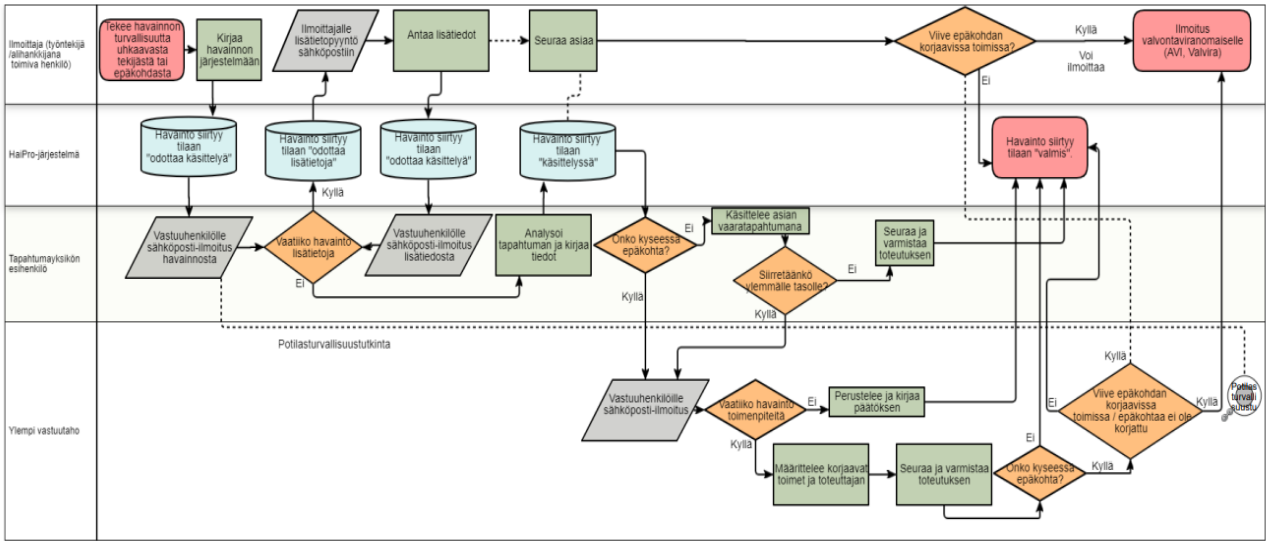
4. Menettelytavat joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen (oppiminen ja kehittäminen) ja mahdollisten epäkohtien ilmoittamiseen

Sairaalassa toteutetaan vuosittain yksikkökohtaisesti moniammatillisesti toiminnan arviointi ja suunnittelu ja tulokset raportoidaan yksikön johdolle. Koko henkilökunta osallistuu arviointiin ja suunnitelmien laadintaan toimenkuviensa mukaisesti.
Yksikön johto esittelee toiminnan arvioinnin ja suunnittelun keskeiset havainnot laajennetulle johtoryhmälle sairaalan toiminnan kokonaiskuvan muodostamiseksi. Sairaalan johto käsittelee saamansa toimintatiedon ja hyödyntää sitä sairaalan toiminnan strategisessa suunnittelussa.

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

Sairaalassa toteutettiin laaduntunnustuksen ylläpitoauditointi syyskuussa 2025. Auditointi kohdistui otantaperiaatteella sairaalan eri yksiköihin ja haastateltavat edustivat sairaalan eri ammattiryhmiä. Auditoinnin tuloksia hyödynnetään sairaalan jatkuvan parantamisen menettelyissä. Auditoinnin johdosta tehtyjä toimenpiteitä seurataan yksiköiden laadunarvioinnissa kuten itsearvioinneissa ja auditoinneissa. Auditoinnissa saatuihin lisänäyttöpyyntöihin vastataan 3.12.2025 mennessä.

Henkilökunnan ja potilaiden / läheisten on mahdollista tehdä vaaratapahtuma/-epäkohtailmoitus havaituista potilaalle vaaraa aiheuttavista asioista.



Kuvio 7. Vaaratapahtumien ja epäkohtien raportointi- ja oppimisprosessi

Yksiköt saavat itse palautetta omasta toiminnastaan ja laatupäällikkö koostaa auditointien sekä itsearviointien keskeiset tulokset sairaalan laajennetulle johtoryhmälle kerran vuodessa omavalvontaraportissa (entinen laatu- ja potilasturvallisuusraportti), 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

Sairaalassa toteutetaan skitsofrenian Käypä hoito -suositusta huomioiden potilaiden hoitoon liittyvät erityispiirteet. Suosituksen toteutumista seurataan aktiivisesti, ja sen toteutumisaste vuositasolla on 87,4 %. Käypä hoito-suosituksen toteuman seurannassa tehtyihin havaintoihin reagoidaan hoidon laadun varmistamiseksi toimintayksiköittäin sekä organisaatiotasolla.

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.

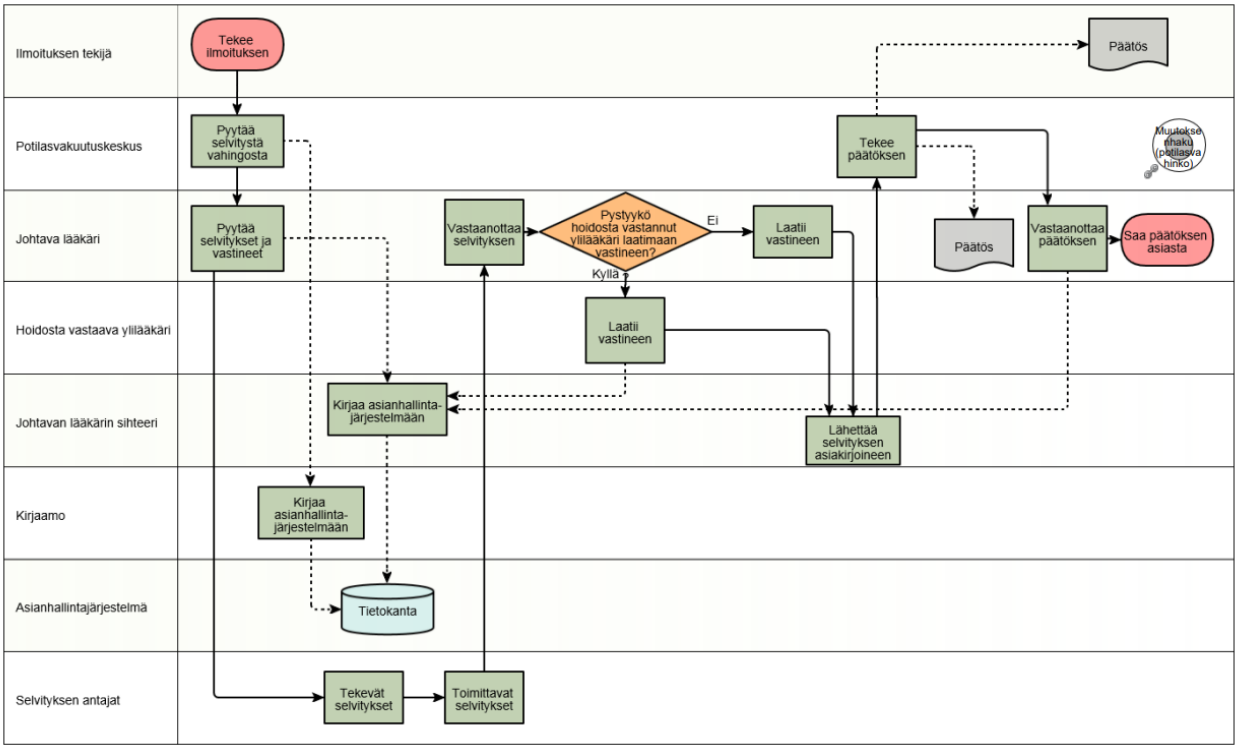
Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittamista koskevat periaatteet on ohjeistettu sekä toimintaohje julkaistu, jos toiminnassa on havaittavissa potilaan huonoa tai epäasiallista kohtelua.

5.1 Menettelytavat havaittujen epäkohtien puutteellisuuksien 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.



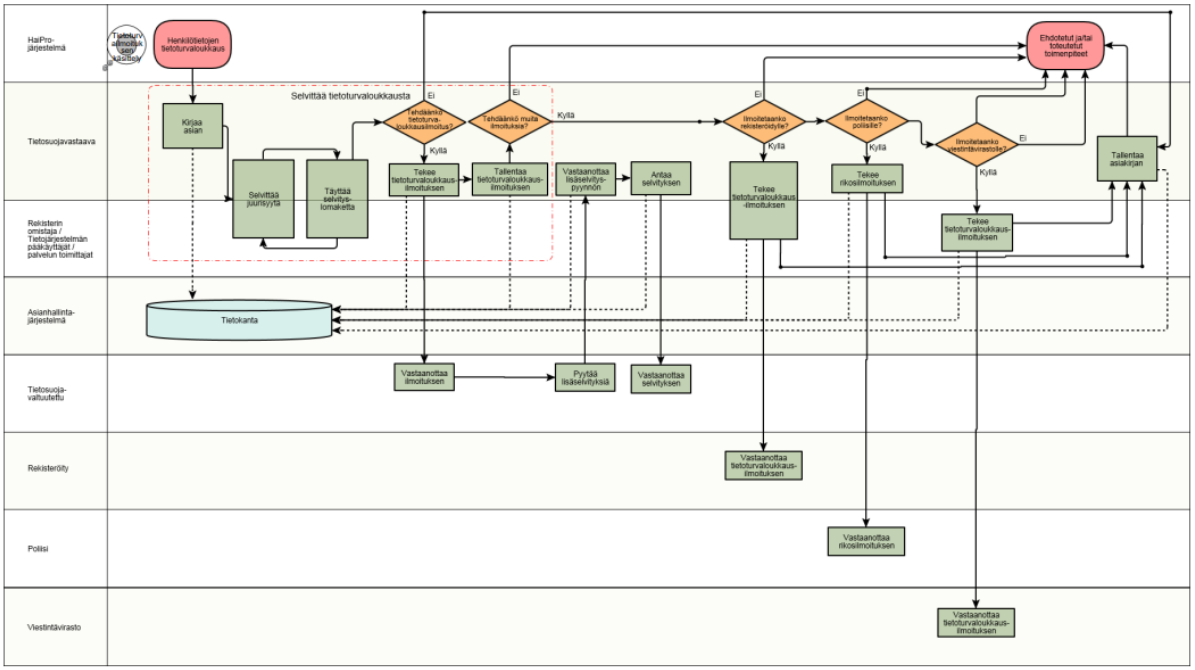
Kuvio 8. Prosessi potilasvahingon tapahtuessa

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, potilasasiakirjoihin tehtävän dokumentaation sekä potilaiden hoidon suunnittelupalavereiden kautta. Toimintayksiköstä toiseen tieto siirtyy yksiköiden esimiesten välisissä kokouksissa ja potilaskohtaisesti erillistä osastosiirtoja 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 tiedonhallinmallin mukaisesti. Tietoturva- ja tietosuojapoikkeaman ilmoittamisesta on ohjeistettu organisaatiossa ja tietoturvaloukkauksen sattuessa prosessi on laadittu (kuvio 9). Tietoturvaan/ -suojaan liittyvät poikkeamat käsitellään tietoturvatyöryhmässä säännöllisesti.



Kuvio 9. Prosessi tietoturvaloukkauksen tapahtuessa

Sairaalan tavoitteena on, ettei toiminnassa tapahdu tietoturvaloukkauksia.

Tietoturvasuunnitelma katselmoidaan tietoturvatyöryhmän 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 sosiaali- 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 lääkärillä, hoitotyön vastuualueen osalta johtavalla ylihoitajalla ja tukipalvelujen osalta talousjohtajalla. Henkilöstön kokonaismäärää arvioidaan suhteessa sairaalan henkilötyövuosiin ja potilasmäärään vuoden aikana (sairaalan HTV / potilaiden ka. määrä vuoden aikana). Kokonaismäärää arvioidaan vuoden 2025 viimeisessä raportissa.

Toiminnan kannalta kriittiset henkilöstöresurssit pyritään varmistamaan työnjohdollisesti esimerkiksi tehtävien jaolla, varahenkilö- ja sijaisjärjestelyin sekä erilaisin tavoitettavuusjärjestelyin. Henkilöstön riittävyydestä 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, henkilökortti 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 ammattioikeudet JulkiTerhikistä / JulkiSuosikki-tietopalvelusta. Alaikäisten kanssa työskentelevät esittävät rikosrekisteriotteen ennen työn aloittamista.

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

Työtä hakevilta opiskelijoilta vaaditaan opintorekisteriote, josta selviää opiskelun vaihe, suoritetut 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 tehtävänkuvaus 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. Perehdytyksen runkona toimii kirjallinen perehdytyssuunnitelma, jossa laatu- ja turvallisuusnäkökulmat on huomioitu. Perehdytettävälle 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 vaaratapahtumatyypit 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 perehdyttämiselle 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 poikkeamamenettelyistä. Lääkehoitotyöryhmä valmistelee lääkehoitosuunnitelman ja johtava lääkäri hyväksyy sen. Sairaalan lääkehoitosuunnitelma ei ole julkinen dokumentti.

6.3. Terveydenhuollon 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 laatusertifioitua huoltopalvelua laboratoriolaitteille, lääkintälaiteille ja välinehuollon laitteille tarjoavalta palveluntarjoajalta
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 tarkoitetut tiedot ennen 1.1.2027. 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 terveydellisiltä 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 remontoidessa. 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, sisäinen ja ulkoinen tarkastus, auditoinnit) sisältö, menettelytavat sopimusrikkotilanteissa sekä varautumismenettelyt ja toiminnan jatkuvuuden hallinta häiriö- ja poikkeustilanteissa. Sopimusohjauksessa käytetään apuna asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen check-listaa soveltuvin osin.

Sopimusten elinkaarta tarkastellaan sopimushallinnan näkökulmasta vuosittain sekä tehdään kilpailutussuunnitelma/kalenteri päättyville sopimuksille, jotta voidaan varmistaa palveluiden ja tavaroiden keskeytyksetön saanti sairaalan toiminnan jatkuvuuden näkökulmasta. Sairaalan sopimuskokonaisuutta arvioidaan myös jatkuvasti myös tarvelähtöisesti ts. mitä palveluita/tavaroita tarvitaan tulevaisuudessa jo olemassa olevien sopimusten lisäksi. Jatkuvaa arviointia suoritetaan myös sopimusten sisällön näkökulmasta yhdessä sopimustoimittajien kanssa (ohjausryhmät ja asiakastapaamiset, reklamaatiot ja avoin ad hoc yhteydenpito). Näillä toimilla pyritään varmistamaan sopimuksen täyttyminen, sopimusriskien minimoiminen, virheiden ennaltaehkäisy sekä lakisääteinen vaatimusten noudattaminen.

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 sovitaan esim. säännöllisiä ja systemaattisia seuranta- ja arviointikokouksia.

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

Sopimusten allekirjoittaja (talousjohtaja, johtava lääkäri tai molemmat yhdessä) ovat sopimusoikeudellisessa vastuussa sopimukseen sitoutumisesta taloudellisesti, juridisesti ja sisällön suhteen.