SYDÄNSAIRAALA NOVA

OMAVALVONTASUUNNITELMA

Omavalvontasuunnitelman sisältö

1. Palvelujen tuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot....3
1.1 Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot....3
1.2 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet....3
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako....4
2.1 Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen....4
2.2 Johtamisvastuut....4
2.3 Henkilöstön osallistuminen ja perehdytys omavalvontaan....4
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat....5
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen....5
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen....5
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen....6
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen....11
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen....12
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely....12
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta....13
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä....13
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi....14
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi....14
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi....14
Omavalvontasuunnitelmaa täydentävät asiakirjat....15

1. Palvelujen tuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan ja palveluyksikön perustiedot

Palvelujen tuottaja:	**TAYS Sydänkeskus Oy** (Sydänsairaala)
Palvelujen tuottajan Y-tunnus:	**2298047–6**
Palvelujen tuottajan postiosoite:	PL2000, 33521 Tampere
Palveluntuottajan terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja:	Toimitusjohtaja, johtava ylilääkäri **Pasi Lehto** • puhelin: 050 5735117 • sähköposti: pasi.lehto@sydansairaala.fi
Palveluyksikön vastuuhenkilöt:	Palvelujohtaja, ylilääkäri Kai Nyman • puhelin: 041 7308151 • sähköposti: kai.nyman@sydansairaala.fi Palvelupäällikkö Tommi Vilen • puhelin: 041 7308160 • sähköposti: tommi.vilen@sydansairaala.fi
Palveluyksikön käyntiosoite	Sydänsairaala Nova Hoitajantie 3 40620 Jyväskylä

1.2 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Sydänsairaalan arvot kaikessa toiminnassa ovat

- **Korkea laatu ja osaaminen**: Teemme aina työmme tinkimättömällä laadulla. Korkeatasoista ja monimuotoista osaamista kehitetään ja ylläpidetään.
- **Asiakaslähtöisyys**: Palvelut ovat asiakaslähtöisiä. Hoitoonpääsy on sujuvaa ja nopeaa. Kuuntelemme ja välitämme.
- **Luottamus**: Olemme luotettava hoitopaikka, työnantaja ja kumppani. Luotamme toisiimme ja teemme, mitä lupaamme.

Sydänsairaalan toiminta-ajatuksena ja perustehtävänä ovat sydänpotilaan vaikuttava ja kustannustehokas hoito, joiden tavoitteena on hyvä sydänterveys ja sujuva arki.

Sydänsairaalan tavoitteena on olla

- **Valituin** sydänpotilaan hoitopaikka, työpaikka ja kumppani Suomessa
- **Vaikuttavin** sydänpotilaan hoitopaikka Suomessa
- **Vastuullisin** sydänpotilaan hoitopaikka Suomessa

Sydänsairaala Nova vastaa Keski-Suomen hyvinvointialueen kardiologian erikoisalan julkisten hoidollisten palvelujen tuottamisesta ja kehittämisestä sopimusperusteisesti. Sydänsairaala Novan palvelut koostuvat kardiologian erikoisalalle kuuluvien sydänsairauksien tutkimisesta, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta, pois lukien lapsipotilaat. Sydänsairaala Novassa sairaalatoiminnot kattavat avohoidon, kardiologiset toimenpidehoidot, sydänosasto-, sydänvalvontahoidon.

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Tämä omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki TAYS Sydänkeskus Oy:n Sydänsairaala Novassa tuottamat kardiologiset erikoissairaanhoidon palvelut, sisältäen myös mahdolliset alihankinta- ja ostopalvelut. Omavalvontasuunnitelma toimii Sydänsairaala Novan henkilöstön käytännön työtä ja toimintaa ohjaavana dokumenttina.

2.1 Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen

Omavalvontasuunnitelman hyväksyjänä toimii Sydänsairaalan johtava ylilääkäri. Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa johtava ylilääkäri Sydänsairaalan johtamismallin mukaisesti yhteistyössä organisaation laatupäällikön kanssa.

Omavalvontasuunnitelma tallennetaan ja ylläpidetään säännöllisesti valvontalain vaatimalla tavalla, huomioiden dokumentin asianmukaiset hyväksymis- ja katselmointikäytännöt ja -merkinnät sekä versiointi. Sydänsairaalan koko henkilöstöllä on pääsy tarkastelemaan ajantasaista omavalvontasuunnitelmaa, joka on löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä. Henkilöstölle tiedotetaan suunnitelman mahdollisista sisällön päivityksistä ja muutoksista Sydänsairaalan sisäisten viestintäkanavien kautta. Omavalvontasuunnitelma on myös julkisesti saatavilla Sydänsairaalan verkkosivuilla ja pidetään julkisesti nähtävänä palveluyksikössä.

2.2 Johtamisvastuut

Sydänsairaala Novan terveydenhuollon palveluista vastaavana johtajana toimii Sydänsairaalan johtava ylilääkäri. Palveluista vastaava johtaja huolehtii laissa säädetyistä velvollisuuksista Sydänsairaalan johtamismallin mukaisesti.

Sydänsairaala Novassa hoidollista toimintaa organisoivina vastuuhenkilöinä ja henkilöstön esihenkilöinä toimivat lääketieteellinen johtaja, palvelujohtaja, palvelu- ja toimintopäälliköt sekä palveluvastaavat. Johtamisorganisaatioon nimettyjen ja esihenkilötehtävissä toimivien henkilöiden tehtävät, valtuudet, vastuu ja raportointimallit on kuvattu tehtävittäin laadituissa tehtäväkuvauksissa. Henkilöstöjohtaja vastaa työlainsäädännön ja työehtosopimusten noudattamisesta palveluyksiköissä.

2.3 Henkilöstön osallistuminen ja perehdytys omavalvontaan

Henkilöstön perehdytyksessä on käytössä Sydänsairaalan organisaatiotasoinen perehdytyssuunnitelma, jossa on määritelty jokaisen uuden työntekijän kanssa perehdytysjakson aikana läpikäytävät aihealueet. Lisäksi yksiköillä ja ammattiryhmillä on käytössään tarkemmin omaa toimintaa käsittelevät perehdyttämisohjelmat. Perehdytysjaksojen pituudet vaihtelevat yksiköittäin ja ammattiryhmittäin. Perehdytyksestä vastaa ensisijaisesti perehdytettävän työntekijän esihenkilö ja perehdytyksen toteutuminen dokumentoidaan Sydänsairaalan henkilöstöjärjestelmään.

Omavalvontaan liittyviä sisältöjä käydään läpi perehdytysprosessin aikana perehdytyssuunnitelmien ja -tarkistuslistojen mukaisesti. Omavalvontaan liittyvän tietoisuuden ja osaamisen ylläpitäminen toteutuu aiheeseen liittyvien koulutusten ja organisaation sisäisen tiedottamisen kautta.

Jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen vastuu toimia turvallisesti sekä ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, riskeistä ja kehittämiskohteista. Sydänsairaalalla on käytössä em. asioista ilmoittamiseen soveltuvat järjestelmät ja viestintäkanavat. Havaintoja hyödynnetään omavalvontasuunnitelman päivittämisessä.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Kiireettömät potilaat tulevat Sydänsairaalan palveluiden ja hoidon piiriin lähetteellä. Lähetteiden viiveetön käsittely varmistetaan siihen kohdennetuilla henkilöstöresursseilla. Sydänsairaalalla on laadittuna henkilöstön saatavilla olevat prosessikuvaukset ja ohjeistukset lähetekäsittelyn eri vaiheisiin.

Kaikki saapuvat lähetteet käsitellään saapumisen jälkeen niin nopeasti kuin mahdollista, kuitenkin viimeistään terveydenhuoltolaissa erikoissairaanhoidon lähetekäsittelylle asetetun 21 vuorokauden aikarajan kuluessa. Lähetekäsittelyn ja hoidontarpeen arvioinnin määrittämisen jälkeen potilaan tarvitsema hoito annetaan niin pian kuin mahdollista, kuitenkin viimeistään terveydenhuoltolaissa erikoissairaanhoidon hoitoonpääsylle asetetun 180 vuorokauden aikarajan kuluessa. Päivystyspotilaat ohjautuvat hoitoon ensihoitoyksiköiden kautta kiireellisyysarvion mukaisesti.

Sydänsairaalalla on käytössä raportointikanavat keskimääräisten hoitoonpääsyaikojen ja terveydenhuoltolaissa määriteltyjen hoitotakuun määräaikojen seurantaan. Vastuuhenkilöt vastaavat hoitoonpääsyn toteutumisesta lainsäädännön vaatimusten ja Sydänsairaalan organisaation asettamien tavoitteiden puitteissa.

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Potilaalle annettaviin palveluihin liittyvä yhteistyö ja tiedonkulku Sydänsairaalan palveluyksikköjen välillä varmistetaan dokumentoiduilla sisäisillä prosesseilla ja vastuunjaoilla. Palveluyksikkö tekee myös paikallisesti monialaista yhteistyötä Nova-sairaalassa Keski-Suomen hyvinvointialueen yksiköiden kanssa. Yhteistyöstä ja käytänteistä on erilliset yksiköiden yhteisesti sopimat toimintamallit, jotka varmistavat potilaalle sujuvan hoitopolun.

Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Sydänsairaalan valmius- ja jatkuvuudenhallinnan työkaluna käytetään organisaation yhteistä valmius- ja varautumissuunnitelmaa, jonka avulla varmistetaan, että organisaatio pystyy toimimaan häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa mahdollisimman häiriöttömästi. Suunnitelma kattaa ennaltaehkäisyn, valmiussuunnittelun ja toimenpiteet, joilla varmistetaan toiminnan jatkuvuus. Varautumissuunnitelma on organisaation työkalu, jonka avulla se pystyy paremmin hallitsemaan toimintaympäristönsä muutoksista aiheutuvia haasteita.

Riskienhallinta ja ennakointi ovat osa varautumista: kriittisten ja merkittävien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta ovat organisaation toiminnan kannalta ensiarvoisen tärkeitä sekä keskeinen osa organisaation strategista ja operatiivista suunnittelua. Riskit ja riskienhallinta ovat dokumentoituna ja ylläpidettynä Sydänsairaalan Granite-järjestelmässä.

Valmius- ja varautumissuunnitelma sisältää myös toiminnan jatkuvuussuunnitelman. Jatkuvuussuunnittelu on jatkuva prosessi, jonka tarkoituksena on turvata yrityksen toiminta normaalioloista poikkeavissa häiriötilanteissa sekä yhteiskunnallisissa poikkeustilanteissa. Jatkuvuussuunnittelu on osa

jatkuvuudenhallintaa ja jatkuvuussuunnittelun konkreettinen tuotos on jatkuvuussuunnitelma. Jatkuvuussuunnitelma koostuu mm kriisienhallintasuunnitelmasta ja toipumissuunnitelmasta sekä varautumissuunnitelmasta. Jatkuvuussuunnitelma on osa riskienhallintaa, laadun varmistusta ja tietoturvallisuutta.

Valmius- ja varautumissuunnitelman lisäksi yksiköillä on käytössään toimipistekohtaisia toimintaohjeita ja -kortteja. Em. dokumentit ovat henkilöstön löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmässä. Sydänsairaala Novan valmiussuunnittelu on yhdenmukaista Keski-Suomen hyvinvointialueen Nova-sairaalan valmiussuunnittelun kanssa.

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

Palvelujen laadulliset edellytykset

Sydänsairaalassa koko organisaatiota koskeva laadunhallintajärjestelmä pohjautuu ISO 9001 ja EN 15224 standardeihin. Näissä kansainvälisissä standardeissa noudatetaan prosessimaista toimintamallia, johon yhdistyy PDCA-malli (suunnittele, toteuta, arvioi, toimi) ja riskiperusteinen ajattelu.

Edellä mainitut standardit perustuvat seuraaviin laadunhallinnan periaatteisiin:

- Asiakaskeskeisyys
- Johtajuus
- Ihmisten täysipainoinen osallistuminen
- Prosessimainen toimintamalli
- Parantaminen
- Näyttöön perustuva päätöksenteko
- Suhteiden hallinta

Sydänsairaalan palvelujen laadun toteuttamista, mittaamista, arvioimista ja kehittämistä varten laaditun laadunhallintajärjestelmän avulla suunnataan ja ohjataan organisaatiota laatuun liittyvissä asioissa. Laadunhallintajärjestelmä on laaja kokonaisuus, jonka ylläpidon tukena käytetään siihen tarkoitettuja tietojärjestelmiä. Laadunhallintajärjestelmässä on kuvattu organisaation toimintajärjestelmä, ydin- ja tukitoimintojen prosesseja sekä tulosten mittaamista.

Sydänsairaalan laatupolitiikassa on määritelty kaikkea hoidollista toimintaa koskevat laatutavoitteet:

- Tuotamme terveysvaikuttavia palveluita yhdenvertaisesti
- Hoitoonpääsy on oikea-aikaista ja potilaiden kokemana hoitoon pääsee jonottamatta
- Asiakastyytyväisyys ja -kokemus hoidon sujuvuudesta on korkea
- Tarjottava hoito on tarpeen mukaista, vaikuttavaa ja ratkaisut tehdään potilaan edun mukaisesti
- Potilas saa selkeät ohjeet ennen hoitoa, hoidon aikana ja sen jälkeen
- Korkea lääketieteellinen ja hoitotieteellinen osaaminen sekä hoitopolku- ja prosessiasiantuntemus

Laadun jatkuvan kehittämisen ja parantamisen varmistamiseksi Sydänsairaalassa käytetään arviointimenetelminä mm. koko organisaation kattavia ulkoisia auditointeja ja johdon katselmuksia sekä prosessien ja yksiköiden sisäisiä auditointeja. Lisäksi yksiköille ja tiimeille on asetettu tarkemmin niiden omaa toimintaa koskevia laatutavoitteita, joiden toteumista seurataan erilaisten mittarinäkymien ja raportointien avulla. Arviointimenetelmien avulla koko organisaation laadun kehityssuuntaa pystytään arvioimaan tasalaatuisesti ja luotettavasti.

Palveluyksikön alaisten toimintojen riskienhallinnasta vastaavat esi- ja vastuuhenkilöt Sydänsairaalan johtamisjärjestelmässä määritettyjen johtamisen vastuualueiden mukaisesti. Esi- ja vastuuhenkilöt vastaavat siitä, että heidän johtamisvastuullaan olevien toimintojen riskienhallintaa toteutetaan Sydänsairaalan organisaation, sovellettavien laatustandardien ja Suomen lainsäädännön vaatimalla tavalla. Riskienhallinnan toteutuksen työkaluna Sydänsairaalassa käytetään Granite-järjestelmää.

Toimitilat ja välineet

Sydänsairaala Nova toimii Keski-Suomen hyvinvointialueen omistaman Nova-sairaalan tiloissa Jyväskylässä. Jyväskylässä sijaitsevat tilat on suunniteltu keskussairaalatasoiseen käyttöön. Sydänsairaalan käytössä olevat Sydänsairaala Novassa sijaitsevat tilat on vuokrattu Keski-Suomen hyvinvointialueelta.

Sydänsairaala Novan toiminnassa käytettävät tilat eivät sisällä lääkehuolto- tai laboratoriotiloja, vaan ko. palvelut hankitaan Keski-Suomen hyvinvointialueelta. Kulunvalvonta, murto- ja palosuojaus on huomioitu tilojen suunnittelussa ja käytössä. Tilapalvelut hankitaan Keski-Suomen hyvinvointialueelta.
Siivous, jätehuolto, ongelmajätteiden käsittely ym. tukipalvelutyyppiset toiminnot on järjestetty yhteistyössä
Keski-Suomen hyvinvointialueen kanssa yhteisten toimintatapojen ja menettelyjen mukaisesti. Palvelut hankitaan ostopalveluna.

Sydänsairaala Novassa tehdään säteilyn alaisia kardiologisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Ionisoivan säteilyn käyttö terveydenhuollossa edellyttää Suomessa säteilylain (859/2018) mukaista Säteilyturvakeskuksen turvallisuuslupaa. Säteilyturvallisuuskeskuksen turvallisuuslupa on myönnetty 8.1.2010. Viimeisin luvan päivitys on tehty 15.12.2022. Tunniste: 5612/L12/22

Sydänsairaala Novan toimitilojen ylläpidosta ja huollosta vastaa Keski-Suomen hyvinvointialue ja/tai sen hankkimat palveluntuottajat. Tilojen ylläpitoon sekä mahdollisiin puutteisiin ja vikoihin liittyvät ilmoitukset hoidetaan Sydänsairaalan henkilöstön toimesta hyvinvointialueen määrittelemien menettelytapojen mukaisesti.

Palveluyksikössä käytössä olevien välineiden asianmukaisuus ja käyttöön soveltuvuus varmistetaan hankintavaiheessa. Sydänsairaala Novaan tehtävistä hankinnoista vastaa pääasiassa Sydänsairaalan ei-hoidollisia tukipalveluja tarjoava tytäryhtiö SK Hankintapalvelut Oy, jossa on hankintojen toteuttamiseen vaadittavan osaamisen omaava henkilöstö sekä dokumentoidut prosessit ja toimintaohjeet hankintojen tekemisestä, sisältäen hankintojen asianmukaisuuden varmistamisen. Välineiden hankintaa varten tarvittavien määrittelytietojen toimittamisesta vastaavat esi- ja vastuuhenkilöt. Viime kädessä välineen käyttäjä vastaa siitä, että välinettä käytetään oikein ja tarkoituksenmukaisesti.

Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Työsuhteen alussa jokainen Sydänsairaalan työntekijä velvoitetaan tutustumaan organisaatiossa käytössä oleviin tietoturva- ja tietosuojaohjeistuksiin sekä allekirjoittamaan tietoturvasitoumuksen, joka sisältää myös salassapitositoumuksen. Tietoturvasitoumuksessa on huomioituna myös työntekijän sitoutuminen Sydänsairaalan omistajahyvinvointialueiden tietoturva- ja tietosuojaohjeistuksiin.

Henkilöstön tietosuojaa ja -turvaa sekä potilasasiakirjakäytäntöjä koskeva osaaminen varmistetaan perehdytysohjelman ja säännöllisen koulutuksen avulla. Henkilöstö suorittaa tietosuoja- ja tietoturva-asioista verkkokurssin Pirkanmaan hyvinvointialueen käytänteiden mukaisesti. Kurssiin sisältyy osaamistesti. Tieto kurssin suorittamisesta tallentuu Sydänsairaalan henkilöstöjärjestelmään ja kurssin suorittamista määräajoin (2 v. uusimisvelvoite) seurataan esihenkilöiden toimesta. Potilastietojen kirjaamiseen ja tietosuoja-asioihin perehdyttämisestä vastaa perehdyttäjän ja yksikön esihenkilön lisäksi tietosuojavastaava.

Tietosuojavastaava on henkilöstön konsultoitavissa virka-aikana. Tietosuojavastaavana Sydänsairaalassa toimii järjestelmäasiantuntija Pasi Hiltunen: puh. 041 730 3844. Sähköposti: pasi.hiltunen@sydansairaala.fi.

Hyvinvointialueen perustietotekniikan käyttötuki reagoi 24/7 tietoturvapoikkeamiin. Raportointiketjut tietoturva- ja tietosuojapoikkeamatilanteissa on kuvattu Sydänsairaalan tietoturvasuunnitelmassa.

Tietoturvasuunnitelman ylläpidosta vastaa Sydänsairaalan kehitysjohtaja yhteistyössä ICMT-tiimin kanssa. Tietoturvasuunnitelma on henkilöstön löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä.

Potilasasiakirjoja käsitellään ohjaavien lakien mukaisesti. Potilastietojen kirjaaja on henkilökohtaisesti vastuussa kirjauksistaan sekä salassapitokäytänteiden noudattamisesta. Sydänsairaala Novassa potilastietojen kirjaamiseen käytetään Keski-Suomen hyvinvointialueen Lifecare-järjestelmää. Ohjeet potilastietojen kirjaamisesta ovat henkilöstön käytettävissä ja löytyvät hyvinvointialueen intranetistä. Potilastietojärjestelmien käyttöä koskevia toimipistekohtaisia ohjeistuksia on löydettävissä myös Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä. Potilastietojärjestelmien käyttäjätunnuksien tilaamisesta vastaavat esihenkilöt. Käyttäjäoikeudet potilastietojärjestelmiin myönnetään työtehtävien perusteella.

Sydänsairaala Novassa hoidettavien potilaiden tiedot tallennetaan Keski-Suomen hyvinvointialueen potilasrekisteriin. Potilastietojen kirjaamisessa käytetään Keski-Suomen hyvinvointialueen Lifecare-järjestelmää. Mahdollisessa tietojen eri tahoille luovuttamista vaativissa tilanteissa sekä potilaan halutessa tarkastaa ja tarvittaessa korjata omia tietojaan, noudatetaan Keski-Suomen hyvinvointialueen voimassa olevia potilastietojen käsittelyä koskevia toimintamalleja ja -ohjeistuksia.

Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Sydänsairaalassa infektioiden torjunta perustuu ajantasaiseen ja laadukkaaseen, erilaiset olosuhteet huomioivaan infektiotorjunnan suunnitelmaan. Tartuntatautilaki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä torjumaan hoitoon liittyviä infektioita sekä lääkkeille erittäin vastustuskykyisiä mikrobeja. Tartuntatautilain mukaan jokaisen yksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita ja sen johtajan on huolehdittava tartunnan torjunnasta, potilaiden, asiakkaiden ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisesta suojauksesta ja sijoittamisesta sekä mikrobilääkkeiden asianmukaisesta käytöstä.

Infektioiden torjuntatoimista osastoilla ja henkilökunnan osaamisesta vastaavat osastojen esi- ja vastuuhenkilöt. Henkilöstön hygienia- ja infektioiden torjuntakäytäntöjä koskeva osaaminen varmistetaan perehdytysohjelman ja säännöllisen koulutuksen avulla. Sydänsairaalan henkilöstö suorittaa verkkokurssin infektioiden torjunnasta Pirkanmaan hyvinvointialueen käytänteiden mukaisesti. Kurssiin sisältyy osaamistesti. Tieto kurssin suorittamisesta tallentuu Sydänsairaalan henkilöstöjärjestelmään ja kurssin suorittamista määräajoin (5 v. uusimisvelvoite) seurataan esihenkilöiden toimesta.

Jokaisella toimipisteellä on nimetty hygieniayhdyshenkilö, joille osoitetaan säännöllistä työaikaa infektioiden torjuntatoimiin yksiköissä. Luettelo hygieniayhdyshenkilöistä löytyy Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä. Hygieniayhdyshenkilöille suunnitellaan työaikaa keskimäärin kahdeksan tuntia yhtä kolmen viikon vuorosuunnittelujaksoa kohden. Hygieniayhdyshenkilö arvioi yhdessä esihenkilönsä kanssa tarpeen ajan käytölle. Tarvittaessa hygieniayhdyshenkilöt työskentelevät yli yksikkörajojen esim. pitkän poissaolon yhteydessä.

Palveluyksikön hygienian, infektioiden torjunnan ja varotoimien toteutuksessa sovelletaan hyvinvointialueen ja Sydänsairaalan käytäntöjä. Ohjeistukset ja muut ohjaavat dokumentit kuten infektioiden torjunnan suunnitelmat ovat henkilöstön löydettävissä Keski-Suomen hyvinvointialueen intranetistä ja Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä. Infektioiden torjuntaa koskevat vastuut ja toimintamallit ovat tarkemmin kuvattuna Sydänsairaalan infektioiden torjuntasuunnitelmissa.

Sydänsairaalan yhteinen infektioiden torjunnan suunnitelma kattaa kaikki toimipaikat. Eri toimipaikkoihin on laadittu lisäksi yksikkökohtaisia hygieniaohjeistuksia, joissa huomioidaan toimipaikan hyvinvointialueen suunnitelmat ja ohjeet sekä yksikön toiminnan erityispiirteet.

Lääkehoitosuunnitelma

Sydänsairaalassa noudatetaan yhtenäisiä lääkehoidon periaatteita. Sydänsairaalan yhteinen lääkehoitosuunnitelma kattaa myös Sydänsairaala Novan alaisen toiminnan. Yhteisen lääkehoitosuunnitelman lisäksi yksiköillä on laadittuna omat erilliset lääkehoitosuunnitelmat, jotka ovat

yksityiskohtaisempia, ja joissa huomioidaan paikallisesti myös hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelmia koskevat vaatimukset ja yksikön toiminnan erityispiirteet.

Lääkehoidon kokonaisuudesta sekä Sydänsairaalan yhteisen lääkehoitosuunnitelman sisällöstä vastaa Sydänsairaalan johtava ylilääkäri. Sydänsairaalan yksikköjen lääkehoidosta sekä niiden lääkehoitosuunnitelmien sisällöistä vastaavat yksiköissä erikseen nimetyt vastuulääkärit.

Lääkehoitoon osallistuvat työntekijät kertaavat yksikön lääkehoitosuunnitelman vuosittain tai tietojen päivittyessä, jolloin käydään läpi vähintään päivitetyt kohdat. Lääkeyhdyshenkilöt, palvelupäälliköt ja toimintopäälliköt tiedottavat henkilökuntaa muutoksista. Lääkehoitosuunnitelman kertaaminen dokumentoidaan työntekijäkohtaisesti henkilöstöjärjestelmä Sympaan.

Lääkehoitosuunnitelman toteutumisen seurantaan, lääkehoidon osaamisen varmistamiseen, lääkelupiin ja lääkkeiden haittavaikutusten ilmoittamiseen liittyvät käytännöt ovat tarkemmin kuvattuna Sydänsairaalan yhteisessä lääkehoitosuunnitelmassa sekä osastojen lääkehoitosuunnitelmissa.

Kaikki Sydänsairaalan lääkehoitosuunnitelmat on laadittu STM:n Turvallinen lääkehoito –oppaan mukaisesti.

Lääkinnälliset laitteet

Sydänsairaalassa käytettävien lääkinnällisten laitteiden elinkaari, sisältäen hankinnan, ylläpidon sekä poiston, on määritelty ja kuvattu prosessikaaviona ja aukikirjoitettu laiteturvallisuussuunnitelmaan. Edellä mainitut dokumentit ovat henkilöstön löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmässä.

Lääkinnällisiä laitteita koskevan lain (719/2021) edellytyksen mukaisesti Sydänsairaalassa on toimitusjohtajan päätöksellä nimetty laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö, jonka toimenkuvana on varmistaa, että toimintayksiköt noudattavat voimassa olevaa laitteita koskevaa lainsäädäntöä sekä lain perusteella annettuja määräyksiä. Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä Sydänsairaalassa toimii sairaanhoitaja, laiteturvallisuusasiantuntija Anne-Mari Nieminen. Laiteturvallisuuden kokonaisuudesta vastaa johtava ylilääkäri. Organisaation toiminnan kattavien lainsäädännön edellyttämien velvoitteiden asettamisesta vastaa lääketieteellinen johtaja, joka toimii myös ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilön toiminnallisena esihenkilönä.

Sydänsairaalassa on käytössä laiteosaamisen varmistamisen toimintamalli. Sydänsairaalan toimintamallin ydin koostuu neljästä osa-alueesta. Näitä ovat laitekohtainen riskiarvio ja laitelistaus, riskiarvioon perustuvat osaamisen varmistamisen tavat, osaamiskriteerien tekeminen ja osaamisen varmistamisen pelisäännöt. Toimintamallissa määritellään tietotekninen ympäristö, dokumentaatio sekä toimijat ja tehtävänkuvat eri toimijoille. Henkilökunta koulutetaan ennen laitteen käyttöä ja varmistetaan ammattimaista käyttöä koskevat vaatimukset ja osaaminen.

Laiteosaamisen varmistamisen toimintamallin omistajana toimii Sydänsairaalan lääketieteellinen johtaja. Laiteosaamiskriteerien tekemistä ja osaamisen varmistamisen vastaanottamista käsittelevää koulutusta hallinnoi ja toteuttaa laiteturvallisuusasiantuntija yhteistyössä osastojen laiteyhdyshenkilöiden ja laitekohtaisten vastuuhenkilöiden ja -ryhmien kanssa. Osaamistietojen dokumentoinnista vastaavat esihenkilöt, laiteyhdyshenkilöt tai laitteiden nimetyt vastuuhenkilöt.

Toiminnan ohjaus ja prosessi poikkeavan laitteen tai tarvikkeen osalta on määritetty ja kuvattu. Vaaratilanteista tehdään asianmukaiset poikkeamailmoitukset, jotka ohjautuvat myös laitehuoltoon. Vaaratilanteista laaditaan myös Fimea-ilmoitus sekä ilmoitus valmistajan edustajalle. Lääkinnällisiin laitteisiin liittyvät käytännöt ovat tarkemmin kuvattuna Sydänsairaalan laiteturvallisuussuunnitelmassa, joka on henkilöstön löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmässä.

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Henkilöstö ja rekrytointikäytännöt

Sydänsairaala Novan henkilöstömäärä on 96 (tilanne 31.1.2026). Henkilöstö jakautuu ammattiryhmittäin seuraavasti: hoitohenkilöstöä 84 työntekijää ja lääkärihenkilöstöä 12 työntekijää. Sydänsairaala Novan työntekijät ovat suorassa työsuhteessa TAYS Sydänkeskus Oy:öön. Esi- ja vastuuhenkilöt arvioivat säännöllisesti henkilöstön riittävyyttä henkilöstöön ja toimintaan liittyvien raporttien sekä esihenkilötyön kautta saatujen tietojen avulla. Mahdollisista henkilöstöresurssin riittävyyteen liittyvien ongelmien toimenpiteistä päättää ylin johto.

Henkilöstön rekrytoinnissa noudatetaan lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Uudelta työntekijältä tarkistetaan tutkintotodistukset esihenkilön toimesta ja oikeudet toimia ammatissa tarkistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin (Terhikki-rekisteri) julkisesta tietopalvelusta HR-sihteerien toimesta. Opiskelijoina sijaisuuksissa toimivilta tarkistetaan koulutusvaiheen riittävyys sijaisena toimimiseen (esim. sairaanhoitajat 140 opintopistettä). Rekrytoitavat henkilöt haastatellaan ja samalla varmistetaan riittävä kielitaito. Rekrytoinnin periaatteet on kuvattu tarkemmin Sydänsairaalan henkilöstökäsikirjassa.

Perehdytys

Sydänsairaalalla on yhteinen perehdytysohjelman ja -tarkistuslistan sisältävä perehdytyssuunnitelma, joka käydään läpi jokaisen Sydänsairaalan uuden työntekijän kanssa. Lisäksi yksiköillä ja ammattiryhmillä on omat perehdytyssuunnitelmat uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Lääketieteen opiskelijoiden ja erikoistuvien lääkärien ohjaus tapahtuu yliopiston ohjeistuksen mukaisesti (mm. "lokikirjat"). Yksiköiden perehdytyssuunnitelmat ovat löydettävissä Sydänsairaalan IMS-järjestelmästä.

Perehdytyksessä ja perehdytyssuunnitelmissa on potilaiden hoitoon osallistuvan henkilöstön osalta erityisesti huomioitu perehtyneisyys potilasasiakirjakäytäntöihin, organisaation ja yksikön lääkehoitosuunnitelmiin sekä lääkehoidon käytäntöihin ja vastuihin. Sydänsairaalassa on käytössä laiteosaamisen toimintamalli, joka sisältää ammatillisesti käytettävien laitteiden käyttöön perehtymisen ja osaamisen hallinnan. Henkilöstö perehdytetään työtehtävien vaatimien ammatillisten laitteiden käyttöön laiteosaamisen toimintamallin mukaisesti.

Perehdytyksen toimintamalli on kokonaisuutena kuvattu tarkemmin perehdytyssuunnitelma ja –tarkistuslista dokumentissa. Lääkehoitoon perehdyttämistä on kuvattu tarkemmin Sydänsairaalatasoisessa lääkehoitosuunnitelmassa.

Osaaminen ja työhyvinvointi

Ammatillisen osaamisen varmistamiseksi koulutukseen budjetoidaan vuosittain 1 % palkkasummasta. Jokaiselle ammattiryhmälle ja yksikölle tehdään omat yksilölliset koulutussuunnitelmat osaamisen varmistamiseksi ja tähän kohdennettua budjettia hyödyntäen. Työntekijöiden kanssa pidetään vähintään vuosittain henkilökohtaiset kehityskeskustelut, joissa yhtenä osa-alueena arvioidaan koulutus- ja osaamisen kehittämisen tarpeita. Henkilökunnan osaamisen varmistaminen ja ammattiryhmäkohtaiset, määräajoin toistuvat koulutukset on kuvattu tarkemmin Sydänsairaalan henkilöstökäsikirjassa sekä erillisissä ammattiryhmäkohtaisissa koulutusvaatimuksia koskevissa määrittelydokumenteissa.

Sydänsairaalan työterveyshuollon palvelut ostetaan kilpailutetun sopimuksen mukaisesti terveyspalveluyhtiö Mehiläiseltä. Henkilöstön työhyvinvointia arvioidaan kuukausittaisella Vire-

mittauskyselyllä, henkilöstöltä saatavalla palautteella, työsuojelutoimijoiden huomioilla, sairauspoissaolojen lukumäärällä ja kehityssuunnalla sekä yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Työhyvinvoinnin ylläpitoon kohdennettua Tyhy-rahaa budjetoidaan vuosittain 0,2 % palkkabudjetista.

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Palveluyksikön asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaa palvelujohtaja (kts. yhteystiedot luku 1.1) yhteistyössä palvelu- ja toimintopäällikköjen kanssa.

Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus

Potilaat ohjautuvat Sydänsairaalaan pääasiassa lähetteillä. Sydänsairaala hoitaa kaikki lähetteillä hoitoon ohjatut kardiologiset potilaat hoidontarpeen arvion perustuen. Hoidontarpeen arvioinnissa, hoidon suunnittelussa ja palvelujen toteuttamisessa ketään ei aseteta ilman hyväksyttävää perustetta eri asemaan henkilöön liittyvän syyn perusteella. Palveluiden esteettömyys varmistetaan huomioimalla potilaiden mahdolliset liikunta- ja toimintarajoitteet tilojen ja niihin liittyvien muutosten suunnittelussa. Palveluiden saavutettavuus varmistetaan käyttämällä mm. selkokieltä ja ruudunlukua tukevia ratkaisuja potilaille suunnatuissa dokumenteissa ja digitaalisissa palveluissa. Kielellisten oikeuksien toteutuminen varmistetaan käyttämällä tilannearvion mukaan salamatulkkaus- sekä etä- ja lähitulkkauspalveluita. Tulkkauspalvelujen käytöstä on laadittu erillinen henkilöstön saatavilla oleva ohjeistus.

Potilasasiavastaava

Keski-Suomen hyvinvointialue vastaa Sydänsairaalan Novan potilasasiavastaavatoiminnasta. Potilasasiavastaava toimii potilaan oikeuksien ja oikeusturvan edistämiseksi, antaa potilaille ja heidän läheisilleen neuvontaa potilaan oikeuksiin liittyvissä asioissa sekä neuvoo ja tarvittaessa avustaa muistutuksen tekemisessä (laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023, 8 §). Potilasasiavastaava on puolueeton neuvoessaan potilasta tai hänen läheistään ja on vaitiolovelvollinen. Potilasasiavastaava ei tee päätöksiä, eikä ota kantaa lääketieteellisesti perusteltuihin ratkaisuihin. Palvelu on potilaalle maksuton. Keski-Suomen hyvinvointialueen potilasasiavastaavatoimintaa koskevia tietoja, sisältäen yhteystiedot, on löydettävissä Keski-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla osoitteessa https://www.hyvaks.fi/asiakkaana/potilasasiavastaava

Sydänsairaala Novan toimipisteistä ja Sydänsairaalan verkkosivuilla on myös saatavilla tietoa potilasasiavastaavan yhteystiedoista ja toiminnasta sekä potilaan oikeuksista. Sydänsairaalan verkkosivuilla on löydettävissä suora linkki, jonka kautta pääsee täyttämään muistutuslomakkeen. Sydänsairaalan intranet-sivuilla on myös henkilöstön tulostettavissa oleva muistutuslomake potilaalle tarvittaessa annettavaksi.

Asiakaspalautteiden käsittely

Sydänsairaalassa kerätään asiakaspalautetta aktiivisesti ja systemaattisesti. Jokaisella Sydänsairaalan potilaalla ja potilaan läheisellä on mahdollisuus antaa palautetta toiminnasta. Osastoilla ja poliklinikoilla asiakastyytyväisyyttä ja -palautetta seurataan vapaasti täytettävissä olevien verkko- ja paperilomakkeiden lisäksi myös hoitojakson tai käynnin jälkeen automaattisesti tekstiviestitse toimitettavilla palvelukokemus- ja tyytyväisyyskyselyillä.

Sydänsairaala Nova käyttää asiakaspalautteen keräämisessä ja dokumentoinnissa pääasiassa Keski-Suomen hyvinvointialueen asiakaspalautejärjestelmää. Asiakaspalautteen raportoinnin ja analysoinnin työkaluna

käytetään Sydänsairaalan raportointijärjestelmää. Palautetta on mahdollista antaa myös Sydänsairaalan verkkosivuilla olevan lomakkeen kautta. Dokumentoiduista asiakaspalautteista ja asiakastyytyväisyyden kokonaistilanteesta informoidaan johtoa, vastuuhenkilöitä sekä henkilöstöä säännöllisesti. Keskeisimpänä asiakkaiden tyytyväisyyttä raportoivana mittarina käytetään halukkuutta suositella Sydänsairaalaa hoitopaikkana (NPS-indeksi).

Asiakastyytyväisyyttä käsitellään kuukausittain johtoryhmän ja hallituksen kokouksissa sekä osana vuosittaista johdon katselmusta ja hallituksen osavuosikatsauksia. Asiakaspalautteita käydään läpi myös yksiköiden kokouksissa ja päätetään tarvittaessa toimintatapojen muutoksista. Kaikkiin niihin palautteisiin vastataan, joissa palautteen antaja on kirjannut yhteystietonsa lomakkeelle. Yksittäisiin työntekijöihin kohdistuvat negatiiviset asiakaspalautteet käsitellään esihenkilön ja kyseisen työntekijän kesken yksityisesti. Potilaan tekemät muistutukset ja vahinkoasiat käsitellään asianosaisten kanssa. Toimintaa kehitetään ja arvioidaan sekä yksikkötason kokouksissa että palvelualueiden vastuuryhmissä säännöllisesti. Ylilääkärit käsittelevät omaa palvelualuettaan koskevat muistutukset ja tarvittaessa päättävät toiminnan korjaamisesta yhteistyössä palvelualueen johtoryhmän kanssa.

Muistutusten käsittely

Terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja vastaa siitä, että muistutukset käsitellään huolellisesti ja asianmukaisesti. Muistutuksessa kuvattu asia on tutkittava puolueettomasti ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta potilas voi pitää asian selvittämistä luotettavana ja kokee tulleensa kuulluksi. Muistutuksessa annettavassa ratkaisussa on käytävä ilmi, mihin toimenpiteisiin muistutuksen johdosta on ryhdytty ja miten asia on muuten ratkaistu. Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei voi hakea muutosta, mutta asia voidaan ottaa uudelleen käsittelyyn, mikäli jotain uutta tietoa sen osalta tulee ilmi. Muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat säilytetään omana arkistonaan erillään potilasasiakirja-arkistosta. Mikäli muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat sisältävät potilaan hoidon kannalta oleellista tietoa, ne voidaan liittää siltä osin potilasasiakirjoihin.

Sydänsairaalassa ylilääkäri arvioi muistutuksen ja potilaalle vastataan muistutukseen kohtuullisessa ajassa, enintään kuukauden kuluessa. Kirjalliseen tai suulliseen muistutukseen vastataan kirjallisesti. Lisäksi potilaille tarjotaan mahdollisuutta tulla keskustelemaan tapahtumista henkilökohtaisesti Sydänsairaalan johdon edustajien sekä muistutuksen kohteena olevien henkilöiden kanssa.

Muistutuksiin liittyvät toiminnan korjaustarpeet käsitellään ja päätetään palvelujohtajan toimesta ja käytännön toteutuksesta sovitaan kyseisen yksikön / ammattiryhmän kanssa. Lääkärimeetingeissä käydään läpi potilasvahinkoihin johtaneet tapaukset ja pohditaan toiminnan muutostarpeet.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Sydänsairaala tiedottaa henkilöstölle lakisääteisestä ilmoitusvelvollisuudesta. Henkilöstön tulee ilmoittaa viipymättä havaitsemastaan tai tietoonsa saamastaan asiakkaan tai potilaan palvelujen toteuttamiseen liittyvästä epäkohdasta, epäkohdan ilmeisestä uhasta tai muusta lainvastaisuudesta sovittujen menettelyjen mukaisesti. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei kohdisteta kielteisiä vastatoimia ilmoituksen vuoksi.

Havaitut epäkohdat tiedotetaan lähiesihenkilöille ja johtamisorganisaation mukaisesti tehdään tarvittavat päätökset korjaustoimenpiteistä. Henkilöstön epäasialliseen käyttäytymiseen liittyvät ilmoitukset tehdään ja käsitellään Sydänsairaalan henkilöstökäsikirjaan dokumentoidun Epäasiallisen käyttäytymisen nollatoleranssi -toimintamallin mukaisesti. Vaara- ja haittapahtumatilanteista tehdään ilmoitukset Laatuportti-järjestelmään. Yksiköiden omat käsittelijät luokittelevat ilmoitetut tapaukset sekä tekevät

ehdotuksen jatkotoimenpiteistä. Tapauksia ja niiden jatkotoimenpiteitä käydään läpi henkilöstön kanssa säännöllisesti yhteisissä kokouksissa. Sydänsairaala ilmoittaa välittömästi palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle omassa tai alihankkijansa toiminnassa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat, asiakas- ja potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot ja vaaratilanteet sekä muut puutteet, joita ei ole kyetty tai kyetä korjaamaan omavalvonnallisin toimin. Ilmoituksen tekeminen ei poista velvollisuutta ryhtyä tarvittaviin korjaaviin toimenpiteisiin.

Havaintojen perusteella arvioidaan tarvittavat välittömät ja muut korjaavat toimenpiteet. Toimenpiteille nimetään vastuuhenkilö ja määritellään toteutumisen aikataulu. Toimenpiteiden toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan sovitulla tavalla.

Organisaation sisäistä turvallisuuspoikkeamien kokonaistilanteen raportointia toteutetaan turvallisuus- ja riskienhallintapäällikön toimesta Laatuportti- ja Haipro-järjestelmää hyödyntäen. Toimintaan liittyviä strategisia, operatiivisia, taloudellisia ja vahinkoriskejä sekä työturvallisuusriskejä arvioidaan jatkuvasti. Yksiköissä toteutetaan laajempi, järjestelmällinen riskienarviointi vähintään kerran vuodessa sekä toiminnan tai toimintaympäristön olennaisesti muuttuessa. Riskit kirjataan Granite-järjestelmään, jossa ne luokitellaan ja niille määritellään tarvittavat hallintatoimenpiteet. Vastuuhenkilöt seuraavat hallintatoimenpiteiden toteutumista ja toimivuutta. Keskeisiä riskejä käsitellään Sydänsairaalan hallituksen ja johtoryhmän kokouksissa vuosikelloon kirjatun aikataulun mukaisesti sekä vuosittain Sydänsairaalan johdon katselmuksessa ja niistä raportoidaan tarvittavilta osin palvelunjärjestäjälle. Asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma päivitetään vuosittain. Yksiköillä on käytössä yksikkökohtaiset turvallisuus- ja valmiussuunnitelmat sekä toimintaohjeet. Turvallisuuteen liittyvissä suunnitelmissa ja ohjeistuksissa huomioidaan tarvittavilta osin yhteistyö hyvinvointialueen kanssa.

Sydänsairaalan sisäisten vakavien väärinkäytösepäilyjen ilmoittamiseen käytetään erillistä ilmoituskanavaa, joka on toteutettu yhteistyössä yhtiön pääomistaja Pirkanmaan hyvinvointialueen kautta. Väärinkäytösten ilmoituskanavan kautta voi ilmoittaa vakavista ja merkittävistä väärinkäytösepäilyistä luottamuksellisesti. Ilmoituskanavan tavoitteena on korruption, petosten ja väärinkäytösten torjunta. Sen tarkoituksena on varmistaa, että arkaluontoisista asioista voi ilmoittaa turvallisesti ja ilmoittajia suojellaan. Ilmoituksen voi tehdä, kun työntekijä on työssä tai työn yhteydessä saanut tietoonsa vakavan väärinkäytösepäilyn (säädetty rangaistavaksi) ja vakava väärinkäytösepäily kuuluu lain soveltamisalaan kuten julkisiin hankintoihin, rahoituspalveluihin, rahanpesun ja terrorismin rahoituksen ehkäisyyn, yksityisyyden ja henkilötietojen suojaan, verkko- ja tietojärjestelmien turvallisuuteen.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavia potilasturvallisuutta vaarantaneita tilanteita varten Sydänsairaalalla on organisaation sisäinen vakavan vaaratapahtuman tutkintaprosessi. Tutkintaprosessi on kuvattu ja prosessikuvaus sisältää tiedot vastuista, tutkinnan kulusta, raportoinnista ja jatkotoimenpiteiden määrittämisestä.

Vakavien vaaratapahtumien sisäisten tutkintojen toteuttamista varten on koulutettu yhdeksän henkilökuntaan kuuluvaa tutkijaa. Koulutetuista tutkijoista muodostetaan tapauskohtaisesti päätettävä tutkintaryhmä. Vakavan vaaratapahtuman tutkinnan käynnistämisestä päättää yhtiön toimitusjohtaja. Aihetta käsitellään ja tutkintojen lopputuloksena päätettyjen korjaavien toimenpiteiden toteutuminen varmistetaan osana vuosittaista johdon katselmusta.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Toimintayksiköissä poikkeamia käsitellään henkilöstön kanssa esi- ja vastuuhenkilöiden johdolla ja käsittelyjen perusteella määritetään tarvittaessa toimintayksikkökohtaisia toimintatapoja epäkohtien parantamiseksi.

Sydänsairaalan turvallisuus- ja riskienhallintapäällikkö esittelee poikkeamatilannetta kokonaisuutena säännöllisesti Sydänsairaalan esihenkilöistä koostuvassa palvelupäällikkökokouksessa, jossa tarvittaessa määritetään organisaation yhteisiä sekä palveluyksikkökohtaisia toimintatapoja epäkohtien parantamiseksi. Sydänsairaalan tilastoitujen poikkeamien kokonaistilannetta ja parantamistoimenpiteitä esitellään myös henkilöstölle säännöllisesti vuosikelloon kirjatulla aikataululla koko organisaation yhteisissä henkilöstöinfotilaisuuksissa.

Riskejä, vaara- ja haittatapahtumia, muistutuksia, kanteluita sekä potilasvahinkoilmoituksia käsitellään ja niiden korjaamiseksi päätettyjen toimenpiteiden toteutuminen varmistetaan vuosittain osana johdon katselmusta. Riskit ja riskienhallinnan tilanne käsitellään konsernin ja palvelualueiden johtoryhmissä sekä hallituksen kokouksissa säännöllisesti vuosikelloissa määritetyn aikataulun mukaisesti.

Edellä mainituissa käsittelyissä päätetyt toimintatapojen muutokset kirjataan tarvittavilta osin myös omavalvontasuunnitelmaan.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Palveluyksikön laatua ja turvallisuutta mitataan monin edeltävissä luvuissa kuvatuin menetelmin ja mittarein. Raportointia toteutetaan säännöllisesti, kuitenkin vähintään vuosineljänneksittäin. Menetelminä toimivat mm. esi- ja vastuuhenkilöiden käytössä olevat raportointinäkymät, erillisraportit sekä turvallisuus- ja riskienhallintopäällikön ja laatupäällikön organisaation sisäisissä kokouksissa esi- ja vastuuhenkilöille sekä johdolle pitämät tilannekatsaukset.

Riskienhallintakeinojen ylläpidosta, sisältäen niiden toimivuuden ja riittävyyden varmistamisen, vastaavat esi- ja vastuuhenkilöt, jotka seuraavat omien toimintojensa riskienhallinnan toimivuutta ja raportoivat sen tilanteesta säännöllisesti johdolle.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelmassa kuvatun toiminnan toteutumista seurataan jatkuvasti. Suunnitelma katselmoidaan vähintään neljän kuukauden välein sekä toiminnan olennaisesti muuttuessa ja päivitetään tarvittaessa. Seurannassa tehdyistä keskeisistä havainnoista ja niiden perusteella toteutetuista muutoksista julkaistaan selvitys neljän kuukauden välein Sydänsairaalan julkisilla verkkosivuilla. Omavalvontasuunnitelmaan perehtyminen kuuluu Sydänsairaalan yhteiseen perehdytyssuunnitelmaan.

Omavalvontasuunnitelman päivityksistä tiedotetaan johtoa sekä esi- ja vastuuhenkilöitä, joiden tehtävänä on käydä päivitysten sisältö läpi henkilöstön kanssa ja varmistaa, että henkilöstö osaa toimia suunnitelman edellyttämällä tavalla. Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan mm. sisäisten auditointien avulla. Seurannassa havaitut puutteellisuudet ja korjaavat toimenpiteet käydään läpi laatupäällikön toimesta esi- ja vastuuhenkilöiden kanssa ja niistä tiedotetaan henkilöstölle Sydänsairaalan virallisten sisäisen viestinnän kanavien kautta.

Omavalvontasuunnitelmaa täydentävät asiakirjat

Omavalvontasuunnitelmaa täydentävät muun muassa seuraavat asiakirjat:

1. Omavalvontaohjelma
2. Asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma
3. Lääkehoitosuunnitelmat
4. Tietoturvasuunnitelma
5. Riskienhallintasuunnitelma
6. Varautumis- ja valmiussuunnitelma
7. Henkilöstökäsikirja
8. Laatupolitiikka
9. Perehdytyssuunnitelmat
10. Infektioiden torjuntasuunnitelma
11. Laiteturvallisuussuunnitelma