



## Omavalvontasuunnitelma

Versio	1 (2024)
Version päivämäärä	18.11.2024
Luonut	Patologian palveluyksikön henkilökunta
Hyväksytty	Toimialuejohtaja Mari Kinnunen 27.11.2024
Luottamuksellisuus	Julkinen asiakirja



## Sisällys

Johdanto	3
1. Palveluntuottajaa koskevat tiedot	3
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja ylläpito	4
3. Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet sekä toimintaympäristö	4
4. Riskienhallinta	5
5. Palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuus	7
6. Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja oikeusturva	8
7. Palvelujen sisällön omavalvonta	9
8. Palveluyksikön henkilöstö	10
9. Toimintaympäristö ja tukipalvelut	10
10. Omavalvonnan toteutus, seuranta ja raportointi	11

## PATOLOGIAN PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONTASUUNNITELMA

### Johdanto

Patologian palveluyksikön perustehtävä on tuottaa Kainuun hyvinvointialueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarvitsemat patologian diagnostiset palvelut ja lääketieteelliset kuolinsyynselvitykset. Yksikkö tuottaa vainajahuollon palvelut Kainuun keskussairaalalle ja järjestää Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (THL) oikeuslääketieteellisten vainajien välisäilytyksen.

Patologian palvelutuotanto on järjestetty ISO 9001:2015-standardivaatimuksia toteuttavaksi. Patologian palvelutuotannon järjestämisen ja johtamisen perusteet on kirjattu säännönmukaisin aikaväleihin päivitettävään *Patologian palveluyksikön laadunhallintajärjestelmään (ISO 9001:2015)* (myöhemmin: patologian laatukäsikirja). Patologian palvelutuotantoa kuvaavat suunnitelmallisuus, riskitietoisuus, jatkuvan kehittämisen pyrkimys ja pyrkimys asiakastyytyväisyyden edistämiseen. Patologian palvelutuotannosta valtaosa on itse järjestettyä omaa palvelutuotantoa, pieni osa ostopalvelutoimintaa.

Omavalvonnalla tarkoitetaan valvontalain edellyttämää sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön itsensä tekemää palvelutuotannon asianmukaisuuden valvontaa, seurantaa ja arviointia kohdentuen sekä omaan palvelutuotantoon että ostopalveluina järjestettyihin palveluihin. Valvonnalla varmistetaan toiminnan asian- ja suunnitelmanmukaisuus, palvelutuotannon standardinmukaisuus, palvelujen laatu, asiakas/potilasturvallisuus ja henkilökunnan työturvallisuus. Yksikön kaikki työntekijät tekevät omavalvontaa.

- Lakivelvoite: Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023

### 1. Palveluntuottajaa koskevat tiedot

Palvelun järjestäjä: Patologian palveluyksikkö

Patologian palveluyksikkö on Kainuun hyvinvointialueella perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle patologian erikoisanalan diagnostisia palveluja ja lääketieteellisiä kuolinsyynselvityksiä tuottava yksikkö. Patologian palveluyksikkö tuottaa Kainuun keskussairaalalle vainajahuollon palvelut ja oikeuslääketieteellisten vainajien välisäilytyksen.

Organisatorisesti patologian palveluyksikkö kuuluu Terveyden- ja sairaanhoidon toimialueella Diagnostisten ja hoidollisten tukipalveluiden palvelualueeseen.

Patologian palveluyksikkö toimii Kainuun keskussairaalassa Kajaanissa.

Osoite: Sotkamontie 13, 87300 Kajaani

Puhelin: 044-7974491

Palvelutuotannosta vastaava:

patologian ylilääkäri, palveluyksikköpäällikkö Marja-Riitta Väisänen, p.044-3203014, s-posti: [marja-riitta.vaisanen@kainuu.fi](mailto:marja-riitta.vaisanen@kainuu.fi)

## 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja ylläpito

Patologian omavalvontasuunnitelman vastuuhenkilö on patologian ylilääkäri.

Patologian omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja suunnitelman säännönmukaiseen vuosittaiseen katselmointiin osallistuu yksikön henkilöstö.

Asiakas-/potilasosallisuutta omavalvontasuunnitelman laadintaan patologialla ei ole.

Omavalvontasuunnitelma liitetään sähköisenä versiona patologian laatuksikirjaan Kaimaan, paperisena versiona suunnitelma on esillä ilmoitustauluilla laboratorio-osaston toimistokäytävällä ja obduktio-osastolla.

## 3. Palveluyksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet sekä toimintaympäristö

Patologian palveluyksikkö tuottaa Kainuun hyvinvointialueen kuntien Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi ja Vuolijoki, pois lukien Puolanka, tarvitsemat patologian alan diagnostiset palvelut. Lääketieteelliset kuolinsyynselvitykset tuotetaan kaikille Kainuun hyvinvointialueen kunnille, mukaan lukien Puolanka. Vainajahuollon palvelut tuotetaan Kainuun keskussairaalalle. Perustehtävänsä kautta patologian palveluyksikkö osallistuu taudinmääritykseen, lääketieteellisen hoidon seurantaan ja terveydenhuollon laadunvarmistukseen. Palvelut tuotetaan pääosin omana työnä, pieneltä osin ostopalveluina muista julkisen terveydenhuollon yksiköistä tai yksityiseltä patologian alan palveluntuottajalta.

Patologian palvelutuotantoa ohjaavat arvot vastaavat Kainuun hyvinvointialueen arvoja.

Patologian oma palvelutuotanto on johtamisjärjestelmän osalta järjestetty ISO 9001:2015-standardia noudattavaksi. Palvelutuotanto on auditoitu ja ISO 9001:2015-sertifioitu. Palvelutuotannon järjestämisen perusteita ovat mittalukuihin perustuva toiminnan tiedolla johtaminen ja säännöllinen seuranta, toiminnan suunnitelmallisuus, riskiarviointi ja jatkuva kehittäminen sekä pyrkimys asiakastytyväisyyden lisäämiseen.

Patologian palvelutuotannon laadunhallinta perustuu työntekijästä riippumattomaan, vakioituun, ammattistandardin täyttävään työskentelytapaan, patologian prosessien aktiiviseen omavalvontaan ja tarvittaessa virheitä korjaaviin toimenpiteisiin, palvelutuotannon toteuman (näytemäärät, vastausajat, talous) ja suunnitelmanmukaisuuden seurantaan koskien sekä omaa toimintaa että ostopalveluja. Oman palvelutuotannon laadunvarmistuksessa hyödynnetään keinoina mm. virhetapahtumailmoituksia, sisäisiä ja ulkoisia auditointeja, ulkoisia patologian laatuksierroksia ja värjäyskontrolloitujen värjäysmenetelmien käyttöä.

#### 4. Riskienhallinta

##### 4.1. Riskitietoisuus:

ISO 9001:2015-standardi edellyttää palvelutuotannossa riskitietoista palvelutuotantoon kohdentuvien riskien tunnistamista ja hallintaa riskien toteutumista estävillä suunnitelmilla, toisaalta riskien toteutuessa korjaavien toimenpiteiden suunnitelmilla. Standardi edellyttää poikkeusoloihin ennalta varautumista suunnitelmilla, jotka ohjaavat poikkeusolojen toimintaa.

Riskien hallinnan vaatimus palvelutuotannossa koskee sekä omaa palvelutuotantoa että ostopalveluja.

##### A. Oma palvelutuotanto:

Omaan palvelutuotantoon kohdentuvia tunnistettuja riskejä ja uhkia on kirjattu useisiin riskianalyyseihin, joista valtaosa löytyy patologian laatukäsikirjasta:

- SWOT-analyysi: palvelutuotannon vahvuudet vs. heikkoudet, mahdollisuudet vs. uhat
- toimintaympäristön sisäiset ja ulkoiset haasteet
- riskienhallintasuunnitelma
- prosessiriskianalyysi (vika- ja vaikutusanalyysi)
- patologian pelastussuunnitelma
- turvallisuuskävely: toimipisteen fyysisten tilojen turvallisuuskatselmus (WPro-raportointi)
- turvasuunnitelma: työntekijöiden fyysistä turvallisuutta koskeva ohjeistus
- tietosuoja-/tietoturvasuunnitelma: tietosuojakäytänteet, salassa pidettävien henkilötietojen käsittely

Vainajahuollon valmiussuunnitelma on poikkeus em. valmiussuunnitelmissa; suunnitelma ei ole julkinen asiakirja. Vainajahuollon valmiussuunnitelma kuuluu Kainuun hyvinvointialueen turvaluokiteltuihin asiakirjoihin ja on liitetty Kainuun hyvinvointialueen valmiussuunnitelmaan.

Muita työpaikkaan ja patologian työtehtäviin liittyviä ennakoivia turvallisuustoimia ovat:

- työntekijöiden työturvallisuus: työohjeisiin määritellyt vakiolliset työn tekemisen menetelmät, laitteiden käytön ohjeet, turvavarusteiden (suojavaatteet, hengityssuojaimet, viiltosuojahansikkaat) käytön vaatimus, reagenssien käyttöturvallisuusselvitykset ja varoitusmerkinnät työohjeissa ja reagenssipurkeissa
- työterveyshuollon säännöllisin määräajoin tekemät työpaikkakäynnit
- turvallisuuskulttuurikyselyt (TUKU): organisaation turvallisuusajattelun tilan, puutteiden ja kehityskohteiden selvitys

##### B. Ostopalvelut:

Ostopalveluissa riskien hallinta kohdentuu erityisesti tietosuojakysymyksiin ja palvelun laatuun sekä toiminnan toteumaa (mm. vastausajat) että substanssisisältöä koskien.

Ostopalveluissa riskien toteutumista pyritään minimoimaan ostopalvelutoiminnan huolellisella suunnittelulla ja/tai kilpailutuksen sisältövaatimuksilla, myös ostopalvelutoiminnan jatkuvalla seurannalla ja välittömällä puuttumisella havaittuihin poikkeamiin yhteydenotolla ulkopuoliseen palveluntuottajaan.



#### 4.2. Poikkeustilanteiden hallinta:

Huolimatta ennakoivasta varautumisesta reagoimista vaativia, yllättäviä poikkeustilanteita syntyy. Poikkeusolojen palvelutuotannon erityisjärjestelyjä on kuvattu valmiussuunnitelmissa:

- poikkeustilanteiden hallinta: sijaistusjärjestelyt
- palveluesihenkilön sijaistusjärjestelyt
- palvelutuotannon priorisoimissuunnitelma
- turvallisuussuunnitelma
- patologian pelastussuunnitelma

Riskianalyysit ja poikkeustilannesuunnitelmat on koottu patologian laatuksikirjaan. Poikkeustilannesuunnitelmat löytyvät sähkökatkosten varalta myös paperisina versioina laboratorion toimistokäytävän ilmoitustaululta.

#### 4.3. Toimintaohjeistus havaittujen poikkeamien käsittelylle ja raportoiselle

- Hallinnolliset ohjeet: Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvien vaara- ja haittatapahtumien sekä kehittämiskohteiden käsittely (HaiPro), Vakavien vaara- ja haittatapahtumien käsittely

#### A. Oma palvelutuotanto:

1. Virhetapahtumat patologian näyteprosessissa ja/tai vainajahuollossa kirjataan QPati-laboratoriotietojärjestelmään Näytteen tapahtumat-tapahtumatiedostoon. Merkittävästä poikkeamasta tehdään myös HaiPro-ilmoitus.

2. Virheilmoitukset käsitellään osastokokouksissa. Virhetapahtumien osastokokouskäsittely varmistaa, että poikkeamat tulevat henkilökunnan ja ylilääkärin tietoon. Yhteinen osastokokouskäsittely mahdollistaa myös poikkeamien juurisyyanalyysin ja korjaustoimien pohdinnan. Tärkeää on pyrkiä estämään virheen toistuminen ja muuttuminen systeemivirheeksi. Osastokokouskäsittelyssä voidaan päättää jatkotoimien tarpeellisuudesta.

3. Merkittävässä potilasturvallisuutta uhkaavassa poikkeamassa virhetapahtuma raportoidaan organisaatiossa ylemmän tahon esihenkilöille ja laatujohtajalle. Vakava poikkeama voidaan viedä myös vaarallisten tapahtumien työryhmäkäsittelyyn.

#### B. Ostopalvelut:

1. Ostopalvelutuotannossa todettuun poikkeamaan puututaan suoralla ja välittömällä yhteydenotolla palveluntuottajaan. Tärkeää on tiedottaa palveluntuottajaa ei-toivotusta poikkeamasta sekä estää virheen toistuminen ja muuttuminen systeemivirheeksi.

2. Ostopalvelutoiminnan suunnitelmanmukaisuutta, yhteistyön sujuvuutta sekä todettuja poikkeamia ja/tai ongelmia käsitellään ulkopuolisen palveluntuottajan kanssa säännöllisissä vuosittaisissa keskinäisissä yhteistyöpalavereissa, tarvittaessa erillisissä lisäpalavereissa.

3. Merkittävästä ja/tai toistuvasta poikkeamasta tehdään virallinen reklamaatio.

**4.4. Poikkeamien käsittelyaikataulu:**

Mittarit	Käsittelytapa	Käsittelyn tavoiteajat
itse tehdyt QPati- virheilmoitukset	osastokokous	koosteina joka 3. kuukausi, merkittävät poikkeamat nopeammin seuraavassa osastokokouksessa
itse tehdyt HaiPro-ilmoitukset	osastokokous	koosteina joka 3. kuukausi, merkittävät poikkeamat nopeammin seuraavassa osastokokouksessa
sidosryhmien HaiPro- tai muut poikkeamailmoitukset	osastokokous tai ylilääkäri	välittömästi
ostopalvelutahon poikkeamat	ylilääkäri, palveluesihenkilö	välittömästi

**4.5. Informointi muutoksista:**

Ajantasainen, nopea informointi poikkeamista ja korjaavista muutoksista on tärkeää toteuttaa nopeasti ja toistetusti; sitä nopeammin, mitä merkittävämmästä poikkeamasta on kyse:

- työntekijöiden informointi muutoksista tehdään pääasiallisesti patologian osastokokouksissa, nopeutta vaativissa asioissa myös QPati-postilla tai sähköpostilla
- asiakkaiden informointi muutoksista voidaan tehdä asiasisällöstä riippuen puhelimitse tai kirjallisesti

**5. Palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuus**

Patologian palvelutuotannossa potilasturvallisuuden tärkein tavoite on potilaan ja hänestä otetun kudos- tai solunäytteen katkeamattomana säilyvä tunnistettava yhteys patologian näyteprosesseissa perustuen nimellä ja henkilötunnuksella tunnistetun potilasnäytteen ainutkertaiseen vuosikohtaiseen identifiointinumeroon. Vainajahuollossa potilasturvallisuuden tärkein tavoite on vainajan tunnistettavuuden säilyminen. Näyteprosessien kaikissa vaiheissa ja vainajahuollossa työntekijäkohtainen huolellisuus on kriittisesti tärkeää rikkoontumattoman potilas-näyte-yhteyden ja vainajatunnistettavuuden säilyttämiseksi.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta patologian palvelutuotannossa edistetään aktiivisella laadun kehittämisellä, palvelutuotannon kehittämishankkeilla ja palvelutuotannon omavalvonnalla, myös sidosryhmiltä saadun palautteen perusteella.

Yhteistyötä potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien Kainuun hyvinvointialueen muiden terveydenhuollon yksiköiden ja hallinnon kanssa määrittävät Kainuun hyvinvointialueen toiminnan ja talouden linjaukset, keskinäiset totutut käytänteet, yhteistyöpalaverit, kliinis-patologiset meetingit ja suorat yhteydenotot.

Yhteistyö potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien ulkopuolisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja palveluntarjoajien kanssa perustuu yhteistyötä määrittäviin keskinäisiin palvelu- ja/tai yhteistyösopimuksiin, joissa yhteistyön yksityiskohdat ja ulkoistetun palvelutuotannon vaatimukset on kuvattu. Yhteistyö Coronaria Diagnostiikka Oy:n kanssa on määritelty kilpailutetussa palvelusopimuksessa, yhteistyö Pohteen Patologian vastuuyksikön kanssa keskinäisessä yhteistyösopimuksessa. Yhteistyön sujuvuutta läpikäydään vuosittaisissa keskinäisissä yhteistyöpalavereissa, tarvittaessa lisäpalavereissa.

Patologian palveluyksikkö tuottaa osan diagnostisista palveluista alihankintana, kuten diagnostiset konsultaatiot, yksittäiset sytologian näyte-erät ja muut patologian erikoistutkimukset, joita omassa palvelutuotannossa ei ole. Alihankintapalvelut hankitaan laadunvalvontaa suorittavista, tunnustetuista patologian laboratorioista, joita ovat Pohde/Patologian vastuuyksikkö, Coronaria Diagnostiikka Oy, Fimlab, HUS.

Ostopalveluina tuotettavien patologian palveluiden hankinnan kilpailutuksen ja palvelun laadun, vastausaikojen ja toiminnan suunnitelmanmukaisuuden seurannan vastuuhenkilö on ylilääkäri.

#### 6. Asiakkaan/potilaan asema, oikeudet ja oikeusturva

Patologian palvelutuotannosta suorimmin asiakkaalle/potilaalle näkyvä palvelutuotannon toimivuutta kuvaava mittaluku on näytteen vastausaika. Vastausaikataavoite omassa palvelutuotannossa on yli 80% histologian tai sytologian näytteistä vastattuna seitsemässä (7) työpäivässä. Vastausaikoja seurataan säännönmukaisesti sekä omassa palvelutuotannossa että ostopalveluina tuotettavien näytteiden osalta. Oman palvelutuotannon vastausaika-analyysi tehdään kuukausittain, Pohteen diagnostisen ostopalvelujen osalta puolivuositajaksissa kaksi kertaa vuodessa, Coronaria Diagnostiikka Oy seuraa itse vastausaikojaan ja raportoi ne vuosiraportissaan kerran vuodessa. Säännönmukaisesti poikkeavasti pidentyneisiin vastausaikoihin omassa palvelutuotannossa puututaan viipeen juurisyyanalyysillä korjaavasti, yhteistyötahojen kanssa vastausaika-analysit läpikäydään keskinäisissä yhteistyöpalaverissa.

Suoraa potilasosallisuutta patologian palvelutuotannossa ei ole. Sidosryhmiltä palautetta kerätään yhteistyöpalaverissa.

Muistutuksiin, kanteluihin ja potilasvahinkoilmoituksiin vastaa ylilääkäri kirjallisesti pyytäen tarvittaessa selvitykset myös laboratoriohenkilöstöltä. Jos reklamaation syy on selvästi osoitettavissa palveluyksikön prosessivirheestä johtuvaksi, asia käsitellään osastokokouksessa. Samalla virhevaiheen työohje tarkistetaan ja tarvittaessa korjataan toistuvan systeemivirheen estämiseksi.

Yhteystiedot potilasasiavastaavalle, sosiaaliasiavastaavalle ja yksityisen palveluntuottajan toimintaan liittyvästi kuluttajaneuvontaan ovat nähtävillä obduktio-osaston ilmoitustaululla ja kappelin eteistilassa.





## 7. Palvelujen sisällön omavalvonta

Patologian palveluyksikön palvelutuotannon järjestäminen ja johtaminen on kuvattu yksityiskohtaisesti ISO 9001:2015-standardin mukaisesti laaditussa patologian laatukäsikirjassa, johon kiinteinä osina kuuluvat myös patologian prosesseja yksityiskohtaisesti kuvaava *Patologian työohjeet*, laitteiden käyttöä ohjeistava *Laitteiden käytön työohjeet* ja värjäysmenetelmien kuvaukset *Histologian värjäysohjeet*. Ylilääkäri vastaa patologian palvelutuotannon järjestämisestä kuvaavan osion laatimisesta ja vuosittaisesta päivityksestä, laboratorion henkilökunta työohjeita kuvaavien tekstiosoiden päivityksestä säännönmukaisesti joka toinen vuosi. Työntekijät ovat antaneet sitoumuksensa laatukäsikirjaan kirjattujen toimintaohjeiden mukaisesta työskentelystä. Ylilääkäri vastaa patologian palvelutuotannon suunnitelmanmukaisuuden toteutumisesta.

Patologian palvelutuotannon laatua kehitetään säännöllisesti, palvelutuotannon toimivuutta suunnitelmanmukaisena seurataan omavalvonnalla.

Toimintaohjeistus havaittujen poikkeamien käsittelylle ja raportoimisella omavalvonnassa on:

### I. Oma palvelutuotanto:

1. Virhetapahtumat patologian näyteprosessissa ja/tai vainajahuollossa kirjataan QPati-laboratoriotietojärjestelmään Näytteen tapahtumat-tapahtumatiedostoon. Merkittävästä poikkeamasta tehdään myös HaiPro-ilmoitus.

2. Virheilmoitukset käsitellään osastokokouksissa. Virhetapahtumien osastokokouskäsitely varmistaa, että poikkeamat tulevat henkilökunnan ja ylilääkäriin tietoon. Yhteinen osastokokouskäsitely mahdollistaa myös poikkeamien juurisyyanalyysin ja korjaustoimien pohdinnan. Tärkeää on estää virheen toistuminen ja muuttuminen systeemivirheeksi. Osastokokouskäsitelyssä voidaan päättää jatkotoimien tarpeellisuudesta.

3. Merkittävässä potilasturvallisuutta uhkaavassa poikkeamassa virhetapahtuma raportoidaan organisaatiossa ylemmän tahon esihenkilöille ja laatujohtajalle. Vakava poikkeama voidaan viedä myös vaarallisten tapahtumien työryhmäkäsittelyyn.

### II. Ostopalvelut:

1. Ostopalvelutuotannossa todettuun poikkeamaan puututaan suoralla ja välittömällä yhteydenotolla palveluntuottajaan. Tärkeää on tiedottaa palveluntuottajaa ei-toivotusta poikkeamasta sekä estää virheen toistuminen ja muuttuminen systeemivirheeksi.

2. Ostopalvelutoiminnan suunnitelmanmukaisuutta, yhteistyön sujuvuutta sekä todettuja poikkeamia ja/tai ongelmia käsitellään ulkopuolisen palveluntuottajan kanssa säännöllisissä vuosittaisissa keskinäisissä yhteistyöpalavereissa, tarvittaessa erillisissä lisäpalavereissa.

3. Merkittävästä ja/tai toistuvasta poikkeamasta tehdään virallinen reklamaatio.

Tietosuoja-/tietoturva-asioiden vastuuhenkilö on ylilääkäri. Tietosuoja-/tietoturvasuunnitelmassa on kuvaus patologian tietosuojakäytänteistä ja ohjeistus salassa pidettävien tietojen käsittelystä.

Henkilökunta suorittaa kolmen vuoden välein sähköisestä tietosuojatietoturvakoulutuksesta (Navisec) työrooliensa mukaiset osiot; suoritukset kirjataan eTyöpöydälle koulutuspatentteihin.  
Tietosuojakäytänteet kerrataan vuosittain, päivitykset dokumentoidaan Tietosuojan valvontalomakkeeseen, joka tallennetaan sähköisenä versiona liitteeksi patologian laatukäsikirjaan.

## 8. Palveluyksikön henkilöstö

Patologian palveluyksikön henkilöstökoko on 8 työntekijää (HTV2 7.5), lisäksi yksikössä toimii sihteeripalvelujen henkilöstöön kuuluva osastonsihteerin.

Hyvinvointialueen tiukka taloustilanne rajoittaa vahvasti ulkopuolisen sijaistyövoiman käyttöä. Laboratoriohenkilökunta sijaistaa toistensa poissaoloja. Osastonsihteerille ja lääkintävahtimestarille on yksikön ulkopuolinen, tehtäviin perehdytetty sijainen hyvinvointialueen muista palveluyksiköistä. Vain patologisijaistuksessa käytetään ulkopuolista vuokratyövoimaa, patologisijaistus ostetaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta.

Henkilöstömäärän riittävyyttä työmäärään nähden arvioidaan kuukausittaisella saapuneiden näytteiden määrän, kudosblokki- ja lasimäärien sekä vainajahuollon vainajamäärien seurannalla. Uuden työntekijän rekrytointi perustuu todennettuun henkilöstötarpeeseen. Henkilökunta haastattelee, arvioi ja valitsee päteviksi tarkistetuista hakijoista työyhteisöön sopivimman.

Yksikön henkilökunnan ammattipätevyydet ja ammattioikeudet tarkistetaan opintotodistuksista rekrytoinnin yhteydessä ja kirjataan eTyöpöydälle.

## 9. Toimintaympäristö ja tukipalvelut

Patologian palveluyksikkö toimii Kainuun keskussairaалassa vuonna 2013 valmistuneessa rakennuksessa (MAPO-talo), jossa yksikön käytössä olevat tilat jakautuvat laboratorion ja toimistotilojen osastoon sekä obduktiotoiminnan ja vainajahuollon osastoon.

Patologian laboratorioon pääsy on luvanvaraista ja kontrolloitua, tila ei ole ulkopuolisille vapaan pääsyn tila. Ulko-ovet pidetään aina lukossa, tilassa on kulunvalvonta. Ulkopuolisten pääsy tiloihin edellyttää ilmoitettua syytä, sovittua käyntiä ja /tai myönnettyä kulkulupaa. Kulkuluvat yksikön henkilöstön ulkopuolisille henkilöille myönnetään harkinnasta.

Obduktiopuolen ulko-ovella ja MAPO-talon käytävän ovella on tallentava kameravalvonta, jonka avulla tiloihin pyrkivät voidaan tarkistaa ennen tiloihin päästämistä. Kameravalvonta suuntaa ulko-oville, MAPO-talon porraskäytävään ja talon alakerran autohalliin. Kameravalvonnan näytöt ovat lääkintävahtimestarin ja osastonsihteerin huoneissa, näytteiden sisäänkirjaushuoneessa, obduktiosalissa ja histologian/sytologian laboratoriossa (huoneet nrot 129, 125a, 134, 147, 154). Tallentavasta kameravalvonnasta ilmoittavat kyltit ovat näkyvillä paikoilla ovien vieressä. Kulunvalvonnasta ei kerätä henkilörekisteriä. Kameravalvonta on Kainuun hyvinvointialueen telejaoston ylläpitämää toimintaa.

Henkilökuntaan ja fyysisiin toimitiloihin kohdentuvat turvallisuusjärjestelyt, myös tietosuojan periaatteet, on kirjattu patologian turvasuunnitelmaan. Turvasuunnitelma on liitetty sähköisenä versiona patologian laatukäsikirjaan, lisäksi suunnitelma on esillä paperisena versiona laboratoriossa toimistonkäytävän ja näytteiden sisäänkirjaushuoneen ilmoitustauluilla. Turvasuunnitelman ajantasaisuus tarkistetaan vuosittain. Tilojen fyysinen turvallisuus tarkistetaan vuosittain myös turvakävelylistauksen avulla. Turvakävelyn havainnot tallennetaan sähköisenä raporttina WPro-järjestelmään. Lisäksi työterveyshuolto tekee yksikköön säännöllisin väliajoin työpaikkaselvityskäynnit.

Patologian laboratoriossa on palovaroitimet ja alkusammutusvälineistö. Henkilökunta osallistuu alkusammutuskoulutuksiin. Yksikölle on laadittu oma pelastussuunnitelma (Patologian pelastussuunnitelma), joka on liitetty sähköisenä versiona patologian laatukäsikirjaan ja joka on paperisena versiona esillä laboratorion toimistokäytävän ilmoitustaululla. Patologian pelastussuunnitelman ajantasaisuus tarkistetaan vuosittain.

Laboratoriossa toimistokäytävän ilmoitustaululle on koottu sähkökatkon varalta paperisina versioina ns. hätätilakansiota vastaava kooste toimintaohjeista erilaisille poikkeustilanteille; näitä ovat turvasuunnitelma, pelastussuunnitelma, sijaistussuunnitelma, poikkeustilanteiden aikaisen palveluntuotannon priorisoimissuunnitelma, palveluesihenkilön sijaistusjärjestelyt, elvytysohjeet.

Toiminnan tekninen tuki: tekniset palvelut, laitehuolto, materiaalipalvelut, SOL-siivouspalvelut (MAPO-talon yleiset tilat), ulkopuolinen kiinteistöhuollon toimija (MAPO-taloa ympäröivien ulkoalueiden huolto). Yksikön sisäisestä tilojen siistimisestä sekä jäte- ja pyykkihuollosta vastaa välinehuoltaja. Vaate- ja ulkomattohuollon hyvinvointialue ostaa Lindström Oy:lta.

Toiminnan hallinnon tuki: yleishallinto ja järjestämisen tuki, taloushallinto, henkilöstöhallinto, laatuhallinto, asiantuntijapalvelut, viestintä ja tietohallinto

Käytössä olevat tietojärjestelmät ja niiden ylläpitovastuut:

- Kainuun HVA:n tietoverkko ja potilastietojärjestelmät: tietohallinto
- patologian QPati-laboratoriotietojärjestelmä: Tietoevry Oy

#### 10. Omavalvonnan toteutus, seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelma laaditaan ja katselmoidaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa, ylilääkäri vastaa suunnitelman laadinnan ja katselmointien toteutumisesta.

Omavalvontasuunnitelma tallennetaan patologian sähköiseen laatukäsikirjaan (Kaima). Paperisena versiona omavalvontasuunnitelma on esillä toimistokäytävän ja obduktio-osaston ilmoitustauluilla.

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus varmistetaan vuosittaisilla päivityksillä. Seuraava omavalvontasuunnitelman päivityskierros tehdään 8-9/2025.

Omavalvonnan paljastamat havainnot, virheet ja kehittämiskohteet käsitellään osastokokouksissa ja raportoidaan organisaatioketjussa ylemmille esihenkilötahoille kpl 5 ja kpl 7 kuvatuilla tavoilla.