



Omavalvontasuunnitelma (OVS)

Sysmän sote-keskus, vuodeosasto

Yksikkö:
 Versio: 2
 Voimassaoloaika: 23.1.2028

SISÄLLYSLUETTELO

OMAVALVONTASUUNNITELMA (OVS)	0
4.1 Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	2
4.1.1 Palveluntuottajan perustiedot	2
4.1.2 Palveluyksikön perustiedot	2
4.1.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	2
4.2 Asiakas- ja potilasturvallisuus	2
4.2.1 Palveluiden laadulliset edellytykset ¹	2
4.2.2 Vastuu palvelujen laadusta	3
4.2.3 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet	3
4.2.4 Muistutusten käsittely.....	5
4.2.5 Henkilöstö	5
4.2.6 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta	7
4.2.7 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	7
4.2.8 Toimitilat ja välineet.....	7
4.2.9 Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö	8
4.2.10 Lääkehoitosuunnitelma	11
4.2.11 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja.....	12
4.2.12 Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen.....	12
4.3 Omavalvonnan riskienhallinta	12
4.3.1 Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen	12
4.3.2 Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	13
4.3.3 Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen	16
4.3.4 Ostopalvelut ja alihankinta	16
4.3.5 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	17
5 Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	17
5.1 Toimeenpano	17
5.2 Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen.....	17
Liitteet 18	
Viitteet 19	

Yksikkö:

Versio: 2

4.1 Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

4.1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi	Y-tunnus
Terveystalo Julkiset palvelut Oy	1625174-4

4.1.2 Palveluyksikön perustiedot

Vastuuhenkilön nimi (Kirjaa tähän omat tiedot tai yrityksesi vastuuhenkilön/vastuuhenkilöiden tiedot)

ylilääkäri Paula Reponen, Jaakonkatu 3A, 3krs 00100 Helsinki, p. 0504785744

palvelualuejohtaja Elina Uusimäki, Jaakonkatu 3A, 3krs 00100 Helsinki, p.0504726634

vastaava lääkäri Margo Reinlo, Leppäkorventie 33, 19700 Sysmä, p. 0505278213

palveluvastaava Marjut Kantoluoto, Leppäkorventie 33, 19700 Sysmä, p. 0444942528

Palveluyksikön nimi/palveluyksiköiden nimet

Sysmän SOTE-keskus, vuodeosasto

Lisätiedot

4.1.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Kuvaa mitkä ovat palveluyksikön ja omavalvontasuunnitelman kattamat palvelut

Perusterveydenhuollon vuodeosastotoiminta akuuttihoito, kuntoutus, palliatiivinen hoito ja saattohoito

Missä palvelupisteissä (=toimipaikoissa) palveluja tuotetaan?

Sysmän terveysaseman vuodeosastolla

Miten palveluja tuotetaan (esim. läsnä, etänä)?

Läsnä

Mikä on palveluyksikön toiminta-ajatus ja mitkä ovat sen toimintaperiaatteet?

Kuten asiakas- ja potilasmäärät ja -ryhmät, tuotetaanko palveluja ostopalveluna tai alihankintana toiselle. palveluntuottajalle tai -järjestäjälle, sopimuksen perusteella suoraan asiakkaalle tai potilaalle tai hankitaanko palveluja toiselta palveluntuottajalta.

Tuottaa perusterveydenhuollon palveluita alueen väestölle tämän tarpeiden mukaan. Toimintaperiaatteet perustuvat Terveystalon arvoihin: Kaiken keskellä ihminen, lääketiede luotsaa ja terveydenhuollon uudistaja. Vuodeosaston ravitsemuspalvelu ostetaan Attendo Oy:lta.

Minkä hyvinvointialueiden alueilla palveluja tuotetaan?

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella

4.2 Asiakas- ja potilasturvallisuus

4.2.1 Palveluiden laadulliset edellytykset¹

Mitkä ovat palveluntuottajan palveluyksikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat, mukaan lukien palvelunarvioinnissa käytössä olevat laadunhallinnan työkalut ja mittarit, sekä miten palveluiden laatu varmistetaan. Kuvauksessa on otettava huomioon mahdolliset erityislainsäädännössä palveluille asetetut laatuvaatimukset.

Palveluita tuotetaan järjestämistä vastaavien tilaajan ja lainsäädännön vaatimusten sekä Terveystalo konsernin (kun eivät ristiriidassa tilaajan ohjeiden kanssa) ja kansallisten suositusten mukaisesti. Vaatimukset koskevat mm. palveluiden sisältöä, hoitoon pääsyä, yhteyden saamista. Tilaajan vaatimustenmukaisuus varmistetaan ensisijaisesti tilaajan ohjeiden noudattamisella palvelutuotannossa sekä sopimuksen mukaisella seurannalla

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

ja raportoinnilla. Tämän lisäksi vaatimustenmukaisuutta varmistetaan luonnollisesti tämän omavalvontasuunnitelman mukaisella toiminnalla.

Miten palveluyksikön palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti?

Riittävä, pätevä henkilöstö, toiminnan seuranta ja ennakoiva suunnittelu, kriisitilanteisiin varautuminen ja välitön reagointi ja tapahtumista oppiminen, osaamisen varmistaminen perehdytyksin ja koulutuksin, kuvatut prosessit ja käytännön toimintaohjeet, vaaratapahtumien ilmoittamis- ja käsittelykäytännöt, riskien arvioinnin ja hallinnan toimintamalli, jatkuva oppiminen ja toiminnan kehittäminen havaintojen pohjalta.

4.2.2 Vastuu palvelujen laadusta

Mitkä ovat palveluyksikön omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä?

Kuvauksessa on otettava huomioon palvelualakohtaisen lainsäädännön mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen toiminnasta vastaavat henkilöt ja heidän tehtävänsä.

Terveystalon kumppanuusratkaisujen ylilääkäriä edustavat terveysasemilla vastaavat lääkärit. Terveystalo konsernin johtava ylilääkäri johtaa Lääketieteellistä foorumia (Läfo), joka käsittelee merkittävimmät linjauksia vaativat lääketieteelliset asiat. Läfon muodostavat johtajaylilääkäriin suorat alaiset sekä liiketoimintojen ylilääkärit mukaan luettuna kumppanuusratkaisujen ylilääkäri. Lääketieteellinen johto vastaa toiminnan lainmukaisuudesta, palvelujen lääketieteellisestä sisällöstä, hoidon vaikuttavuuden seurannasta ja potilasturvallisuudesta.

Terveydenhuollon palveluista vastaavien johtajien tukena toimii palvelujen ohjeistuksesta ja valvonnasta vastaava linjaorganisaatio. Terveysasemilla kokonaisuutta johtaa palveluvastaava yhteistyössä yksikön vastaavan lääkärin kanssa. Palveluvastaava vastaa omavalvonnan toteutumisesta vastaavan lääkärin tuella. Tässä omavalvontasuunnitelmassa kuvataan ne toimenpiteet ja menettelytavat, joilla terveydenhuollon palveluista vastaavat johtajat huolehtivat laissa säädetyistä velvollisuuksista.

Miten valvontalain 10 §:n 4 momentin mukainen palveluyksikön vastuuhenkilö tai palvelualojen vastuuhenkilöt käytännössä johtavat vastuulleen kuuluvaa palvelutoimintaa ja valvovat, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset koko sen ajan, kun palveluja toteutetaan?

Tässä omavalvontasuunnitelmassa kuvatuin tavoin, mm. riittävä henkilöstö, perehdyttäminen, osaamisen varmistaminen, lääkehuollon turvallinen toteuttaminen, lääkintälaiteturvallisuus. Toiminnan jatkuva seuranta, poikkeamiin reagointi, toiminnan kehittäminen ennakoivasti ja etenkin läheltä piti-tilanteiden pohjalta. Terveysaseman palveluvastaavaa tukee vastaavan lääkärin lisäksi kumppanuuksien ylilääkäri, terveystalouden palvelualuejohtaja ja aluejohtaja sekä Terveystalo konsernin laatu-, potilas- ja asiakasturvallisuustiimin asiantuntijat.

4.2.3 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon?

Toiminnan seuraaminen ja alueen väestön tarpeiden tunnistaminen ja niiden mukaisesti tarvittaessa toiminnan muuttaminen ja resurssien määrittely ja kohdentaminen. Palveluiden saavutettavuus varmistetaan, informoidaan väestöä palvelukanavista yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa.

Poikkeustilanteisiin ennakoiva varautuminen.

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus, jotta hänellä on tosiasiallinen mahdollisuus osallistua palveluun koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen?

Odotamme terveydenhuollon ammattilaisilta potilaan oikeuksien tuntemisen jo peruskoulutuksen pohjalta. Potilaan osallisuus ja tiedonsaantioikeus ovat olennaisen tärkeitä kaikissa hoidon vaiheissa aina hoidon tarpeen arvioinnista alkaen ja ulottuen luonnollisesti hoitosuunnitelman laadintaan ja toteuttamiseen. Tarvittaessa ohjataan ammattihenkilön toimintaa, mikäli havaitaan puutteita potilaan informoinnin ja osallisuuden tukemisen osalta.

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ammatteettiset ohjeet painottavat potilaan hyvää kohtelua. Varmistetaan työntekijän pätevyys ja osaaminen sekä tehtävistä riippuen lain mukaiset rikosrekisteriotteiden tarkastukset. Pehdytyksessä ja myöhemmin toistuvasti koulutetaan henkilöstöä toimimaan hyvässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Epäasiallinen kohtelu voi tulla ilmi muiden ammattilaisten, potilaiden tai omaisten toimesta, tällaiseen puututaan viipymättä Terveystalon Onnistumisen johtamisen toimintamallin mukaisesti.

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Potilasta informoidaan hyvinvointialueen verkkosivuilla ja yksikön ilmoitustaululla hyvinvointialueen sosiaali- ja potilasasiavastaavien palveluista. Asiakkaan/potilaan ilmaistessa tyytymättömyytensä palveluiden yhteydessä, hänelle kerrotaan mahdollisuudesta antaa palautetta, tehdä muistutus, kantelu, vaaratapahtuma- tai potilasvahinkoilmoitus.

Miten varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen, ja mitkä ovat asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat periaatteet ja rajoitusten konkreettiset menettelytavat?

Omavalvontasuunnitelmasta tulee ilmetä palveluyksikön asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laaditut suunnitelmat ja ohjeet, mukaan lukien niistä vastaava henkilö.

Odotamme terveydenhuollon ammattilaisilta potilaan oikeuksien tuntemisen jo peruskoulutuksen pohjalta.

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on olennaisen tärkeitä kaikissa hoidon vaiheissa aina hoidon tarpeen arvioinnista alkaen ja ulottuen luonnollisesti hoitosuunnitelman laadintaan ja toteuttamiseen. Tarvittaessa ohjataan ammattihenkilön toimintaa, mikäli havaitaan puutteita potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja tukemisen osalta.

Vuodeosastolla voidaan toteuttaa muistisairauden vuoksi päätöskyvottomien henkilöiden rajoittamista hyvinvointialueella perusterveydenhuollon vuodeosastojen käytössä olevin ohjein. Mikäli on tarve M1-arvioon lähettämisen yhteydessä virka-apuun, se järjestetään hyvinvointialueen virkalääkärin kautta ottamalla yhteys tilaajan osoittamaan tahoon, keskitettyyn päivystykseen. Sysmän sote-keskuksen osalta tämä tarkoittaa yhteydenottoa Päijät-Hämeen keskussairaalan akuutti 24 yhteispäivystyskeskukseen. Ei ole laadittu itsemääräämisoikeuden vahvistamisen suunnitelmaa.

Mitkä ovat asiakkaan ja potilaan lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien (esimerkiksi asiakas-, palvelu- tai hoitosuunnitelman) laadinnan ja päivittämisen menettelytavat?

Hoitava ammattihenkilö suunnittelee hoidon tavoitteet, seurannan ja toteutuksen yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa. Ammattihenkilö kirjaa tehdyn suunnitelman potilastietojärjestelmään eli potilasrekisteriin. Suunnitelman laajuus on tarpeen mukainen ja päivittäminen arvioidaan yksiköllisesti, paitsi pitkäaikaissairauksissa noudatetaan pääsääntöisesti tilaajan hoitopolku-ohjeita, joissa on määritelty esimerkiksi seurannan sisältöä ja aikajaksotusta. Mikäli tilaaja ei ole näihin ohjeistanut, noudatetaan kansallisia ohjeistuksia ja suosituksia.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunta toimii asiakkaalle ja potilaalle laadittavien suunnitelmien mukaisesti, ja miten suunnitelmien toteutumista ja päivittämistä seurataan?

Henkilökunnan osaamisen varmistaminen, pehdytys sekä hoitopolkuihin että kirjaamiseen. Toistaiseksi järjestelmät eivät varsinaisesti mahdollista suunnitelmien toteutumisen seurantaan johtamisen näkökulmasta. Suunnitelmien kirjaamisen ja päivittämisen määriä seurataan useimmilla hyvinvointialueilla, samoin suurten kansansairauksien hoitotasapainoa hoidettavassa väestössä kansallisten laaturekisterien kautta

Palveluyksikön sosiaali- ja potilasasiavastaavien tehtävät ja yhteystiedot.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asiakkaita, potilaita, omaisia ja henkilökuntaa asiakkaan kohteluun, osallistumiseen ja oikeusturvaan liittyvissä asioissa.

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen potilasvastaavat ovat tavoitettavissa: [Sosiaali- ja potilasasiavastaava - Päijät-Hämeen hyvinvointialue](#)

s-posti: asiavastaavat@pajatha.fi puh: +358 38192504,

- maanantai, tiistai, torstai 9.00–12.00
- keskiviikko 9.00–15.00

4.2.4 Muistutusten käsittely

Kuka vastaa muistutusten käsittelystä?

vastaava lääkäri ja ylilääkäri

Mitkä ovat muistutusten käsittelyä koskevat menettelytavat ja miten varmistetaan, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti?

Asiakasta/potilasta ohjataan tekemään muistutus hyvinvointialueen ohjeen mukaisesti kirjaamoon sähköisesti tai paperilla. Hyvinvointialueen vastuhenkilö pyytää tarpeenmukaiset selvitykset palveluyksiköstä. Muistutuksiin vastataan neljän viikon kuluessa saapumisesta. Potilaan palaute voidaan muuttaa muistutukseksi vastaavan lääkärin arvion perusteella. Vastaava lääkäri kokoaa tarvittavat tiedot ja pyytää asianosaisilta vastineet. Dokumentaation perusteella vastaava lääkäri arvioi tapahtumat ja sen, onko hoito toteutunut lääketieteellisesti perustellulla tavalla, onko tavoitettu hoidon ja palvelun laadun tavoiteltu taso. Vastaava lääkäri laatii vastauksen, jossa vastaa muistutuksen tekijän kysymyksiin ja tuo esiin myös, mitä muistutuksen perusteella tehdään. Muistutukset välitetään tiedoksi tilaajan eli hyvinvointialueen yhteyshenkilölle/ylilääkärille.

Potilaalta tullut muistutus -prosessikuvaus ohjaa käsittelyä.

Vastaava lääkäri on perehdytetty muistutusten ohjeiden mukaiseen käsittelyyn ja muistutusten laadukkaan käsittelyn osaamista vahvistetaan säännöllisillä koulutuksilla.

Miten muistutuksissa ilmi tulleet epäkohdat tai puutteet otetaan huomioon toiminnassa ja sen kehittämisessä?

Muistutusten arvioinnissa käytetään juurisyyanalyysiä ja tunnistetut juurisyyt sekä niiden korjaavat toimenpiteet kirjataan myös palautejärjestelmä Efecteen.

Käsittelyn tavoitteena on huolehtia, ettei vastaavaa tapahdu uudelleen ja että asiakas saa kunnollisen selvityksen perusteluineen tapahtuneesta. Muistutukset käsitellään aina asianosaisten kanssa ja tarvittavien toimenpiteiden mukaisesti ko. yksikössä tai laajemmin Terveystalo kumppanuusratkaisujen yksiköissä.

Kumppanuuksien laatujohtoryhmässä seurataan muistutusten määriä, ja niiden pohjalta tehtyjä toimenpiteitä neljä kertaa vuodessa.

4.2.5 Henkilöstö

Palveluyksikön henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet.

Kuvauksesta on ilmevä kuinka paljon vuokrattua työvoimaa tai toiselta palveluntuottajalta alihankittua työvoimaa käytetään täydentämään palveluntuottajan omaa henkilöstöä.

Osastonlääkäri 0,3hvt, palveluvastaava 1hvt, sairaanhoitaja 8hvt, lähihoitaja 8hvt, fysioterapeutti 0,5hvt, laitoshuoltaja 4hvt.

Sijaisia käytetään tarpeen mukaan, jotta varmistetaan palvelujen toteutuminen sopimuksen mukaisesti.

Vuodeosastolla pyritään ylläpitämään ns. vakiosijaispoolia. Vuokratyövoimaa/alihankintana tuotettua työtä ei ole käytössä.

Miten varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet?

Rekrytointiprosessiimme kuuluu rekrytoitavan henkilön pätevyyden varmistaminen Valviran ylläpitämästä terveydenhuollon ammattihenkilörekisteristä. Tästä vastaa rekrytointiprosessista vastaava esihenkilö.

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Miten varmistetaan, että palvelun tuottamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito?

Rekrytointiprosessiimme kuuluu myös, että käymme tarkasti läpi valittavan henkilön osaamiset, tehtävän edellyttämät luvat ja käytännön kielitaidon suhteessa tehtävässä vaadittavaan osaamiseen ja pätevytyteen. Varmistamme henkilön osaamisen käytännössä pakollisen koeajan puitteissa.

Miten huolehditaan henkilöstön riittävästä perehdyttämisestä ja ammattitaidon ylläpitämisestä sekä siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen?

Työsuhteen alkuun liittyvistä käytännön järjestelyistä ja uuden työntekijän perehdytyksestä vastaa esihenkilö tai hänen nimeämänsä henkilö. Lääkäreiden perehdyttämisessä apuna toimivat yhteyspäälliköt ja vastaavan lääkärin kyseessä ollen lisäksi ylilääkäri. Perehdytys varmistaa, että uusi työntekijä saa tehtävässä onnistumiseen tarvitsemansa tiedot yrityksestä, omasta yksiköstään ja tehtävästään. Terveystalon perehdytyksen tarkistuslista ja muu perehdytysmateriaali löytyvät intranetistä (Syke) ja verkko-oppimisympäristöstä (Terveystalo Academy). Erytystä huomiota kiinnitetään omavalvontasuunnitelmaan, läikehoitosuunnitelmaan sekä laitteiden ja tarvikkeiden käyttöön liittyvään perehdyttämiseen.

Henkilöstön perehdytys dokumentoidaan henkilöstöhallinnon tietojärjestelmään (Mepco). Perehdytyksen ja uuden työntekijän työhön sijoittumisen onnistumisesta kerätään tietoa tulokaskyselyllä. Kysely lähetetään kaikille uusille työntekijöille 60 päivän kuluttua työsuhteen alkamisesta.

Henkilöstöä perehdytetään aina olennaisten muutosten yhteydessä, muutos voi olla ko. henkilön tehtävissä, yksikön toimintamallissa/-ohjeissa tai tietojärjestelmässä.

Noudatamme Terveystalon Onnistumisen johtaminen -toimintamallia (ohje Syke – Esihenkilölle – Onnistumisen johtaminen), joka perustuu esihenkilön ja työntekijän säännöllisesti toteutettaviin kahdenvälisiin keskusteluihin, tämän mallin avulla esihenkilö pystyy tukemaan, ohjaamaan ja puuttumaan tarpeen ja tilanteen mukaan työntekijän työhön liittyvissä asioissa.

Esihenkilön työntekijöiden kanssa käymässä kehityskeskustelussa suunnitellaan tulevan vuoden tavoitteet ja henkilökohtaiset osaamisen kehittämisen tarpeet sekä tehdään tarvittaessa onnistumis-/tukisuunnitelma.

Kehityskeskustelujen tarkoituksena on tukea strategian mukaista toimintaa ja tavoitteiden asettamista sekä mahdollistaa henkilöstön osaamisen kehittäminen tavoitteiden mukaisesti. Kehityskeskustelut tallennetaan työsuhteisille Mepco-henkilöstöjärjestelmään, josta keskustelun toteutuminen voidaan todentaa.

Koulutusten seuranta toteutetaan sekä Mepcon että sähköisen koulutuslupalistan Academyn avulla. Esihenkilö varmistaa koulutuksen toteutumisen kehityskeskustelun yhteydessä, lisäksi koulutusten toteutumista seurataan kuukausiraportoinnissa ja laatujohtoryhmässä. Terveystalo järjestää runsaasti ammattiryhmäkohtaista ja yhteistä koulutusta osaamisen kehittymiseksi. Kumppanuusratkaisuissa suunnitellaan seuraavan vuoden toiminnan suunnittelun ja budjetoinnin yhteydessä myös henkilöstölle tarvittavat koulutukset, huomioiden yksiköistä esitetyt tarpeet.

Miten laillistetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti toimivien opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan sekä miten opiskelijoiden ohjaus, johto ja valvonta toteutetaan käytännössä?

Esihenkilö tarkistaa opiskelijan opintotodistuksen, jotta tarvittava määrä opintoja on suoritettuna ja Terhikki-rekisterimerkinnän. Opiskelijan ohjauksessa noudatetaan Terveystalon Opiskelijan ohjaus Terveystalossa -ohjetta. Terveydenhuollossa opiskelijat toimivat aina ohjaajan valvonnassa, jokaiselle opiskelijalle nimetään ohjaaja.

Miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana, ja miten havaittuihin epäkohtiin puututaan?

Esihenkilöt myös seuraavat päivittäisessä työssään yksikön toimintaa ja ottavat vastaan asiakas/potilaspalautteen lisäksi myös työyhteisöstä nousevaa palautetta ja voivat näiden perusteella puuttua havaittuihin epäkohtiin. Noudatamme Terveystalon Onnistumisen johtaminen -toimintamallia (ohje

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028..

Syke – Esihenkilölle – Onnistumisen johtaminen), joka perustuu esihenkilön ja työntekijän säännöllisesti toteutettaviin kahdenvälisiin keskusteluihin, tämän mallin avulla esihenkilö pystyy tukemaan, ohjaamaan ja puuttumaan tarpeen ja tilanteen mukaan työntekijän työhön liittyvissä asioissa.

Miten selvitetään työntekijän rikostausta lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä annetun lain (504/2002) perusteella lasten kanssa sekä valvontalain 28 §:n perusteella iäkkäiden ja vammaisten² henkilöiden kanssa työskenteleviltä?

Lasten, vanhusten ja/tai vammaisten kanssa lain tarkoittamalla tavalla työskentelevät joutuvat esittämään rikosrekisteriotteen ennen työhönottoa, mikä tuodaan esille rekrytointivaiheessa. Tässä noudatetaan Terveystalon (IMS) ohjetta: Työnantajan velvollisuus pyytää rikosrekisteriote nähtäväksi lasten ja nuorten, iäkkäiden tai vammaisten kanssa työskenteleviltä.

4.2.6 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Miten palveluyksikön tai palvelualojen vastuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen antamiseen on palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden ja potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö?

Ennakoiva toiminnan suunnittelu tunnettujen asiakastarpeiden ja kysynnän vaihtelun mukaan. Sijaispoolin hyödyntäminen, henkilöstön siirtäminen yksiköiden välillä sekä tarpeen mukaan henkilöstön rekrytointi. Tarvittaessa toiminnan supistaminen.

Mitkä ovat konkreettiset toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi ja potilaiden ja asiakkaiden palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä niitä tilanteita varten, kun henkilöstöä ei ole riittävästi. Henkilöstön riittävyyden seurannan ja varmistamisen on katettava kaikki palveluyksikössä ja sen lukuun tuotettavat palvelut.

Omavalvontasuunnitelmassa on otettava huomioon tuotettavaa palvelua koskevasta erityislainsäädännöstä tulevat henkilöstömitoitusta ja resursointia koskevat vaatimukset.

Yksikön palveluvastaava seuraa kysynnän ja tarjonnan vaihtelua ja kohdentaa henkilöstöresurssin tarpeiden mukaan. Merkittävässä henkilöstövajetilanteissa suljetaan vapaina olevia sairaansijoja ja pyritään kotiuttamaan kotihoidon tuella. Palvelualuejohtaja/liiketoimintajohtaja on yhteydessä tilaajan yhteyshenkilöön, jos on vaikeuksia tuottaa sovitut palvelut tai palvelutuontatoon tulee katkos.

4.2.7 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinaatio

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan ja potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa toteutetaan?

Käytämme hyvinvointialueen asiakas- ja potilastietojärjestelmää, josta tiedot siirtyvät KanTa:n, ja kirjaamme sinne rekisterinpitäjän ohjeistuksen mukaisesti, jotta tieto on kaikkien tarvittavien tahojen käytössä. Ostopalveluista saamamme palautteet (esim. kuntoutus) skannataan asiakas-/potilastietojärjestelmään. Noudatamme hyvinvointialueen hoito- ja palvelupolkuohjeita yhteistyön ja tiedonkulun varmistamiseksi.

Miten varmistetaan asiakkaalle tai potilaalle annettaviin palveluihin liittyvä yhteistyö palveluntuottajan muiden palveluyksiköiden kanssa?

Teemme monialaista yhteistyötä asiakkaan/potilaan tilanteen niin vaatiessa, konsultoiden ja pyytäen työpariksi, jotta palvelut toteutuvat sujuvasti ja yhteensovitetuina.

4.2.8 Toimitilat ja välineet

Kuvaa toiminnassa käytettävät toimitilat, mukaan lukien toimintaympäristö, ja välineet sekä niiden turvallisuus, turvallinen käyttö ja soveltuvuus tarkoitukseensa³.

Toimimme hyvinvointialueen meille palvelutuotantoon osoittamissa Sysmän SOTE-keskuksessa. Kiinteistö on rakennettu vuonna 2018 ja suunniteltu ja hyväksytty terveysaseman vuodeosaston käyttöön. Vuodeosastolla käytetään terveydenhuollon käyttöön tarkoitettuja välineitä, tarvikkeita, laitteita ja ohjelmistoja. Näiden

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

soveltuvuus tarkoitukseensa ja turvallisuus varmistetaan hankintavaiheessa hankintayksikön toimesta (hyvinvointialue tai Terveystalo sopimuksen mukaisesti). Turvallinen käyttö varmistetaan henkilöstön koulutuksella ja perehdytyksellä.

Kuvaa toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä myönnetyt viranomaishyväksynät ja luvat (esim. kliinisen mikrobiologian ja Säteilyturvakeskuksen myöntämät luvat) päivämäärineen. Kuvauksessa on otettava huomioon tarkastuksissa ja hyväksynnöissä toimitilojen omavalvonnan kannalta todetut keskeiset havainnot.

Toimitilat on tarkastettu 28.6.2024

Kliinisen mikrobiologian lupa 12.1.2022

Säteilyturvakeskuksen lupa 1.6.2022

Palotarkastus 24.1.2025

Elintarvikevalvonta 21.2.2024

Kuvaa mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit, mukaan lukien niihin liittyvä asiakkaan ja potilaan yksityisyyden suoja, ja niiden hallintakeinot⁴.

Rakennukseen liittyvä riskit ja hallintakeinot:

- Turvallisuussuunnitelma päivitetään kerran vuodessa, turvallisuuskävelyt järjestetään x2 vuodessa

Välineisiin liittyvät riskit ja hallintakeinot:

- välineen rikkoutuminen, virheellinen käyttö. Pyritään ehkäisemään kunkin välineen oikeaan käyttöön ohjaavalla koulutuksella, käytetään välineitä valmistajan ohjeiden mukaan.

Kuvaa mitkä ovat toimitilojen ylläpitoa, huoltoa sekä epäkohtailmoituksia ja tiedonkulkua koskevat menettelyt. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä tulevat vaatimukset.

Toimimme hyvinvointialueen meille palvelutuotantoon osoittamissa tiloissa, joiden ylläpidosta vastaa hyvinvointialue/kiinteistön omistaja. Tuemme tässä tuomalla esille kiinteistöissä havaitsemiamme korjaus- tms tarpeita kiinteistön huollosta vastaavalle RTK-palveluille.

Kuvaa mitkä ovat palvelutoimintaan käytettävän kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat.

Toimimme hyvinvointialueen meille palvelutuotantoon osoittamissa tiloissa, joiden pitkäjänteisestä ylläpidosta vastaa hyvinvointialue tai kiinteistön omistaja, johon vuokrasuhteessa on hyvinvointialue.

Kuvaa miten varmistetaan, että palveluyksikössä ei ole käytössä epäasianmukaisia tai palveluihin nähden soveltumattomia ja turvallisuusriskin muodostavia välineitä. Kuvauksesta on selvittävä, miten välineiden huolto ja niiden käytön vaatima koulutus on järjestetty.

Käytetään vain toimintaan soveltuvia ja turvallisia välineitä. Sähkölaitteisiin (muut kuin lääkinnälliset laitteet) liittyviin vikoihin ja vaaratilanteisiin liittyen toimitaan valtakunnallisen Toimitilaturvallisuuden liittyvien vaaratapahtumien käsittely -ohjeen (IMS) mukaisesti

4.2.9 Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Kuvaa miten varmistetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) mukaisten velvoitteiden noudattaminen⁵.

Kumppanuusratkaisuissa Terveystalo omisteisten laitteiden turvallisuus ja vaatimustenmukaisuus turvataan koko elinkaaren ajalta noudattamalla yhdenmukaisesti määritettyjä prosesseja laitteen hankinnan, käyttöönoton, käyttäjien perehdytyksen, huollon/ylläpidon ja poiston osalta. Ionisoivan säteily- ja magneettiturvallisuus varmistetaan seuraten säteilytoiminnan turvallisuusarviota ja johtamisjärjestelmää. Terveystalon ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä toimii hallintoylläpitäjä. Terveystalossa teknologiapäällikkö vastaa laitehallinnan ydinprosesseista ja ohjeista, sekä yhteydenpidosta viranomaisiin.

Ionisoivaa säteilyä ja magneettiturvallisuutta koskien säteilyturvallisuusasiantuntijoina ja lääketieteellisen fysiikan asiantuntijoina toimivat tehtävään nimetyt sairaalafysikot. Kumppanuusratkaisujen yksiköissä, joissa tuotetaan natiiviröntgenkuvauksia röntgenhoitajat toimivat säteilyturvallisuusvastaavina.

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Terveystalon Kumppanuusratkaisuissa on käytössä lääkinällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän velvoitteiden mukainen seurantajärjestelmä (laiterekisteri) laitteiden, ja niiden käytön sekä turvallisuuden varmistamiseksi. Osana rakenteellista laiteturvallisuutta yksikössä on nimetty potilasturvallisuusvastaava ja laitevastaava sekä kirjattu ohjeistus poikkeustilanteissa.

Laiteperehdytys tapahtuu hyödyntäen verkkokoulutuksia sekä fyysisiä käyttökoulutuksia. Terveystalon laitteelle nimetään vastuukäyttäjä, joka perehdyttää muita työntekijöitä laitteen turvalliseen käyttöön. Vastuukäyttäjä huolehtii lisäksi käyttöohjeiden ja teknisen käsikirjan saatavuudesta ja ajantasaisuudesta, järjestää vastaanottotarkastuksen, takuuajan seurannan ja takuukatselmuksen, tiedottaa laitteeseen tehtävien mahdollisten päivitysten tai muutosten vaikutuksista muille käyttäjille, huolehtii laitteen kunnossapidosta ja turvallisuudesta sekä laitteeseen liittyvien seurantatietojen, kuten huoltojen sekä vika- ja vaaratilanteiden, kirjaamisesta laiterekisteriin.

Terveystalon Y-tunnuksen alla laitteet kirjataan Terveystalon sähköiseen laiterekisteriin, joka sisältää säädösten edellyttämät seurantatiedot. Seurantajärjestelmään kirjataan jäljitettävyyden edellyttämät tiedot toimintayksiköiden käytössä olevista, edelleen luovuttamista tai muutoin hallinnassa olevista laitteista. Henkilökunta ilmoittaa terveydenhuollon laitteisiin liittyvistä vaaratapahtumista Terveystalon sisäisen sähköisen järjestelmän kautta, ellei sopimuksella sovita erillisestä raportoinnista tilaajalla. Vaaratilanteet ilmoitetaan lain edellyttämällä tavalla valmistajalle, Fimeaan, sekä ionisoivaa säteilyä hyödyntävien laitteiden osalta Säteilyturvakeskukseen. Tilaajalle raportoidaan vaaratapahtumista sovitun raportoinnin ja frekvenssin mukaisesti.

Mikäli sopimuksen mukaisesti käytetään ja ylläpidetään tilaajan osoittamia laitteita, vastuista sovitaan sopimuksessa osapuolten välillä. Tällöin kirjaukset tehdään tilaajan osoittamaan seurantajärjestelmään tarvittaessa Terveystalon ylläpitämän järjestelmän rinnalla.

Kuvaa miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä, jotka vastaavat käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja joiden tiedot löytyvät Valviran tietojärjestelmärekisteristä.

Asiakas- ja potilastietoja käsitellään vain hyvinvointialueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmissä, joiden asianmukaisuudesta vastaa hyvinvointialue. Potilastietoa käsitellään myös Terveystalon potilastietojärjestelmässä, kun tuotetaan kuvantamista Lahden yksikössä. Tältä osin kuvaus löytyy Suomen Terveystalo Oy:n omavalvontasuunnitelmasta.

Kuvaa miten huolehditaan asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien käytön asianmukaisuudesta, henkilöstön kouluttamisesta niiden käyttöön ja jatkuvasta käyttöön liittyvän osaamisen varmistamisesta palveluyksikössä.

Henkilöstö koulutetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöön hyvinvointialueen koulutusten ja ohjeiden avulla joko suoraan tai yksikön palveluvastaavan toimesta. Järjestelmäpäivitysten yhteydessä kaikki koulutetaan päivitysten mukana tuleviin muutoksiin. Esihenkilö vastaa näiden toteutumisesta.

Kuvaa milloin asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty sekä kuka palveluyksikössä vastaa sen toteutumisesta⁶.

Terveystalon tietoturvasuunnitelma on päivitetty 8.7.2025. Hyvinvointialueiden palveluita tuottaessa noudatamme kyseisen hyvinvointialueen rekisterinpitäjänä antamia ohjeita. Palvelusopimuksen liitteenä on sopimus henkilötietojen käsittelystä, jonka liitteissä kuvataan rekisterinpitäjän vaatimukset palveluntuottajalle. Yksikön esihenkilö vastaa siitä, että yksikössä toimitaan vaatimusten mukaisesti.

Kuvaa miten huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa, myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa.

Jokaisella työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa tietojärjestelmän tai -verkon häiriötilanteesta yksikön palveluvastaavalle tai tämän nimeämälle henkilölle, joka varmistaa, että häiriöstä ilmoitetaan

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

hyvinvointialueen yhteyshenkilölle/it-tukeen. Palveluvastaava (tai nimeämensä) seuraa hyvinvointialueen häiriötiedotusta ja informoi siitä työntekijöitä sekä vastaa toiminnan sopeuttamisesta häiriötilanteeseen.

Kuvaa miten huolehditaan asiakastietolain 90 §:n mukaisesta velvollisuudesta ilmoittaa tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä sekä tarpeenmukaisista omavalvonnallisista toimista koko poikkeaman ja häiriötilanteen keston ajan.

Palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuudesta, asianmukaisuudesta, turvallisuudesta sekä vikatilanteiden hoidosta vastaa hyvinvointialue. Hyvinvointialueen koulutusten ja ohjeiden avulla perehdytetään henkilöstö teknologian käyttöön. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa havaitsemastaan vikatilanteesta palveluvastaavalle, joka varmistaa, että vikatilanteesta ilmoitetaan hyvinvointialueen yhteyshenkilölle/it-tukeen.

Kuvaa miten käytännössä varmistetaan palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarjottaviin palveluihin nähden sekä henkilöstön käyttöopastus. Kuvauksesta on ilmentävä, miten palveluyksikössä on varauduttu teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin.

Terveystalo-omisteisten lääkinällisten laitteiden hankinnassa noudatetaan nimettyä prosessikuvausta. Lääkinällisten laitteiden hankinnat toteutetaan investointisuunnitelman mukaisesti vastuullisuuskysymykset huomioiden. Investointisuunnitelmissa huomioidaan laitteiston elinkaarimalli, laiteturvallisuus ja -kriittisyys, sekä lääkinällisten laitteiden ja in vitro -diagnostisten lääkinällisten laitteiden vaatimustenmukaisuus. Laitehankinnat on keskitetty konsernipalveluiden asiantuntijoille, jotka varmistavat, että lääkinälliset laitteet täyttävät EU:n säädösten (mm. MDR 2017/45, IVDR 2017/746) sekä kansallisen lainsäädännön mukaiset vaatimukset mahdolliset siirtymäajat huomioiden. Hankittavien laitteiden vaaditaan täyttävän niille määritetyn aiotun käyttötarkoituksen mukaisen suorituskyvyn, potilas- ja käyttäjäturvallisuusvaatimukset, sekä laitteen käyttöä ja seurattavuutta edellyttävän dokumentaation EU:n vaatimustenmukaisuusvaatimusten mukaisesti. Lisäksi hankittaville laitteille on asetettu tarkennetut Terveystalon määrittelemät tietoturva- ja tietosuojavaatimukset. Pienlaitteiden hajautettu hankinta suoritetaan edellä mainittujen asiantuntijoiden hyväksymien tuotekatalogien mukaisesti sähköisen ostojärjestelmän kautta. Katalogin sisältöä arvioidaan ja päivitetään vuosittain. Käyttöönottoa edeltäen varmistetaan lupamenettelyt koskien ionisoivaa säteilyä hyödyntäviä laitteita sekä painelaitteistoa.

Terveystalon Kumppanuusratkaisuissa on käytössä lääkinällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän velvoitteiden mukainen seurantajärjestelmä laitteiden, ja niiden käytön sekä turvallisuuden varmistamiseksi. Osana rakenteellista laiteturvallisuutta yksikössä on nimetty potilasturvallisuusvastaava ja laitevastaava sekä kirjattu ohjeistus poikkeustilanteissa.

Laiteperehdytys tapahtuu hyödyntäen verkkokoulutuksia sekä fyysisiä käyttökoulutuksia. Terveystalon huollon laitteelle nimetään vastuukäyttäjä, joka perehdyttää muita työntekijöitä laitteen turvalliseen käyttöön. Laiteperehdytys dokumentoidaan sitä ohjaavan konsernin IMS ohjeen mukaisesti. Vastuukäyttäjä huolehtii lisäksi käyttöohjeiden ja teknisen käsikirjan saatavuudesta ja ajantasaisuudesta, järjestää vastaanottotarkastuksen, takuuajan seurannan ja takuukatselmuksen, tiedottaa laitteeseen tehtävien mahdollisten päivitysten tai muutosten vaikutuksista muille käyttäjille, huolehtii laitteen kunnossapidosta ja turvallisuudesta sekä laitteeseen liittyvien seurantatietojen, kuten huoltojen sekä vika- ja vaaratilanteiden, kirjaamisesta laiterekisteriin.

Terveystalon Y-tunnuksen alla laitteet kirjataan Terveystalon sähköiseen laiterekisteriin, joka sisältää säädösten edellyttämät seurantatiedot. Seurantajärjestelmään kirjataan jäljitettävyyden edellyttämät tiedot toimintayksiköiden käytössä olevista, edelleen luovuttamista tai muutoin hallinnassa olevista laitteista. Henkilökunta ilmoittaa terveydenhuollon laitteisiin liittyvistä vaaratapahtumista Terveystalon sisäisen sähköisen järjestelmän kautta, ellei sopimuksella sovita erillisestä raportoinnista tilaajalla. Vaaratilanteet

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

ilmoitetaan lain edellyttämällä tavalla valmistajalle, Fimeaan, sekä ionisoivaa säteilyä hyödyntävien laitteiden osalta Säteilyturvakeskukseen. Tilaajalle raportoidaan vaaratapahtumista sovitun raportoinnin ja frekvenssin mukaisesti.

Mikäli sopimuksen mukaisesti käytetään ja ylläpidetään tilaajan osoittamia laitteita, vastuista sovitaan sopimuksessa osapuolten välillä. Tällöin kirjaukset tehdään tilaajan osoittamaan seurantajärjestelmään tarvittaessa Terveystalon ylläpitämän järjestelmän rinnalla.

Verensokerimittarit ja muu terveydenhuollon välineistä tilataan hyvinvointialueen tukipalveluista, hyvinvointialue on kilpailuttanut hankinnat, asettanut tavarantoimittajille vaatimukset ja valvoo niiden toteutumista. Osaltamme ilmoitamme valmistajalle ja hankintayksikölle, mikäli havaitsemme yksikköömme toimitetuissa tuotteissa ongelmia.

Hoitotarvikkeet, joita tarvitsemme vuodeosastolla päivittäisessä toiminnassa tilaamme itse suoraan lääkinnällisiä tarvikkeita tuottavilta yrityksiltä.

Potilas- ja asiakastietojärjestelmät hankkii hyvinvointialue, joka vastaa myös niiden soveltuvuudesta, asianmukaisuudesta ja turvallisuudesta sekä järjestää koulutukset uusien järjestelmien ja järjestelmäpäivystysten tullessa käyttöön. Hyvinvointialue vastaa myös näiden järjestelmien toimintahäiriöiden korjaamisesta ja ohjeistamisesta häiriötilanteisiin. Potilas/asiakastietojärjestelmän häiriötilanteessa voidaan joutua perumaan kiireetöntä toimintaa, silloinkin varmistetaan välttämättömän hoidon ja avun saaminen, akuuttien potilaiden hoidossa pystytään yleensä varmistamaan järjestelmien katselukäytön mahdollistavan varajärjestelmän avulla. Tällöin henkilöstö kirjaa toteutuneen hoidon ja palvelut jälkikäteen.

Vuodeosastolla käytettävä hoitajakutsujärjestelmä on Terveystalon hankkima ja siinä yhteydessä on varmistettu järjestelmän asianmukaisuuden ja soveltuvuus tähän tarkoitukseen. Toimimme järjestelmätoimittajan ja mahdollisten hyvinvointialueen antamien ohjeiden mukaisesti vikatilanteissa.

Poikkeus- ja häiriötilanteiden varalle jokaisessa yksikössä on laadittuna ja vuosittain päivitettävä Poikkeustilanteiden ohje, joka talletetaan sähköisenä yksikön IMS ohjepankkiin sekä paperisena yksikköön, jotta se on käytettävissä myös sähkökatkojen tms aikana.

Kuvaa miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan yksilölliset tarpeet ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa.

Asiakkaan/ potilaan yksilöllisiä tarpeita arvioidaan aina hoidon tarpeen arvioinnin ja suunnittelun yhteydessä. Asiakkaan ja hänen läheistensä näkökulma ja toiveet huomioidaan aina hoitoa suunniteltaessa. Asiakastyötä tehdään osittain ja tarpeenmukaisesti teknologiaa hyödyntäen kuten esimerkiksi chat. Hoitoa suunniteltaessa selvitetään myös asiakkaan/ potilaan oma toive ja toimintakyky suhteessa teknologian käyttöönottoon.

4.2.10 Lääkehoitosuunnitelma

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty ja kuka vastaa sen laatimisesta⁷?

Lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 26.9.2025.

Laatimisesta vastaa yksikön palveluvastaava, laatiminen yhdessä lääkevastaavan kanssa huomioiden tiimistä tulleet palautteen ja kehittämisehdotukset sekä lääkehuollon vaaratapahtumien kautta tunnistettujen juurisyyden korjauksen. Lääkekeskuksen farmaseutti tarkistaa suunnitelman.

Yksikkö:

Kuka vastaa palveluyksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta palveluyksikössä?

Vastaava lääkäri/lääkehoitosuunnitelman hyväksynyt lääkäri vastaa siitä, että lääkehoidon kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa on asianmukainen. Lääkehoidon suunnitelmanmukaisuudesta ja seurannasta yksikössä vastaa yksikön palveluvastaava.

4.2.11 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietolain 7 §:n mukainen palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtaja.

Yksikön palveluvastaava johtaa toimintaa yksikössä, asiakastietoja käsitellään rekisterinpitäjän eli hyvinvointialueen antamien ohjeiden mukaisesti. Ensijainen yhteystaho on rekisterinpitäjän eli hyvinvointialueen tietosuojavastaava. [Tietosuoja - Päijät-Hämeen hyvinvointialue](#)

Palveluntuottajan tietosuojavastaavan nimi

Sähköpostiosoite

Eibhlín NíGhríofa

tietosuoja@terveystalo.com

4.2.12 Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Miten palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta ja potilailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluyksikön henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta?

Asiakkaat/Potilaat ja heidän omaisensa voivat antaa yksikön toiminnasta palautetta palautelaitteella sekä suullisesti henkilöstölle ja kirjallisesti yksikössä olevaan palautelaatikkoon tai potilasasiavastaavan kautta sekä hyvinvointialueen ja Terveystalon verkkosivuilta sähköisen palautekanavan kautta.

Henkilöstö antaa palautetta ja kehittämisehdotuksia suullisesti tai kirjallisesti yksikössä tai Terveystalon Efecte-järjestelmään tehtävän sisäisen palautteen kautta, jossa mahdollista antaa myös anonymisti. Yksikön toiminnan kehittämisessä henkilöstön asiantuntemus omasta työstään ja yksikön toiminnasta on ensiarvoisen tärkeää. Henkilöstölle tehdään kaksi kertaa vuodessa säännöllisesti toistuvat kyselyt, joissa voivat anonymisti antaa palautetta mm. esihenkilön työstä, kehittämisestä, omista vaikutusmahdollisuuksistaan ja työn sujumisesta.

Miten säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?

Kaikki saatu palaute käsitellään konsernin yhteisten ohjeiden mukaisesti: Asiakaspalautteen käsittely - prosessi IMS ja Asiakaspalautteen käsittely Efectessä -ohje. Palautteet käsitellään viikon sisällä niiden saapumisesta, kun asia on tuore ja selvittäminen helpompaa. Selvittely tehdään asianosaisten työntekijöiden kanssa ja mietitään mahdolliset korjaavat toimenpiteet tarvittaessa. Palautteita käsitellään anonymisti, aktiivisesti myös yksikön henkilöstöpalavereissa, jotta voidaan oppia yhdessä. Erityisesti yhdessä käsitellään silloin, kun tarvitaan uutta toimintaohjetta tai ohjeiden päivittämistä.

Käsittelyn tavoitteena on huolehtia, ettei vastaavaa tapahdu uudelleen ja että asiakas saa perustellun selvityksen tapahtuneesta. Tässä tukee Efecte-järjestelmäänkin kirjattava juurisyysanalyysi, ja kehittämistoimien kirjaaminen Paja-työkaluun (Jatkuvan kehittämisen työkalu), jotka ovat nähtävillä myös muille yksiköille. Kehittämistoimia jalkautetaan kumppanuusratkaisujen hallinnon (ylilääkäri ja palvelualuejohtajat) kautta myös muihin yksiköihin ja tarpeen mukaan päivitetään muuttuvat toimintamallit omavalvontasuunnitelmaan. Henkilöstö osallistuu omavalvontasuunnitelman päivitykseen.

4.3 Omavalvonnan riskienhallinta

4.3.1 Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Kuka vastaa palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta ja miten riskienhallinta on organisoitu?

Yksikön riskienhallinnasta vastaa yksikön palveluvastaava, jota tässä tehtävässä tukee asiakas- ja potilasturvallisuusriskien osalta yksikön vastaava lääkäri.

Riskien hallinnan organisoituminen:

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

- jokainen työntekijä vastaa omassa työssään riskien tunnistamisesta ja ennakoivien toimintatapojen noudattamisesta.
- aluejohto (ylliääkäri ja palvelualuejohtajat) ja esihenkilöt (palveluvastaava ja vastaava lääkäri) vastaavat paikallisten riskien ja mahdollisuuksien tunnistamisesta (yksikön SWOT), käytännön toiminnan riskitietoisuudesta (asioiden käsittely yksikön palaverissa), ennakoivien toimintatapojen mukaisuudesta (perehdytys), omavalvontasuunnitelman toteutumisesta ja riskitilanteen seurannasta (yksikön johdon kokoukset).
- liiketoimintajohto ja kumppanuuksien laatujohtoryhmä vastaavat vastuualueensa liiketoimintariskien hallinnasta, mahdollisuuksien hyödyntämisestä, operatiivisesta laadusta ja omavalvontaohjelman toteutumisesta.

Miten palveluyksikön toiminnan riskejä tunnistetaan ja mitkä ovat asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta palveluyksikön toiminnan keskeiset riskit⁸?

Riskien tunnistamisessa hyödynnetään vuosittain tehtävää yksikön riskien kartoitusta (SWOT), säännöllisesti tehtäviä prosessiriskien läpikäyntejä (8 prosessia), asiakaspalautteita, vaaratapahtumailmoituksia, viranomaisten tarkastusraportteja ja selvityspyyntöjä, sisäisiä auditointeja, itsearviointeja (mm. lääkehuollon ja hygienian omatarkastukset).

Palveluyksikön toiminnan keskeisiä riskejä ovat:

- henkilöstön riittävyys ja pysyvyys
- henkilöstön osaamisen ylläpito
- tiedonkulun ja vuorovaikutuksen haasteet
- tietosuojan tai tietoturvan vaarantuminen
- tietojärjestelmien toiminta (potilastietojärjestelmä, muut sähköiset työkalut)

Miten riskienhallinnassa tunnistettujen riskien suuruus ja vaikutus palvelutoimintaan arvioidaan?

Riskit priorisoidaan kumppanuuksien johdon toimesta niiden todennäköisyyden ja vaikutusten suuruuden perusteella hyödyntäen priorisointimatriisia. Todennäköisten ja vaikutuksiltaan suuriksi arvioitujen riskien osalta tehdään kehityssuunnitelma, jonka toteutumista seurataan laatujohtoryhmässä. Yksikön tason riskien arviointi toteutetaan yksikön johdon palaverissa ja sieltä nostetaan tarvittaessa laatujohtoryhmän käsittelyyn riskit, jotka uusia tai merkittäviä myös muissa yksiköissä. Yksikön riskienhallinnan toimenpiteiden vaikuttavuutta ja riittävyyttä seurataan yksikön johdon kuukausikokouksissa.

4.3.2 Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Millaisin käytännön toimin palveluntuottaja ennaltaehkäisee ja hallitsee palveluyksikön toimintaan ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvia riskejä?

1. Henkilöstön systemaattinen perehdytys ja koulutus, perehdytyksen tarkistuslista, kumppanuuksien kuukausikoulutukset ja muu koulutus
2. kuvatut ydinprosessit, joihin tunnistettu riskit ja kuvattu niiden hallintatoimet
3. asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus henkilöstölle pakollinen (kerrataan 3 vuoden välein)
4. tietosuojakoulutus (kerrataan 2 vuoden välein) ja tietoturvakoulutus (kerrataan 1 vuoden välein) molemmat pakollisia henkilöstölle
5. prosessiriskien läpikäynti ja arviointi yksikön henkilöstön kanssa sekä tarvittavat toimenpiteet
6. Lääkitysturvallisuuden itsearviointi (IMS ohje, tehdään Pajaan)
7. Hygieniakartoitus / Infektioiden torjunnan omatarkastus (IMS ohje, tehdään Pajaan)
8. vaaratapahtumailmoitusten tekeminen ja niistä oppiminen, vakavan vaaratapahtuman käsittelyyn tarkempi ohjeistus IMS
9. johto seuraa toimintaa vähintään viikoittain/kuukausittain ja varmistaa riskienhallinnan toteutumisen

Miten riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan?

Seurannalla (yksikön johdon kuukausikokous) ja vaikuttavuuden arvioinnilla. Mikäli todetaan, ettei sovitulla keinoilla riskiä hallita riittävästi, sovitaan lisätoimet ja niiden vastuutus sekä seuranta.

Yksikkö:

Miten varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla?

Omavalvonnan ja riskien hallinnan toimenpiteiden toteutumista seurataan yksikön johdon kuukausikokouksissa, joissa nämä asiat ovat vakioasialistalla. Toimenpiteet, niin suunnitelmalliset kuin havaittuihin epäkohtiin liittyvät, vastuutetaan ja aikataulutetaan sekä toteutuminen varmistetaan seurannalla. Omavalvonnassa hyödynnetään jatkuvan kehittämisen Paja-työkalua, jonne kirjataan yksikön tekemät itsearviointit, laatutiimin tekemät laukukäynnit, sisäiset ja ulkoiset auditoinnit. Pajaan kirjatut poikkeamat vastuutetaan, aikataulutetaan ja sovitaan seuranta sekä korjaustoimien vaikutusten arviointi, järjestelmä muistuttaa jokaisesta vaiheesta.

Kuvaa vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettely⁹.

Yksikössä on nimetty potilasturvallisuusvastaava, joka huolehtii vaaratapahtumien käsittelystä yksikössä konsernin yhteisen ohjeen mukaisesti: Vaaratapahtumien käsittelyn työohje potilasturvallisuusvastaavalle (IMS)

Potilasturvallisuusvastaava käynnistää asian selvittäminen ja johtaa juurisyiden analysointia, varsinainen analysointi ja korjaavien toimenpiteiden määrittely tehdään vastaavan lääkärin ja palveluesivastaavan toimesta. Paras tulos saavutetaan sillä, että otetaan henkilöstö mukaan asian käsittelyyn ja toimenpiteiden suunnitteluun. Tämä myös sitouttaa toimenpiteiden noudattamiseen sekä kannustaa ilmoitusten tekemiseen jatkossakin.

Käsittelyssä olennaista on minimoida vahingot potilaalle ja löytää syyllistämättömällä tavalla juurisyitä tapahtuneelle.

Todetut epäkohdat korjataan epäkohdan laadusta ja suuruudesta riippuen esihenkilöiden johdolla joko keskustelulla asianosaisten kanssa, keskustelulla yksikön henkilöstön kanssa, yksikön toimintaohjeen kertaamisella tai päivittämisellä, yksikön vaikutusvallan ulkopuolella olevien epäkohtien osalta viestitään aluejohtajalle ja kumppanuusratkaisujen yllilääkärille sekä palvelualuejohtajalle, jotka huolehtivat korjaustoimien toteutumisesta.

Vaaratapahtumat käsitellään anonyymisti yksikön henkilöstön kanssa yksikköpalaverissa, jolloin henkilöstö on osallinen myös korjaavien toimenpiteiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tilaajalle vaaratapahtumista ilmoitetaan sovitusti ja lisäksi raportoidaan koosteena sopimuksen seurantar ryhmässä 1-4/vuodessa. Tarvittaessa asiaa käsitellään ja tiedotetaan muita yhteistyötahoja Terveystalon konsernin sisällä ja ulkopuolella.

Vaaratapahtumien käsittelyä seurataan ja raportoidaan kumppanuusratkaisujen laatujohtoryhmälle neljä kertaa vuodessa. Palvelualuejohtajien ja yllilääkärin toimesta jalkautetaan muissa yksiköissä vaaratapahtumista opittua toisiin yksiköihimme.

Kuvaa palveluntuottajan ja henkilöstön valvontalain 29 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden ja -oikeuden toteuttamista sekä muita mahdollisia lakisäätöisiä ilmoitusvelvollisuuksia koskevat menettelyohjeet.

Valvontalain 29§:n mukainen ilmoitusvelvollisuus

Palveluntuottajan on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluntuottaja ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin [Yksityiset palveluntuottajat - Päijät-Hämeen hyvinvointialue](#) sivulla.

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön on ilmoitettava viipymättä salassapitosäätöjen estämättä palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen voi tehdä suullisesti esihenkilölle tai kirjallisesti joko nimellä tai anonymisti vaaratapahtumailmoitusjärjestelmään. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta palvelunjärjestäjälle tai palveluntuottajalle. Palvelunjärjestäjän, palveluntuottajan ja vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäätöjen estämättä.

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava ja ilmoituksen tehnyt henkilö voi ilmoittaa asiasta salassapitosäätöjen estämättä valvontaviranomaiselle, jos epäkohtaa tai ilmeisen epäkohdan uhkaa taikka muuta lainvastaisuutta ei korjata viivytyksettä.

Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Palveluntuottajan tai vastuuhenkilön menettelyä on pidettävä kiellettyä vastatoimena, jos henkilön työ- tai virkasuhteen ehtoja heikennetään, palvelussuhde päätetään, hänet lomautetaan, häntä muutoin kohdellaan epäedullisesti tai häneen kohdistetaan muita kielteisiä seurauksia sen vuoksi, että hän on tehnyt epäkohtailmoituksen tai osallistunut ilmoittamansa asian selvittämiseen. Kiellettyä on myös estää tai yrittää estää henkilöä tekemästä ilmoitusta.

Lastensuojeluilmoitus (lastensuojelulaki 25a§)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä ja palveluntuottajalla on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, jos he ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä.

Vaitiolovelvollisuus ei estä tekemästä lastensuojeluilmoitusta. Tee ilmoitus viipymättä lapsen asuinkunnan hyvinvointialueelle. Katso tarkemmat ohjeet ja yhteystiedot oman hyvinvointialueesi verkkosivuilta. Ota yhteyttä hyvinvointialueen sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen (112), jos tilanne on kiireellinen tai teet ilmoituksen virka-ajan ulkopuolella. Soita hätänumeroon 112, jos tilanne on kiireellinen etkä voi selvittää lapsen asuinpaikkaa tai hyvinvointialueen lastensuojelun yhteystietoja.

Ilmoitus sosiaalihuollon tuen tarpeen arviointia varten /huoli-ilmoitus

Yhteydenotto / ilmoitus sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi perustuu sosiaalihuoltolain 35 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa mahdollisesta tuen tarpeesta sosiaalihuoltoon. Huoli voi herätä kaikenikäisistä, ja tämän voi tehdä esimerkiksi lastensuojeluilmoituksen sijasta yhdessä huoltajan kanssa. Tyypillinen huoli-ilmoitus koskee ikäihmistä, joka ei toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi pysty huolehtimaan asioistaan. Ilmoitusvelvollinen ei voi tehdä ilmoitusta nimettömästi. Ilmoitus tehdään hyvinvointialueelle, tarkista ohje hyvinvointialueen verkkosivuilta, usein ilmoitusta varten on käytössä sähköinen ilmoituslomake/kanava.

Lääkärin ilmoitusvelvollisuus ajoterveydestä

Lääkärin on salassapitosäätöjen estämättä ilmoitettava poliisille, jos ajokorttiluvan hakija tai ajo-oikeuden haltija ei enää täytä ajokortin terveysvaatimuksia. Terveysvaatimukset eivät täyty, jos henkilön terveydentila on heikentynyt muusta kuin tilapäisestä syystä tai jatkuvan päihteiden väärin käytön takia.

Lääkärin ja hammaslääkärin velvollisuus ilmoittaa tartuntataudista

Lääkärin ja hammaslääkärin tulee tehdä ilmoitus epäilemästään tai toteamastaan yleisvaarallisesta tai ilmoitettavasta tartuntatautitapauksesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL).

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Tarkemmin ammattihenkilöiden ilmoitusvelvollisuuksista ja -oikeuksista <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/ammattihenkilön-ilmoitusvelvollisuudet-ja-oikeudet>

Miten henkilöstölle tiedotetaan ilmoitusvelvollisuuksista ja -oikeuksista ja niiden käytöstä?

Henkilöstö perehtyy omavalvontasuunnitelman yhteydessä uutena työntekijänä ja suunnitelman säännöllisten päivitysten yhteydessä.

Miten käsitellään ja otetaan palveluyksikön riskienhallinnassa huomioon valvovien viranomaisten selvityspyynnöt, ohjaus ja päätökset?

Valvovien viranomaisten selvityspyynnöt käsitellään virallisten selvityspyyntöjen prosessiohjeen mukaisesti, mihin kuuluu juurisyyanalyysin tekeminen ja välittömien korjaavien sekä juurisyytä korjaavien toimenpiteiden suunnittelu ja toteutus. Toimenpiteitä tarkennetaan tai lisätään viranomaiselta saadun ohjauksen ja päätösten perusteella. Toimenpiteiden toteutumisen seuranta yksikön johdon kuukausikokouksissa.

4.3.3 Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

Miten riskienhallinnan toimivuutta seurataan ja arvioidaan?

Operatiivista toimintaa seurataan yksikössä päivittäin ja johdon tasolla vähintään kuukausittain. Yksikön johdon kuukausikokouksen vakioasialistalla riskienhallinnan toimenpiteiden toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta.

Miten hygieniaohteiden ja infektiorjunnan toteutumista seurataan?

Ammattilaisten ja esihenkilön havainnot käytännön työssä. Vuosittain itsearviointina hygieniakartoitus/infektioiden torjunnan omatarkastus, joiden toteutumista seurataan Paja työkalun kautta kumppanuuksien laatujohtoryhmässä.

Vaara- ja haittatapahtumien raportointikäytännöt?

Vaara- ja haittatapahtumien määriä seurataan yksikön johdon kuukausikokouksissa sekä kumppanuuksien laatujohtoryhmässä ja tilaajittain sovitulla tavalla hyvinvointialueille. Omavalvonnan seurannan raportointi julkisesti sisältää myös tietoja vaaratapahtumista.

Miten henkilöstön riskienhallinnan osaaminen varmistetaan?

Riskien arviointia ja hallintaa käsitellään henkilöstön kanssa vuosittain. Yksikössä tehdään henkilöstön kanssa. SWOT-pohjalla toimintaan liittyvien vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien arviointi sekä suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet uhkien eli riskien hallintaan. Näitä seurataan yksikköpalavereissa ja kirjataan niiden muistioihin. Lisäksi henkilöstön kanssa arvioidaan säännöllisesti toiminnan keskeisten, kuvattujen prosessien riskit ja niiden hallintaan tarvittavat toimenpiteet

4.3.4 Ostopalvelut ja alihankinta

Kuvaa, miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa.

Hankittaessa alihankintana palveluita varmistamme, että palvelut vastaavat laadultaan ja sisällöltään sopimuksessa luvattua palvelua. Ohjaamme ja valvomme hankkimiamme palvelujen laatua, lainmukaisuutta sekä asiakasturvallisuutta samalla tavoin kuin omia palvelujamme.

Varmistamme, että palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palvelujen tuottamisesta. Varmistamme tätä erilaisin toimenpitein. Selvitämme mm.

ammattihenkilön rekisteröitymiseen, rikostaustaan ja yrityksen omavalvontaanliittyviä tekijöitä. Tutustumme palveluntuottajan yksiköihin aina etukäteen ja valvomme yksiköiden toimintaa ennalta sovituin käynnein ja tarvittaessa yllätyskäynnein. Jos emme pysty omavalvonnallisin keinoin ratkaisemaan havaitsemiamme epäkohtia tai puutteita, ilmoitamme asiasta aina valvovalle viranomaiselle.

Yksikkö:

4.3.5 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Kuka vastaa palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta ja valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta¹⁰?
Palveluyksikön yhteyshenkilönä hyvinvointialueen valmius- ja jatkuvuudenhallintayhteistyössä toimii palveluvastaava.

5 Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

5.1 Toimeenpano

Miten varmistetaan henkilöstön omavalvonnan osaaminen ja sitoutuminen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan. Ajantasainen omavalvontasuunnitelma on oltava palveluyksikön henkilöstön tiedossa ja saatavilla kaiken aikaa. Omavalvontasuunnitelman muutokset on tiedotettava henkilöstölle.

Henkilöstö perehtyy omavalvontasuunnitelmaan työsuhteen alussa ja aina omavalvontasuunnitelman päivityksen yhteydessä. Omavalvontasuunnitelma on sähköisessä IMS järjestelmässä, johon kukin työntekijä laittaa lukukuittauksen suunnitelmaan perehdyttyään. Omavalvontasuunnitelma on saatavilla yksikössä tulosteena sekä henkilöstölle että asiakkaille sekä julkisessa verkossa. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vähintään vuosittain ja aina tarvittaessa, päivityksestä tiedotetaan henkilöstöä ja päivityksen jälkeen vaaditaan uudet lukukuittaukset IMS järjestelmässä.

Miten omavalvontasuunnitelman ja siihen tehtävien päivitysten asianmukainen toteutuminen varmistetaan palveluyksikön päivittäisessä toiminnassa.

Ammattilaisten ja esihenkilöiden havainnoin, vaaratapahtumailmoitusten, muistutusten ja kanteluiden kautta

5.2 Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Millä julkisuutta edistävällä tavalla se julkaistaan ja miten se on julkisesti nähtävänä palveluyksikössä.

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan julkisessa tietoverkossa

<https://www.terveystalo.com/fi/julkiset-palvelut/kuntalaisille/kumppanuusratkaisuiden-omavalvontasuunnitelmat>

ja se on nähtävillä yksikön päiväsalissa ilmoitustaululla ja siitä saa pyydettyä kopion

Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelma pidetään ajan tasalla ja siihen tehtävät päivitykset julkaistaan viiveettä. Omavalvontasuunnitelman päivittämisessä ja julkaisemisessa on huomioitava palveluissa, niiden laadussa ja asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset.

Omavalvonnan toteutumisen seuranta on yksikön johdon kuukausipalaverin vakioasialistalla, jotta varmistetaan suunnitelman toteutuminen ja toisaalta muutosten päivittäminen. Yksikön palveluvastaava vastaa yksikön omavalvontasuunnitelman päivittämisestä.

Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan.

Omavalvonnan toteutumisen seuranta on yksikön johdon kuukausipalaverin vakioasialistalla, jotta varmistetaan suunnitelman toteutuminen, muutosten päivittäminen sekä seurataan havaittujen puutteellisuuksien vuoksi sovittujen toimenpiteiden toteutumisesta.

Miten varmistetaan, että seurannasta tehdään selvitys ja sen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein.

Seurannasta annettavien selvitysten varmistaminen on kumppanuusratkaisujen ylläjäärin (terveydenhuolto) ja palvelualuejohtajien vastuulle. Toteutumista seurataan kumppanuusratkaisujen laatujohtoryhmässä 4 kertaa vuodessa.

Omavalvontasuunnitelman muutokset:

Yksikkö:

Versio: 2

Voimassaoloaika: 23.1.2028

Päivitetty vastuhenkilö, palvelualuejohtaja, kohtaan 4.1.2 Palveluyksikön perustiedot.
Lääkinnällisten laitteiden osaamisen varmistamista perhdytyksellä 4.2.9

Henkilöstön palautteenantokanavat, henkilöstökyselyt ja henkilöstön osallistuminen omavalvontasuunnitelman päivitykseen lisätty kohtaan 4.2.12

Omavalvonnan toteutumisen seuranta yksikköpalaverissa kohtaan 5.2

Lisätty Päijät-Hämeen hyvinvointialueella 1.1.2026 käyttöön otettu omavalvontailmoituksen osoite kohtaan 4.3.2.

Liitteet

vain Terveystalon sisäiseen käyttöön

- 4.2.4 Potilaalta tullut muistutus -prosessikuvaus IMS
 - 4.2.5 Syke -Esihenkilölle: Onnistumisen johtamisen toimintamalli
 - 4.2.5 Työnantajan velvollisuus pyytää rikosrekisteriote nähtäväksi lasten ja nuorten, iäkkäiden tai vammaisten kanssa työskenteleviltä -ohje IMS
 - 4.2.8 Toimitilaturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien käsittely -ohje IMS
 - 4.2.9 IMS prosessikuvaus Terveystalon laitteet ja lisäksi erilliset ohjeet mm. laiterekisterin käyttöön, lääkinnällisen laitteen käyttöönottoon, käyttäjien perehdytykseen käytönaikaiseen seurantaan, laitteeseen liittyvän poikkeustilanteen menettelyyn, sähkökatkoihin varautumiseen
 - 4.2.12 Asiakaspalautteen käsittely - prosessi IMS, Asiakaspalautteen käsittely Efectessä, ohje IMS
 - 4.3 Kumppanuusratkaisujen riskienhallinnan työkirja 2024 Syke-intranet, Toimintakäsikirja-Riskienhallinta
 - 4.3.2 Kumppanuuksien riskienhallinnan työkirja – Syke
 - 4.3.2 Lääkitysturvallisuuden varmistaminen IMS
 - 4.3.2 Hygieniakartoitus / Infektioiden torjunnan omatarkastus IMS
 - 4.3.2 Vaaratapahtumien käsittelyn työohje potilasturvallisuusvastaavalle IMS
 - 4.3.2 Vakavan vaaratapahtuman käsittely sekä henkilökunnan tukeminen tapahtuman jälkeen IMS
- [Suomen Terveystalo Oy:n omavalvontasuunnitelma](#)

Päiväys 11.12.2025

Vastuhenkilö Paula Reponen, ylilääkäri (sähkökirjoitus IMS tai tulosteen viim. sivulla)

Yksikkö:

Viitteet

Lomake on laadittu [Valviran määräyksen dnro V/42106/2023](#) mukaisesti.

¹Katso lisää sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisuja 2022:2).

²Vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien työntekijöiden rikostaustan selvittäminen tulee sovellettavaksi vammaispalvelulain (675/2023) voimaantulosta lukien.

³Määräyksen soveltamisalassa riskit liittyvät myös asiakkaiden ja potilaiden käytössä olevien tilojen terveydellisiin olosuhteisiin, joista on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa asunnon ja muun oleskelutilan terveydellisistä olosuhteista sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden pätevyysvaatimuksista (545/2015, asumisterveysasetus).

⁴Palveluntuottajan on otettava huomioon toimitilojen ja toimintaympäristön tietosuojan ja tietoturvan järjestäminen ja toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain (703/2023, asiakastietolaki) 77 §:n 1 momentin 9 kohdan nojalla laadittavassa suunnitelmassa (tietoturvasuunnitelma).

⁵Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) on antanut määräyksen Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus ja ohjeen Vaaratilanteessa olleen lääkinällisen laitteen käsittely (Fimea 1/2023). STM on julkaissut Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – oppaan laiteosaamisen varmistamiseen (STM:n julkaisuja 2024:3).

⁶Katso lisää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Määräys 3/2024 tietoturvasuunnitelmaan sisällytettävistä selvityksistä ja vaatimuksista.

⁷Katso lisää STM:n opas Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (STM:n julkaisuja 2021:6).

⁸Riskienhallinnassa tulee ottaa huomioon muun muassa työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajan velvoitteet, joilla voi olla vaikutusta palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuuteen, sekä terveydensuojelulain (763/1994) mukainen velvollisuus tunnistaa toimintansa terveyshaittaa aiheuttavat riskit ja seurata niihin vaikuttavia tekijöitä.

⁹Katso tarkemmin muun muassa vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta, välittömistä korjaavista toimenpiteistä, tapahtumien analysoinnista ja niistä oppimisesta STM:n julkaisu Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille (STM:n julkaisuja 2023:31).

¹⁰Katso lisää muun muassa palvelujen jatkuvuudenhallinnan prosesseista, johtamisesta, ennakoinnista ja suunnittelusta sekä häiriönhallinnasta ja kriisien johtamisesta STM:n julkaisuista Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille (STM julkaisuja 2019:10) ja Sopimusperusteinen varautuminen. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille (STM julkaisuja 2019:9).

Seuraavat dokumentit on allekirjoitettu maanantai 26. tammikuuta 2026



**Omaavontasuunnitelma, Sysmän
vuodeosasto.pdf**
(463714 byte)
SHA-512: a50f3d986bf5081919400c42b338afaf27c5e
38c79bd01ae44d92a2c7b75b2b34c7968a74652699f897
fcf4c663a0a8e9f798219627eb52ebdd9319b6e2d2723

Allekirjoitukset

26.1.2026 11.19.23 (CET)



Paula Reponen

paula.reponen@terveystalo.com
03102315599
Allekirjoitettu eID: Ilä (Vrk-FINeID)



Allekirjoituksen on sertifioinut Assently



Omaavontasuunnitelma, Sysmän vuodeosasto

Tämän tosیتteen aitouden varmistaminen voidaan tehdä skannaamalla oheinen QR-koodi. Voit tehdä tämän myös käymällä
<https://app.assently.com/case/verify>
SHA-512:
1b0ad0878f5ad61532dcdfada263686502bc3fefac85910701088e871a79ef2a66e064069a0d1f1c59c0931ece022821d0b43e26c7bcb4543ab62a7e7ab063a



Tästä tosیتteesta

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Assently E-Sign -palvelussa. Palvelun tarjoaa Assently AB, yrittysrekisterinumero 556828-8442, Ruotsi.