

Omavalvontasuunnitelma

Suomen Paikallislääkärit

Helpro Terveysasemat Oy

Sisällys

Lukijalle.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	3
1.4 Päiväys	3
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	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
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	10
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen ..	12
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	15
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	15
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta.....	15
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä.....	17
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....	18
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	20
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	20
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	20
Liitteet	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Palveluntuottajan nimi: Helpro Terveysasemat Oy (Suomen Paikallislääkärit)
- Y-tunnus ja SOTERI-rekisteröintinumero (OID-tunnus): 3532866-3
- Yhteystiedot:
 - Toimitusjohtaja Satu Virtanen, satu.virtanen@paikallislaakarit.fi / 0405369978
 - Lääketieteellinen johtaja Veli-Matti Varmo, veli.varmo@paikallislaakarit.fi

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Palveluyksikön nimi : Helpro Terveysasemat
- Yhteystiedot : Pääskyläntie 44, 42100 Jämsä
- Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot : LL Veli-Matti Varmo

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Helpro Terveysasemat Oy tuottaa perusterveydenhuolto-tasoisia lääkäri- ja hoitajapalveluita sekä laboratorionäytteenottoa soveltuvilta osin. Asiakkaitamme ovat yksityishenkilöt, organisaatiot ja julkinen sektori. Asiakkaat voivat hakeutua palveluidemme piiriin itse maksavina, vakuutusasiakkaina tai esimerkiksi julkisen rahoituksen kautta (Kela, palvelusetelit).

Tuotamme palveluita sekä läsnä- että etäpalveluina, asiakkaamme tarpeen mukaan. Lähipalveluita tuotamme useiden hyvinvointialueiden alueella, etäpalveluita koko Suomen laajuisesti.

Toimintamme ytimessä on vastuullinen ja laadukas toiminta, jota kehitetään jatkuvasti. Haluamme tarjota palveluja erityisesti siellä, missä palveluita on muuten karsittu. Näin pyrimme vaikuttamaan positiivisesti jokaisen suomalaisen terveyteen ja hyvinvointiin.

Arvot: Lähellä ihmistä, saavutettavasti, luotettavasti suurella sydämellä

Visio: Tuotamme terveydenhuollon palveluita siellä missä niiden palveluntarjonta on heikentynyt.

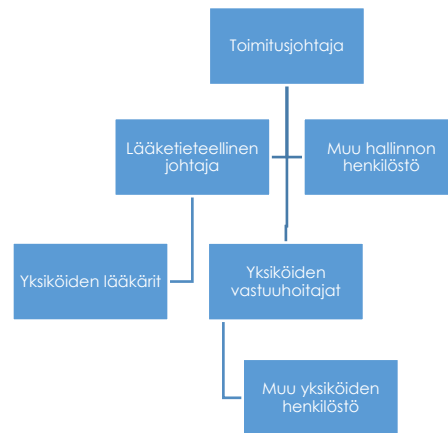
Missio: Terveysterveystuottoa paikallisesti

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma versio 2, 26.9.2025

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Lääketieteellistä kokonaisuutta johtaa ja valvoo yrityksen lääketieteellinen johtaja, joka vastaa toiminnan lainmukaisuudesta, lääketieteellisestä sisällöstä, vaikuttavuuden seurannasta sekä potilasturvallisuudesta. Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä ja hyväksymisestä vastaavat lääketieteellinen johtaja sekä toimitusjohtaja yhdessä. Toimipistetasoisesta käytännön toteutuksesta vastaavat toimipisteiden vastuuhoidajat ja lääkärit yhteistyössä mahdollisten muiden sote-ammattilaisten kanssa.



Omavalvonta on tärkeä osa jokaisen toimipisteiden henkilöstön sekä vastuuhenkilöiden työtä. Omavalvontasuunnitelma jalkautetaan henkilöstölle perehdytyksessä, lähi- / päivittäisjohtamisessa ja päivitysten osalta esimerkiksi viikko- / kuukausipalavereissa.

Jokainen henkilöstöön kuuluva perehdytetään omavalvontasuunnitelmaan sekä omavalvonnan prosesseihin. Omavalvonnassa havaitut asiat käsitellään vähintään kuukausittain, kiireelliset välittömästi lääketieteellisen johtajan ja / tai toimitusjohtajan johdolla.

Omavalvontasuunnitelma sekä muut relevantit suunnitelmat ja ohjeistukset (esim. lääkehoitosuunnitelma ja tietoturvasuunnitelma) päivitetään vähintään vuosittain, lisäksi tarvittaessa. Päivittämisestä vastaa lääketieteellinen johtaja yhteistyössä toimitusjohtajan ja kehitysjohtajan kanssa. Päivitys- ja kehitystyöhön osallistetaan muuta henkilöstöä toimipisteistä sekä otetaan huomioon asiakkailta saatu palaute ja mahdolliset poikkeamat, joiden pohjalta toiminnan kehittäminen on ja on ollut tarpeen.

Ajantasainen omavalvontasuunnitelma löytyy yrityksen internet-sivuilta. Muut tarpeelliset suunnitelmat ja ohjeistukset sekä versiohistoria löytyy yrityksen sähköisestä arkistosta. Pelastussuunnitelma on esillä jokaisessa yksikössä erikseen, paperisena.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

Potilaiden hoitoon pääsy on palveluidemme onnistumisen elinehto, jonka takeena ovat sitoutunut henkilökunta. Pitkät asiakassuhteet ovat eduksi sekä asiakkaille että palvelua tuottaville sote-ammattilaisille.

Jos palveluiden tuottamisessa käytetään alihankintaa, tulee alihankkijoiden sitoutua yrityksemme omavalvontasuunnitelman periaatteisiin sekä käytännön prosesseihin toiminnan turvallisen hoidon toteuttamisen takaamiseksi. Alihankkijat perehdytetään yhtiön ja toimipisteen toimintamalleihin, prosesseihin ja omavalvontaan kuten yrityksen omat työntekijät perehdytetään. Näin varmistamme, että sama tieto on olemassa myös alihankkijoilla ja he sitoutuvat toimimaan yrityksemme toimintatapojen mukaisesti. Mahdolliset palautteet käydään läpi myös alihankkijoiden / ammatinharjoittajien kanssa ja heidän toimintaansa valvotaan käytännössä kuten omaa toimintaa.

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Palveluiden saatavuus varmistetaan seuraavin keinoin:

- Yhteistyössä toistensa kanssa toimiva toimipisteverkosto, joka tukee toisiaan maantieteellisen sijainnin ansiosta
- Yksiköiden osittain yhteinen henkilöstö, joka pystyy sijaistamaan eri toimipisteissä
- Laaja rekrytointi-/resurssipooli, jonka avulla varmistetaan tarvittavat lisä- / sijaisresurssit
- Joustava resurssi, joka mahdollistaa esimerkiksi kysyntähuippujen tasaamisen

Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta, riskinarviointi asteikolla 1-5 (1= pieni riski, 5=suuri riski)

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön saatavuus	5	Jatkuva rekrytointi ja vahva hallinnon taustaorganisaatio
Saatavuus (esim. aukioloajat)	3	Aktiivinen kysynnän ja tarjonnan seuranta ja siihen reagoiminen, kausivaihtelun huomioiminen

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen, monialainen yhteistyö ja tiedonsiirto

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

- Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot: toimitusjohtaja Satu Virtanen

Valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan palveluyksiköissämme erityisesti palveluiden saatavuutta asiakkaille ilmoitettujen aukioloaikojen puitteissa sekä henkilöstön pysyvyyttä.

Palveluiden jatkuvuus varmistetaan useilla eri toimenpiteillä:

- Yksiköiden välinen yhteistyö ja osittain sama henkilökunta
- Kausivaihtelun huomioiminen tarjonnassa
- Aktiivinen rekrytointi ja sitoutunut henkilöstö
- Omahoitaja / omalääkäri -malli potilaskontakteissa
- Yhteistyö muiden toimijoiden (esim. julkinen verkosto) kanssa soveltuvilta osin

Yrityksen potilastietojärjestelmä on liitetty Kanta-arkistoon, jota kautta tieto potilaista siirtyy yksityisen ja julkisen sektorin toimijoiden välillä, jos potilas on antanut tähän luvan.

*Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Infektioaika / henkilökunnan sairastuminen	3	Hygieniä ja infektioiden torjunta potilastyössä Sijaisjärjestelmä

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palveluiden laatu, turvallisuus sekä asiakaskeskeisyys ovat toimintamme kulmakiviä. Laadusta huolehditaan sekä lääketieteellisen johtajan että yrityksen ylimmän johdon toimesta muun muassa varmistamalla lainsäädännön toteutuminen yksiköissämme sekä toiminnassamme yleisesti. Toimintaamme ohjaavat mm. terveydenhuoltolaki, yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki, potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki, tartuntatautilaki, potilasvakuutuslaki ja työturvallisuuslaki.

Toimipiste-tasolla vastaava hoitaja on avainroolissa laadunhallinnassa, turvallisuudessa sekä asiakaskeskeisen toimintamallin toteuttamisessa.

Laatua mitataan muun muassa asiakastyytyväisyyskyselyin. Mahdolliset reklamaatiot ja poikkeamat käsitellään viipymättä ja niiden pohjalta toimintaa kehitetään ja korjataan.

Riskien- sekä laadunhallinnasta vastaa yrityksemme laatutiimi, johon kuuluvat lääketieteellinen johtaja, toimitusjohtaja, kehitysjohtaja, rekrytointijohtaja sekä vastaava hoitaja.

Käytännön toiminnassa asiakkaat tunnistetaan paikan päällä kuvallisella henkilötodistuksella, verkossa annettavien palveluiden osalta käytössä on kaksivaiheinen tunnistautuminen. Etäpalveluissa käytetään palvelualustoja, joiden toimintavarmuus on todennettu ja ne ovat Valviran hyväksymiä.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Toiminnassamme käyttämämme toimitilat ovat tarkoitettu nimenomaan terveydenhuollon palveluiden antamiseen ja niiden varustelu sekä terveellisyys ja hygieniä ovat keskiössä. Toimitiloissamme on kiinnitetty erityistä huomiota myös äänieristykseen potilasturvallisuuden ja yksityisyyden suojan takaamiseksi. Näytteenottoon käytettävissä tiloissa hygieniaan kiinnitetään vielä erityistä huomiota.

Toimitilojen osalta tehdään tiivistä yhteistyötä toimitilojen omistajien kanssa. Tavoitteenamme on varmistaa toimivat, terveelliset ja käyttöön soveltuvat tilat.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

- Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta: toimitusjohtaja Satu Virtanen
- Palveluntuottajan tietosuojavastaavan nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot: kehitysjohtaja Matti Helaste

EU:n tietosuoja-asetuksen ja tietosuojalain vaatimukset

Palveluyksikön toiminta perustuu EU:n yleiseen tietosuoja-asetukseen ((EU) 2016/679) sekä tietosuojalakiin (1050/2018). Toiminnassa huomioidaan tietosuojaperiaatteet, kuten lainmukaisuus, tarkoitussidonnaisuus, tietojen minimointi, tarkkuus, säilytyksen rajoittaminen ja eheys sekä luottamuksellisuus. Rekisteröityjen oikeudet, kuten tarkastusoikeus, oikeus tietojen oikaisuun ja poistamiseen, toteutuvat kirjallisen pyynnön perusteella. Osoitusvelvollisuus täytetään dokumentoimalla toimintatavat ja koulutukset sekä säilyttämällä lokitietoja.

Henkilötietojen suojaa koskevat ohjeet

Kaikilla työntekijöillä on käytössään ajantasaiset ohjeet henkilötietojen käsittelystä. Ohjeet ovat saatavilla sisäisessä verkossa tai paperisina yksikön kansiossa, ja ne käydään läpi perehdytyksen yhteydessä sekä säännöllisesti päivitettävissä koulutuksissa.

Henkilöstön tietosuojaosaamisen varmistaminen

Tietosuojaosaaminen varmistetaan perehdytyksellä, vuosittaisilla täydennyskoulutuksilla sekä tietoturvaohjeiden kertaamisella. Henkilöstölle on laadittu selkeät toimintaohjeet tietoturvaloukkaustilanteiden varalle.

Asiakas- ja potilastietojen käsittelyohjeet

Henkilöstöllä on käytössään ajantasaiset ohjeet asiakas- ja potilastietojen kirjaamisesta ja käsittelystä. Ohjeet sisältävät tietojen merkitsemisen oikea-aikaisesti, tarkasti ja potilasturvallisuutta tukevasti sekä lainsäädännön mukaisesti.

Tietojen tarkastus, korjaus ja luovutus

Asiakas tai potilas voi tarkastaa ja pyytää oikaisemaan omat tietonsa kirjallisella pyynnöllä. Luovutus sivullisille, kuten toiselle palveluntuottajalle tai viranomaiselle, tapahtuu ainoastaan lain sallimissa puitteissa ja kirjallisen suostumuksen tai viranomaispyynnön perusteella.

Tietojärjestelmät ja arkistointi

Asiakas- ja potilastiedot kirjataan seuraaviin järjestelmiin: Vitec Acute

Tietojen arkistointi hoidetaan lain edellyttämällä tavalla, sähköisesti suojatuissa järjestelmissä tai paperimuodossa lukituissa tiloissa, määräaikaaisesti säilytysaikojen mukaisesti. Paperimuotoista tietojen säilyttämistä pyritään välttämään.

Käyttöoikeuksien hallinta

Käyttöoikeudet määritellään tehtäväkohtaisesti, ja ne tarkistetaan säännöllisesti. Jokaisella työntekijällä on pääsy vain työtehtävissään tarvitsemiinsa tietoihin. Käyttöoikeudet kirjataan ja valvotaan järjestelmäkohtaisesti.

Tietosuojaan seuranta ja lainsäädännön noudattaminen

Tietosuojaan toteutumista seurataan yhteistyössä IT-yhteistyökumppanin kanssa, mm. lokitietojen avulla. Lainsäädännön sekä viranomaismääräysten ja yksikön omien ohjeiden noudattamista valvotaan säännöllisesti. Havaitut puutteet dokumentoidaan ja korjataan viipymättä.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Potilastietojärjestelmä:

Tietoturva vastaa ja tietosuojavastaavana toimii: Kehitysjohtaja Matti Helaste
Tietoturvasuunnitelma on laadittu/päivitetty: 31.9.2025

Tietojärjestelmien vaatimustenmukaisuus

Palveluyksikössä käytetään ainoastaan asiakastietolain (784/2021) vaatimukset täyttäviä tietojärjestelmiä, jotka ovat käyttötarkoitukseltaan yksikön toimintaan soveltuvia. Kaikki käytössä olevat järjestelmät löytyvät Valviran ylläpitämästä tietojärjestelmärekisteristä ja ne tarkistetaan säännöllisesti.

Potilastietojärjestelmä ja ajanvaraus on toimintamme keskiössä, jota varten myös asiakastietolakiin, tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät toimenpiteet tehdään. Poikkeamista ilmoitetaan välittömästi asianmukaisesti, tietosuojavastaava toimii keskiössä henkilöstön ohjaamisesta, ilmoitusten vastaanottamisesta sekä niiden viemisestä eteenpäin.

Käytön asianmukaisuus ja henkilöstön koulutus

Osana perehdytystä käydään läpi potilastietojärjestelmä sekä muut käytössä olevat järjestelmät ja ohjelmat. Käyttöohjeet ja -tuki järjestetään helposti saavutettavaksi kaikille henkilöstön jäsenille sekä myös ammatinharjoittajille. Samalla varmistetaan henkilöstön tietoturva- ja tietosuojaosaaminen. Henkilöstön tietosuojaosaamista päivitetään säännöllisesti.

Tietoturvasuunnitelma

Asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on päivitetty 30.9.2025 ja sitä päivitetään vuosittain tai tarpeen mukaan. Sen toteutumisesta vastaa tietosuojavastaava yhdessä vastaavan hoitajan sekä toimitusjohtajan kanssa.

Rekisterinpitäjän oikeudet ja vastuut

Palveluyksikössä rekisterinpitäjän vastuut toteutetaan lain mukaisesti ja dokumentoidaan selkeästi. Ostopalveluissa ja alihankinnoissa huolehditaan sopimuksellisesti siitä, että kumppanit noudattavat samoja velvoitteita ja ohjeistuksia.

Poikkeamien ja häiriöiden ilmoittaminen

Asiakastietolain 90 §:n mukaisesti ilmoitamme Valviralle kaikista tietojärjestelmien olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoturvahäiriöistä. Häiriöiden aikana dokumentoimme ja toteutamme omavalvonnallisia toimia poikkeaman keston ajan.

Kameravalvonnan ohjeistus ja informointi

Valvonnasta informoidaan asiakkaita näkyvällä opasteella ja kirjallisesti, jos toimipiteessä on käytössä kameravalvonta. Käyttö perustuu aina turvallisuustarpeeseen ja on rajattu sallittuihin tiloihin.

Teknologian soveltuvuus ja turvallisuus

Käyttöön otettavan teknologian asianmukaisuus ja turvallisuus arvioidaan ennen käyttöönottoa. Henkilöstölle tarjotaan käyttöopastus ja tarvittavat koulutukset varmistetaan käyttöönottovaiheessa.

Varautuminen teknologian vikatilanteisiin

Mahdollisten järjestelmien vikatilanteiden aikana pyritään toimimaan niiltä osin kuin se on potilas- sekä tietoturvallisesti mahdollista ja järkevää. Toimipisteiden henkilökunta on ohjeistettu teknologian vika- ja katkostilanteisiin jo perehdytysvaiheessa. Ohjeistuksia kerrataan ja päivitetään tarpeen mukaan, vähintään vuosittain. Tarvittaessa käytetään varalaitteita tai siirytään paperidokumentointiin. Tarvittaessa esimerkiksi potilasaikoja voidaan siirtää, jos palveluiden tuottaminen ilman järjestelmää ei ole mahdollista / turvallista.

Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi

Teknologian soveltuvuus arvioidaan aina asiakas- tai potilaskohtaisesti huomioiden hänen yksilölliset tarpeensa, toimintakykynsä sekä yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Henkilöstön rooli on tärkeä palveluiden tuottamismahdollisuuksien arvioinnin osalta. On tärkeää, että sekä fyysiset että etäpalvelut ovat esteettömiä ja niitä pystyy käyttämään mahdollisimman laaja joukko asiakkaita.

Asiakkaalle annetaan henkilökohtainen opastus laitteen tai palvelun käyttöön. Tarvittaessa tarjoamme esimerkiksi tietokoneyhteyden toimipisteessämme asiakkaalle, jos esimerkiksi tarvittava erityisasiantuntija (esim. erikoislääkäri) on toisella paikkakunnalla ja vastaanotto toteutetaan etäpalveluna. Asiakas voi aina kieltäytyä etänä tuotettavista palveluista.

Suostumusten pyytäminen

Asiakkaalta tai potilaalta pyydetään suostumus aina, kun teknologian käyttö vaikuttaa hänen henkilötietoihinsa tai oikeuksiinsa. Suostumus dokumentoidaan asianmukaisesti.

Informointi tietojen käsittelystä

Asiakasta informoidaan aina siitä, mitä tietoja hänestä kerätään, mihin niitä käytetään ja luovutetaan. Informointi tapahtuu suullisesti, kirjallisesti ja tarvittaessa visuaalisin tukimateriaalein.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Yhtiöllä ja toimipisteillä on erillinen infektioturvallisuus- ja infektioidentorjuntasuunnitelma.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Yhtiöllä ja toimipisteillä on erillinen lääkehoitosuunnitelma.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Vastuuhenkilö: lääketieteellinen johtaja Veli-Matti Varmo

Toimipisteissä käytetään yleisesti käytössä olevia lääkinnällisiä laitteita, kuten verenpainemittaria, oto- ja oftalmoskooppeja. Näiden käytön osaaminen varmistetaan tarpeen mukaan, henkilökohtaisesti jokaisen henkilöstöön kuuluvan osalta perehdytyksessä sekä lisäkoulutuksin tarvittaessa.

Lääkinnällisistä laitteista pidetään rekisteriä ja lähtökohtaisesti niiden toimittajana toimii yksi yhteistyökumppani. Näin varmistetaan myös lääkinnällisten laitteiden jäljitettävyyden. Mahdollisista vaaratilanteista ilmoitetaan välittömästi vastaavalle hoitajalle, lääketieteelliselle johtajalle tai toimitusjohtajalle.

Noudatamme SMT:n ”Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseksi” -julkaisun periaatteita sekä Fimean määräystä ”Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus” sekä ohjetta ”Vaaratilanteessa olleen lääkinnällisen laitteen käsittely” niiltä osin kuin ne soveltuvat toimipisteidemme toimintaan ja laitekantaan.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 3.

*Taulukko 3: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **turvallisuutta ja laatua** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Potilastietojärjestelmän käyttökatko	3	Ohjeistukset ja prosessit ohjelman kaatuessa, ohjeistukset mitä potilastyötä voidaan jatkaa ilman potilastietojärjestelmää.

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

Henkilöstön määrä sekä tarvittavat sijais- sekä lisäresurssit esimerkiksi kysyntähuippujen aikaan varmistetaan aktiivisella, jatkuvalla rekrytoinnilla, johon yrityksessämme on vuosikymmenten osaaminen ja kokemus.

Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan ja tarkistetaan ennen työsuhteen alkamista Valviran ammattihenkilörekisteristä. Lasten sekä iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskenteleviltä selvitetään rikostausta annettujen lakien nojalla. Henkilöstö valitaan tarkan rekrytointiprosessin kautta, jolloin varmistetaan henkilöstön osaaminen yrityksemme palveluiden tuottamisessa. Henkilöstölle tarjotaan myös mahdollisuutta säännölliseen lisä- / täydennyskoulutukseen tarpeiden mukaisesti.

Henkilöstön osaamista ja suoriutumista työtehtävissä seurataan päivittäisjohtamisen kautta. Tarvittaessa havaittuihin epäkohtiin, osaamisvajeeseen jne.. puututaan välittömästi. Palautetta muuten annetaan työntekijöille säännöllisissä 1-1 -keskusteluissa sekä kehityskeskusteluissa.

Henkilöstön riskienhallinnan osaamisen varmistaminen

Tavoite: Varmistaa, että koko henkilöstö tunnistaa riskejä ja toimii ohjeiden mukaisesti potilas- ja työturvallisuuden varmistamiseksi.

- Kaikille uusille työntekijöille järjestetään perehdytys yksikön riskienhallintakäytäntöihin ja potilasturvallisuusohjeisiin.
- Järjestetään säännöllisiä täydennyskoulutuksia riskienhallinnasta, potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumien raportoinnista.
- Toteutetaan käytännön harjoituksia ja simulaatioita (esim. hätätilanteiden hallinta) vuosittain.
- Osaamista arvioidaan kehitys- ja 1-1 -keskusteluissa sekä henkilöstön osaamiskartoituksissa.

Ohjeiden mukaisen toiminnan varmistaminen riskin toteutuessa

Tavoite: Toimia systemaattisesti ja vastuullisesti riskin toteutuessa sekä estää vastaavat tilanteet tulevaisuudessa.

- Käytössä on selkeät toimintaohjeet riskitilanteisiin sekä vaaratapahtumien ilmoittamiseen
- Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan poikkeamista ja riskeistä.
- Poikkeamat käsitellään jälkikäteen yhdessä henkilöstön ja esihenkilöiden kanssa (esim. juurisyyanalyysit).
- Riskitilanteista opitaan ja toimintamalleja kehitetään tapausten pohjalta.
- Toteutuneet riskit dokumentoidaan ja analysoidaan osana omavalvontaseurantaa.

Työturvallisuuslain mukaiset velvoitteet riskienhallinnassa

Tavoite: Turvata turvallinen työympäristö ja ennaltaehkäistä työtapaturmia ja työstä johtuvia terveyshaittoja.

- Työympäristön riskit arvioidaan säännöllisesti yhteistyössä työsuojeluvaltuutetun ja työterveyshuollon kanssa.

- Arvioinnin perusteella laaditaan toimenpidesuunnitelma havaittujen riskien ehkäisemiseksi (esim. ergonomia, kuormitus, työvälineet) sekä toteutetaan tarvittavat toimenpiteet.
- Työtapaturmat ja läheltä piti -tilanteet ilmoitetaan, tutkitaan ja käsitellään järjestelmällisesti.
- Työnantaja varmistaa, että työntekijät tuntevat oikeutensa ja velvollisuutensa työturvallisuuden suhteen.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 4.

*Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **henkilöstön riittävyyttä ja osaamista** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Osaamisvaje	1	Säännölliset kehitys- ja 1-1 - keskustelut, osaamiskartoitukset ja täydennyskoulutus
Työntekijöiden turvallisuus potilastyössä	3	Turvalliset työskentelytilat, riskien tunnistaminen potilastyössä ja niiden ennakointi / ennaltaehkäisevät toimenpiteet

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

- Alueen potilasasiavastaava: Sosiaali- ja potilasasiavastaavien toiminnasta vastaa se hyvinvointialue, minkä alueella palvelua tuotetaan.
- Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot, muistutusten käsittelyn määräaika: lääketieteellinen johtaja Veli-Matti Varmo, veli.varmo@paikallislakarit.fi

Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus

- **Fyysinen esteettömyys:** Palveluiden tilat suunnitellaan siten, että ne ovat esteettömiä kaikille asiakkaille, myös liikuntarajoitteisille. Tämä tarkoittaa mm. esteettömiä sisäänkäyntejä, ovia, wc-tiloja ja tilojen selkeitä opasteita.
- **Digitaalinen saavutettavuus:** Verkkosivut ja sähköiset palvelut suunnitellaan palvelemaan esteettömästi tai palvelut tarjotaan myös vaihtoehtoisten kanavien kautta, esimerkiksi puhelimitse.

Asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys

- **Tasa-arvon ja syrjimättömyyden periaatteet:** Kaikki asiakkaita ja potilaita kohdellaan tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti riippumatta heidän taustastaan, kuten sukupuolesta, iästä, etnisestä alkuperästä, uskonnosta, vammaisuudesta tai muista henkilökohtaisista ominaisuuksista.

- **Erityistarpeiden huomioiminen:** Tarvittaessa palveluja mukautetaan yksilöllisesti niin, että kaikki voivat saada yhtä hyvää palvelua riippumatta mahdollisista rajoitteista.
- **Syrjinnän estäminen:** Henkilökunnan koulutus syrjimättömyydestä ja asiakaspalvelun peruseriaatteista varmistaa, ettei palveluissa synny ennakkoluuloja tai syrjiviä käytäntöjä.

Asiakkaan tai potilaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus

- **Tiedonantovelvollisuus:** Asiakkaalle ja potilaalle annetaan riittävästi ja ymmärrettävää tietoa kaikista palveluista, joita hänellä on oikeus saada. Tieto annetaan myös siinä muodossa, että se on asiakkaan ymmärrettävissä (esim. selkokielineen, kuvat, viittomakieli).
- **Osallisuus päätöksenteossa:** Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus osallistua palvelujen suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen. Tämä voi tarkoittaa muun muassa yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatimista yhteistyössä asiakkaan tai potilaan kanssa. Potilasta hoidetaan aina yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta, on pyrittävä yhteisymmärryksessä löytämään vaihtoehtoinen, lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitomuoto.

Asiakkaan tai potilaan asiallinen kohtelu

- **Kun kohtelua ei ole asiallista:** Henkilökunta koulutetaan tunnistamaan ja estämään epäasiallinen kohtelu. Jos epäasiallista kohtelua havaitaan, tilanteeseen puututaan nopeasti ja asiakkaalle annetaan mahdollisuus valittaa tai tehdä kantelu asiasta.
- **Valvonta ja palaute:** Asiakkaan tai potilaan kohtelua seurataan säännöllisesti ja palautteen perusteella tehdään tarvittavat toimenpiteet.

Asiakkaan tai potilaan informointi käytettävissä olevista oikeusturvakeinoista

- **Oikeusturvakeinojen tiedottaminen:** Asiakkaalle tai potilaalle annetaan tiedot valitusmenettelyistä ja muista oikeusturvakeinoista (esim. kantelu sosiaaliviranomaisille, potilasvahinkoilmoitukset).
- **Avoimuus ja ohjeistus:** Oikeusturvakeinoista tiedotetaan selkeästi ja mahdollisimman ymmärrettävästi asiakkaille ja potilaille.

Asiakkaiden tai potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen

1. **Itsemääräämisoikeus:** Asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeus on keskeinen periaate. Hänen oikeuttaan päättää omista asioistaan kunnioitetaan aina, ellei lääketieteellisesti tai oikeudellisesti ole erityistä syytä rajoittaa sitä.

Asiakkaan tai potilaan lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien laadinnan ja päivittämisen menettelytavat?

- **Suunnitelman laadinta:** Asiakas- ja hoitosuunnitelmat laaditaan yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa, ja niissä otetaan huomioon yksilölliset tarpeet ja toiveet.
- **Päivitykset:** Suunnitelmat tarkistetaan ja päivitetään säännöllisesti tarpeen mukaan (esim. muutokset terveydentilassa tai elämäntilanteessa).

Palveluyksikön henkilökunta toimii asiakkaalle ja potilaalle laadittavien suunnitelmien mukaisesti?

- **Koulutus ja valvonta:** Henkilöstölle tarjotaan säännöllistä koulutusta suunnitelmien toteuttamisesta ja niissä tehtävistä muutoksista. Työyhteisössä valvotaan, että suunnitelmia noudatetaan ja päivitetään tarpeen mukaan.

Palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta tai potilailta sekä heidän omaisiltaan ja läheisiltään kerätään säännöllisesti palautetta

- **Palautejärjestelmät:** Asiakkailta ja heidän omaisiltaan kerätään palautetta säännöllisesti kyselyjen, keskustelujen ja asiakaspalautekanavien avulla. Palaute käydään läpi ja otetaan huomioon palveluiden kehittämisessä.

Muistutusten käsittelyä koskevat menettelytavat

- **Muistutukset:** Muistutukset käsitellään nopeasti ja tehokkaasti. Niiden käsittelyssä noudatetaan selkeitä menettelytapoja, ja asiakas saa kirjallisen vastauksen käsittelyajasta ja mahdollisista toimenpiteistä.

Kanteluiden käsittelyä koskevat menettelytavat

- **Kantelut:** Kantelut käsitellään riippumattomasti ja huolellisesti. Asiakkaalle tai potilaalle annetaan mahdollisuus valittaa ja tiedotetaan valituksen käsittelyajasta.

Potilasvahinkoilmoitusten käsittelyä koskevat menettelytavat

- **Potilasvahinkoilmoitukset:** Potilasvahinkoilmoitukset käsitellään asiantuntevasti ja huolellisesti. Ilmoitukset tarkastetaan ja tarvittaessa ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin, ja asiakas saa tietoa käsittelyprosessista.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Yrityksemme on sitoutunut ennakoimaan, havaitsemaan ja korjaamaan toiminnassaan esiintyviä epäkohtia ja puutteita osana laadukasta ja turvallista palveluntuotantoa.

Henkilöstön ilmoitusmenettelyt (Valvontalaki 29 §)

Henkilöstö voi ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, niiden uhista tai muista lainvastaisuuksista yksikön vastuuhenkilölle joko suullisesti, kirjallisesti tai käytössä olevan sisäisen ilmoituskanavan kautta. Ilmoittajaa ei saa syrjiä tai rangaista ilmoituksen tekemisen vuoksi. Ilmoitusohjeet ovat helposti henkilöstön saatavilla.

Muut lakisäätteiset ilmoitusvelvollisuudet

Ammattihenkilöstöllä on velvollisuus tehdä viranomaisilmoituksia esimerkiksi:

- Asiakkaan tai potilaan kaltoinkohtelusta tai heitteillejätöstä
- Lapsen suojelun tarpeesta (lastensuojeluilmoitus)
- Työkaverin työkyvyttömyydestä, päihdeongelmasta tai muusta toimintakykyä heikentävästä tekijästä

Menettelytavat näihin tilanteisiin perustuvat lainsäädäntöön ja Valviran sekä muiden viranomaisten ohjeistuksiin.

Ilmoitusvelvollisuudesta tiedottaminen

Ilmoitusvelvollisuudesta ja -oikeudesta tiedotetaan henkilöstölle perehdytyksessä, koulutuksissa sekä sisäisten ohjeistusten ja ilmoitustaulujen kautta. Ohjeet sisältävät selkeät menettelytavat ja yhteystiedot ilmoitusten tekemiseksi.

Epäkohtiin puuttuminen omavalvonnassa

Omavalvonnassa esiin nouseviin epäkohtiin puututaan välittömästi tilanteen edellyttämällä tavalla. Korjaavat toimenpiteet suunnitellaan, dokumentoidaan ja toteutetaan yhdessä henkilöstön kanssa. Toimenpiteiden vaikuttavuutta seurataan systemaattisesti.

Vaara- ja haittatapahtumien ilmoitusmenettelyt

Kaikki työntekijät ovat velvollisia ilmoittamaan havaitsemistaan vaara- ja haittatapahtumista. Ilmoitus tehdään erillisen lomakkeen avulla. Asiakkailla, potilailla ja heidän läheisillään on mahdollisuus tehdä vaara- ja haittatapahtumailmoitus suullisesti tai kirjallisesti. Palautekanavat on esitelty näkyvästi asiakastiloissa ja internetsivuilla.

Epäkohta- ja poikkeamatilanteiden käsittely ja oppiminen

Ilmoitukset käsitellään säännöllisesti laatutiimissä. Jokainen ilmoitus arvioidaan, juurisyyt selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet käynnistetään. Tapauksista tehdään yhteenveto, ja niistä opitaan kehittämällä toimintaa. Opit jaetaan henkilöstölle esimerkiksi tiimipalavereissa tai sisäisissä koulutuksissa.

Riskien raportointi palvelunjärjestäjälle

Toimissamme palveluntuottajana, raportoimme keskeisimmät toimintaan liittyvät riskit palvelunjärjestäjälle säännöllisesti sovitussa yhteistyöpalaverissa. Kiireelliset riskit ja tilanteet raportoidaan viipymättä nimetyille yhteyshenkilöille. Raportointi perustuu omavalvonnassa havaittuihin ilmiöihin, asiakaspalautteisiin ja henkilöstön ilmoituksiin.

Ilmoitusvelvollisuus palvelunjärjestäjälle ja viranomaiselle (Valvontalaki 29 §)

Palveluntuottaja ilmoittaa viivytyksettä palvelunjärjestäjälle ja tarvittaessa valvontaviranomaiselle (AVI/Valvira), mikäli omassa tai alihankkijan toiminnassa havaitaan epäkohta tai puute, joka voi vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuuden. Ilmoitukset tehdään kirjallisesti ja dokumentoidaan.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavien vaaratapahtumien tunnistaminen, tutkinta ja niistä oppiminen ovat keskeisiä asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Yrityksessämme on käytössä systemaattinen toimintamalli vakavien vaaratapahtumien käsittelyyn Valtioneuvoston "**Vakavien vaaratapahtumien tutkinta**" -oppaan suositusten mukaisesti.

Vakavien vaaratapahtumien tunnistaminen

Vakaviksi vaaratapahtumiksi tunnistetaan tilanteet, joissa asiakas tai potilas on kuollut, vakavasti vahingoittunut tai ollut vakavan vaaran kohteena. Tunnistaminen perustuu mm. seuraaviin:

- Henkilöstön tekemät vaaratapahtumailmoitukset
- Asiakas-/potilasvalitukset tai -palautteet
- Sisäisen seurannan havainnot
- Ulkopuolisen tahon (esim. Valvira, AVI) tekemä ilmoitus

Menettely vakavan vaaratapahtuman tunnistamisen jälkeen

Vakavan vaaratapahtuman tunnistamisen jälkeen yksikön vastuuhenkilö tekee välittömästi ilmoituksen organisaation johdolle ja mahdolliselle palvelunjärjestäjälle. Tarvittaessa tiedotetaan myös valvontaviranomaista. Tilanne arvioidaan nopeasti, ja päätetään tutkintamenettelyn käynnistämisestä. Asiakkaalle/potilaalle tai omaiselle tiedotetaan tapahtuneesta avoimesti ja kunnioittavasti.

Vakavan vaaratapahtuman tutkintaprosessi

Tutkinta toteutetaan järjestelmällisesti ja syylistämättömästi. Prosessi sisältää:

- **Tapahtuman alustavan kuvauksen ja tiedonkeruun**
- **Juurisyyanalyysin**
- **Tutkintaraportin laadinnan ja tarvittavien toimenpiteiden määrittelyn**

- **Seurannan** toimenpiteiden toteutumisesta ja vaikutuksista

Tutkintaan osallistuvat eri ammattiryhmien edustajat sekä tarvittaessa ulkopuolisia asiantuntijoita. Tapahtuman osalliset eivät osallistu tutkintaryhmään.

Syylisämätön kulttuuri ja henkilöstön tukeminen

Palveluyksikössä vaalitaan avoimen ja oppivan organisaatiokulttuurin periaatteita. Henkilöstölle korostetaan, ettei vaaratapahtuman ilmoittamisesta seuraa rangaistuksia.

Mahdollisissa selvitys- ja tutkintatilanteissa:

- Tarjotaan debriefing-tilaisuuksia tapahtumaan osallistuneille
- Johto osoittaa tukea ja huolehtii työyhteisön psyykkisestä turvallisuudesta

Tutkinnan hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä

Tutkintaprosessin lopputulokset dokumentoidaan ja analysoidaan kehittämistoimenpiteiden näkökulmasta. Tuloksista tiedotetaan henkilöstölle, ja tarvittavat muutokset esimerkiksi ohjeisiin, koulutuksiin tai resursseihin toteutetaan. Tiedot otetaan osaksi organisaation laatu- ja riskienhallintatyötä, ja niiden vaikuttavuutta seurataan.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Palautetieto on keskeinen osa toiminnan jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Yrityksessämme on käytössä yhtenäiset ja systemaattiset menettelytavat palautetiedon käsittelyyn ja hyödyntämiseen osana omavalvontaa, laadunhallintaa ja toiminnan kehittämistä.

Epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumailmoituksista saadun tiedon hyödyntäminen

Kaikki ilmoitukset käsitellään järjestelmällisesti ja dokumentoidaan. Käsittelyssä tunnistetaan mahdolliset toistuvat epäkohdat, juurisyyt ja rakenteelliset puutteet. Näiden pohjalta laaditaan kehittämistoimenpiteet, joita seurataan ja arvioidaan osana omavalvontaa. Tiedot hyödynnetään myös riskienhallinnan ja koulutussuunnittelun tukena.

Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset

Asiakaspalautteiden, muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten perusteella tehtävät selvitykset ovat tärkeä väline epäkohtien tunnistamisessa. Jokainen tapaus analysoidaan yksilöllisesti ja tarvittaessa käynnistetään laajempi tarkastelu tai korjaavat toimenpiteet lääketieteellisen johtajan johdolla. Tulokset ja johtopäätökset dokumentoidaan, ja ne huomioidaan sekä käytännön toiminnassa että ohjeistuksissa ja prosessien kehittämisessä.

Henkilöstön tietoisuus palautekanavista

Palautekanavat esitellään henkilöstölle osana perehdytystä ja käsitellään säännöllisesti työyhteisöpalavereissa. Henkilöstöä kannustetaan palautteen antamiseen matalalla kynnyksellä ja muistutetaan ilmoittamisen oikeudesta ja velvollisuudesta.

Säännöllisesti kerätyn ja muun saadun palautteen hyödyntäminen

Asiakas-, omais- ja yhteistyötahoilta saatua palautetta kerätään säännöllisesti esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyiden, palautelomakkeiden, reklamaatioiden ja asiakastapaamisten kautta.

Palautetieto analysoidaan vähintään puolivuositain ja tulokset huomioidaan toiminnan kehittämisessä. Tarvittavat toimenpiteet kirjataan osaksi omavalvontaa ja niitä seurataan.

Valvontaviranomaisten ohjeiden ja päätösten huomioiminen

Valvontaviranomaisten (esim. Valvira, AVI) antamat ohjeet, päätökset ja huomautukset käsitellään yksikön vastuuhenkilöiden ja johdon toimesta. Ne arvioidaan kriittisesti ja sovelletaan tarvittavat muutokset yksikön toimintaan, ohjeisiin ja prosesseihin. Toimenpiteiden toteutusta seurataan osana omavalvontaa ja valvontaviranomaiselle raportoidaan tarvittaessa.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Palveluyksikössä kehittämistoimenpiteet perustuvat poikkeamien, palautteiden ja vaaratapahtumien systemaattiseen analysointiin. Tavoitteena on jatkuva parantaminen sekä toiminnan laadun ja turvallisuuden varmistaminen.

Poikkeamien syiden ja taustatekijöiden selvittäminen

Kaikki poikkeamat analysoidaan tilanteen vaativalla tasolla. Keskeisiä menetelmiä ovat mm. juurisyyanalyysi (RCA) sekä kirjallisten raporttien ja asiantuntija-arvioiden hyödyntäminen. Analyysissä otetaan huomioon yksilö-, tiimi- ja järjestelmätason tekijät, jotka ovat mahdollistaneet poikkeaman syntymisen.

Kehittämistoimenpiteet

Palveluyksikössä ryhdytään tarvittaviin kehittämistoimiin, jotka voivat sisältää:

- Toimintatapojen tai prosessien muuttamista
- Ohjeiden ja lomakkeiden päivittämistä
- Henkilöstön koulutusta ja ohjausta
- Työvälineiden tai tilojen muutoksia
- Työvuorosunnittelun tarkastelua

Toimenpiteet valitaan sen perusteella, mikä ratkaisu parhaiten ehkäisee poikkeaman toistumisen.

Toimenpiteiden vaikuttavuuden perustelu

Kehittämistoimenpiteet kohdistuvat tunnistettuihin juurisyihin ja järjestelmätason heikkouksiin. Tämän vuoksi niiden arvioidaan parantavan toiminnan laatua, tehokkuutta ja asiakas- tai potilasturvallisuutta. Toimenpiteiden vaikutuksia seurataan esimerkiksi uusien poikkeamien määrän, asiakas- ja henkilöstön palautteen kautta.

Toimenpiteiden kirjaaminen

Kaikki kehittämistoimenpiteet kirjataan omavalvontasuunnitelman toteutumista seuraavaan kehittämis- ja poikkeamaseurantaan. Lisäksi ne voidaan kirjata osaksi yksikön toimintasuunnitelmaa, laatutyötä tai laajempaa riskienhallintaa. Tarvittaessa ne käsitellään myös yhteistyössä palvelunjärjestäjän kanssa.

Vastuut ja aikataulutus

Jokaiselle kehittämistoimenpiteelle nimetään vastuuhenkilö ja määritetään toteuttamisaikataulu. Vastuuhenkilö voi olla esimerkiksi yksikön esihenkilö, laativastaava tai muu soveltuva henkilö.

Toimenpiteiden etenemistä ja vaikutuksia seurataan säännöllisesti, ja tarvittaessa suunnitelmaa päivitetään.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Yrityksessämme sekä palveluyksiköissämme toteutetaan systemaattista laadun- ja riskienhallintaa, jonka tavoitteena on palvelujen turvallisuuden ja vaikuttavuuden jatkuva kehittäminen. Seuranta ja raportointi ovat olennainen osa omavalvonnan toteuttamista.

Laadun ja turvallisuuden seuranta – menetelmät ja mittarit

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan useilla menetelmillä ja mittareilla, kuten:

- Haitta- ja vaaratapahtumien seuranta
- Asiakas- ja potilaspalautteet
- Muistutukset, kantelut ja reklamaatiot
- Itsearviointit
- Ammattihenkilöstön havaintojen ja ilmoitusten seuranta

Lisäksi seurataan laatumittareita kuten hoidon saatavuus, toteutuminen, henkilöstön osaamistaso ja asiakastyytyväisyys.

Raportointi laadun ja turvallisuuden seurannasta

Laadun ja turvallisuuden seurannan tuloksista raportoidaan johdolle ja henkilöstölle vähintään neljännesvuosittain sekä palvelunjärjestäjälle vuosittain tai sopimuksen mukaisesti. Tarvittaessa raportoidaan myös valvontaviranomaisille. Tulokset käsitellään henkilöstön kanssa yhteisissä palaverissa ja kehittämiskokouksissa, ja niistä tiedotetaan tiivistetysti myös asiakkaille esimerkiksi tiedotteiden tai ilmoitustaulujen kautta.

Riskienhallintakeinojen toimivuuden ja riittävyyden varmistaminen

Riskienhallintatoimenpiteiden toimivuutta arvioidaan säännöllisesti vertaamalla suunniteltuja toimenpiteitä toteutuneisiin havaintoihin. Toimivuutta seurataan esimerkiksi uusien poikkeamien esiintymisen ja palautteen tulosten perusteella. Tarvittaessa tehdään lisätoimenpiteitä tai päivitetään riskienhallintasuunnitelmaa.

Riskienhallinnan arviointi

Riskienhallintaa arvioidaan vuosittain osana omavalvontasuunnitelman päivitystä. Arviointi kattaa riskien tunnistamisen, käsittelyn ja seurannan prosessit, ja siihen osallistuvat sekä johto että yksikön asiantuntijat.

Raportointi riskienhallinnasta

Riskienhallinnan toteutumisen arvioinnista raportoidaan säännöllisesti johdolle, henkilöstölle ja mahdollisille palvelunjärjestäjille. Vuosiraportti laaditaan osana omavalvontasuunnitelman seurantaan. Akuuteista riskeistä ja niiden hallintatoimista raportoidaan välittömästi tilanteen vaatimalla tavalla.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Yrityksessämme on käytössä systemaattinen prosessi, jolla varmistetaan omavalvontasuunnitelman toteutuminen ja kehittämistoimenpiteiden eteneminen. Seuranta ja raportointi ovat keskeisiä toiminnan läpinäkyvyyden ja vaikuttavuuden kannalta.

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta ja puutteiden korjaaminen

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisesti vähintään puolivuositain vastuuhenkilöiden ja johdon toimesta. Seurannassa hyödynnetään havaintoja muun muassa palautekanavista, vaaratapahtumailmoituksista sekä asiakkaiden ja henkilöstön palautteista. Mikäli havaitaan puutteellisuuksia tai suunniteltuja toimenpiteitä ei ole toteutettu, vastuutaho laatii korjaavan toimenpidesuunnitelman ja uusi aikataulu määritetään. Seurannan tulokset käsitellään henkilöstön kanssa.

Selvitysten laatiminen ja julkaisukäytäntö

Seurannan perusteella laaditaan kirjallinen selvitys, jossa arvioidaan kehittämistoimenpiteiden etenemistä, onnistumista ja tarvittavia muutoksia. Selvitysten laatimisesta vastaavat yhteistyössä lääketieteellinen johtaja, vastaava hoitaja, toimitusjohtaja ja kehitysjohtaja, kukin soveltuvilta osin.

Selvityksen pohjalta tehtävät muutokset omavalvontasuunnitelmaan tai toimintaan julkaistaan ja tuodaan henkilöstön tietoon vähintään puolen vuoden välein. Muutokset dokumentoidaan selkeästi ja ne liitetään osaksi omavalvontasuunnitelman päivitystä.