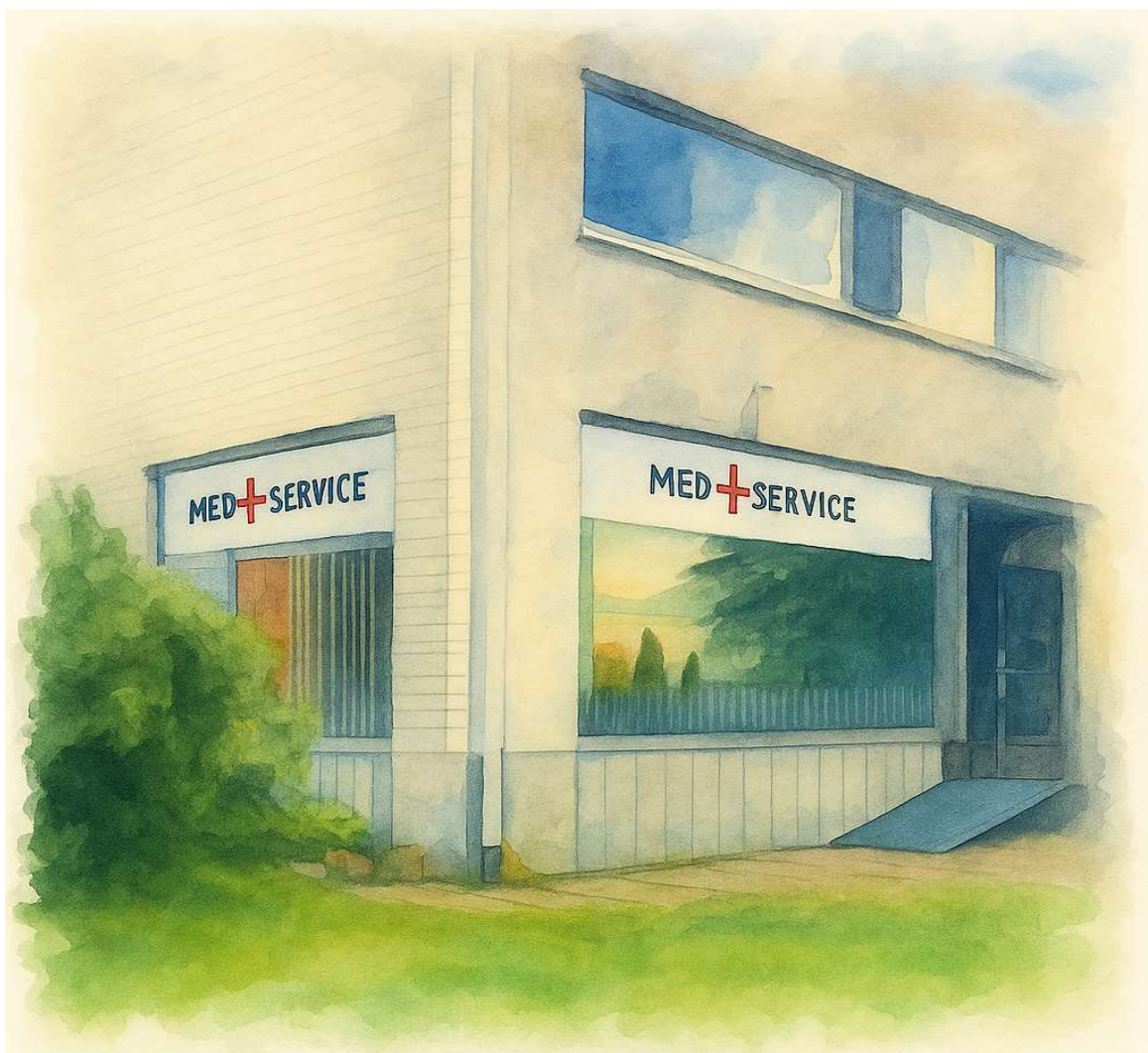




OMAVALVONTASUUNNITELMA

Sisällys

Lukijalle.....	3
1. Palveluntuottajaa ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	3
1.2 Palvelupisteen perustiedot.....	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
1.4 Päiväys.....	4
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	5
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	5
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	5
3.2 Palveluiden jatkuvuuden varmistaminen	6
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen.....	7
3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset	7
3.3.2 Toimitilat ja välineet.....	8
3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja	8
3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö.....	9
3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt.....	9
3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma	10
3.3.7 Lääkinnälliset laitteet.....	11
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	11
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen .	12
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	14
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	14
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	15
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	15
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	16
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	16
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	16
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	17

Lukijalle

Tämä omavalvontasuunnitelma on laadittu Med-Service Oy:n tuottamien terveydenhuollon palvelujen laadun, asianmukaisuuden ja asiakas- sekä potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma pohjautuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) sekä Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) 14.5.2024 antamaan määräykseen palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja seurannasta.

Suunnitelman laatimisessa on hyödynnetty Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen vuonna 2025 julkaisemaa omavalvontasuunnitelman mallipohjaa. Se toimii käytännönläheisenä ohjeena suunnitelman sisällön rakentamiseen.

Tämä asiakirja palvelee sekä Med-Service Oy:n omaa henkilöstöä että asiakkaita ja valvontaviranomaisia, ja se kattaa palvelupisteessä toteutettavat terveydenhuollon palvelut.

1. Palveluntuottajaa ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi: Med-Service Oy
Y-tunnus: 2458690-7
OID- Tunnus: soteritunnus myöhemmin
Yhteystiedot:
Osoite: Pikkuympyräkatu 7, 49400 Hamina
Puhelin: +358 40 178 8944
Sähköposti: medservicehamina@gmail.com
Verkkosivut: www.medservicehamina.fi

Med-Service Oy on suomalainen yksityinen terveystaloyritys, joka tarjoaa laadukkaita ja helposti saavutettavia terveydenhuollon palveluita. Pienessä yksikössämme asiakas on keskiössä.

1.2 Palvelupisteen perustiedot

Palvelupisteen nimi:
Med-Service Oy, Terveydenhuollon palvelupiste Hamina
Yhteystiedot:
Pikkuympyräkatu 7, 49400 Hamina
Puhelin: +358 40 178 8944
Sähköposti: medservicehamina@gmail.com

Palvelualojen vastuuhenkilöt

Sairaanhoitajapalvelujen vastuuhenkilö:

Sofia Granlund, TkT, sairaanhoitaja

Valviran ammattirekisteritunnus: 10004221114

Puhelin: +358 40 178 8944

Sähköposti: sofiagranlund53@gmail.com

Lääkäripalvelujen vastuuhenkilö:

[Täydennettävä: Lääkärin nimi, LL]

[Puhelinnumero]

[Sähköpostiosoite]

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Med-Service Oy tarjoaa terveydenhuollon palveluita:

Terveydenhuollon lääkäripalvelut (vastaanotot sekä etävastaanotot ja konsultoinnit)

Sairaanhoitajan vastaanottopalvelut: esimerkiksi vitaalimittaukset, pikatestit, injektiot, rokotukset, haavahoidot, korvahuuhteet ja katetrinvaihdot.

Palveluita tuotetaan kaikenikäisille asiakkaille sekä ajanvarauksella että walk-in-periaatteella.

Toimintayksikkö ja palveluiden tuotantotavat:

Palveluja tuotetaan läsnä- sekä etäpalveluina.

Toimipiste: Pikkuympyräkatu 7, 49400 Hamina.

Toiminta-ajatus:

Med-Service Oy:n toiminta-ajatuksena on tuottaa helposti saavutettavia, laadukkaita ja turvallisia terveyspalveluita asiakkaille Haminan alueella. Tavoitteena on nopea pääsy perustason hoitoon ilman pitkää odotusaikaa, asiakaslähtöisesti ja tehokkaasti.

Toimintaperiaatteet:

- ✓ Asiakkaan kunnioittaminen ja yksilöllinen kohtaaminen
- ✓ Hoidon turvallisuus ja ammatillinen osaaminen
- ✓ Hyvän hoitokäytännön noudattaminen
- ✓ Tiedon asianmukainen käsittely ja salassapito
- ✓ Asiakaspalautteen aktiivinen kerääminen ja hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä

Asiakasmäärät ja palvelurakenne:

Asiakkaina ovat pääasiassa Haminan alueella asuvat kaikenikäiset asiakkaat.

Hyvinvointialue:

Palvelut tuotetaan pääosin Kymenlaakson hyvinvointialueella.

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma versio 1, 11.06.2025

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma on laadittu suhteutettuna Med-Service Oy:n toiminnan laajuuteen ja sisältöön. Suunnitelma kattaa kaikki palveluyksikössä tuotettavat palvelut, joita ovat terveydenhuollon lääkäripalvelut sekä sairaanhoitajan vastaanottopalvelut.

Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa Med-Service Oy:n vastuuhenkilö, vastaava sairaanhoitaja Sofia Granlund. Toimitusjohtaja Jaakko Granlund hyväksyy suunnitelman ja vastaa sen ajantasaisuudesta.

Omavalvontasuunnitelma toimii koko henkilöstön työvälineenä ja ohjaa arjen käytännön toimintaa. Suunnitelma on laadittu yhteistyössä henkilöstön kanssa ja se pidetään ajan tasalla sekä henkilöstön tiedossa. Henkilöstölle tiedotetaan aktiivisesti kaikista siihen tehdyistä muutoksista. Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä palveluyksikössä paperimuodossa sekä tarvittaessa sähköisenä versiona pyynnöstä. Se ei sisällä salassa pidettävää tai turvaluokiteltua tietoa.

Omavalvontasuunnitelman laadinnassa ja päivityksissä hyödynnetään asiakkailta, heidän läheisiltään ja henkilöstöltä kerättyä palautetietoa. Palautetta kerätään sekä säännöllisesti että jatkuvasti asiakaskohtaamisten yhteydessä. Suunnitelman päivitykset huomioivat mahdolliset muutokset palveluiden sisällössä, laadussa sekä asiakas- ja potilasturvallisuudessa.

Henkilöstö perehdytetään omavalvonnan sisältöihin ja heiltä edellytetään sitoutumista suunnitelman mukaiseen toimintaan.

Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot arkistoidaan erilliseen kansioon ja ne säilytetään vähintään viiden vuoden ajan.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Med-Service Oy:n toiminnan keskiössä on varmistaa asiakkaille ja potilaille nopea, sujuva ja turvallinen pääsy perusterveydenhuollon palveluihin. Palveluyksikön pääasiallinen toiminta tapahtuu syksystä 2025 alkaen kiinteässä toimipisteessä osoitteessa Pikkuympyräkatu 7, 49400 Hamina, tiloissa tuotetaan lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottopalveluja.

Palveluita tarjotaan sekä ajanvarauksella että ilman ajanvarausta (walk-in), mikä mahdollistaa joustavan ja asiakaslähtöisen hoitoon hakeutumisen. Lisäksi lääkäripalveluja tarjotaan tarvittaessa etäpalveluna, erityisesti tilanteissa, joissa se on asiakkaalle sopivin ja lääketieteellisesti perusteltu vaihtoehto.

Alihankinnan käyttö ja laadunvalvonta

Med-Service Oy käyttää palvelutuotannossaan myös alihankintaa. Alihankkijoilta hankittavat palvelut kattavat osan lääkäripalveluista. Alihankintasuhteet perustuvat kirjallisiin sopimuksiin, joissa määritellään vastuut, palvelun sisältö sekä laatukriteerit.

Alihankkijoiden toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta seurataan systemaattisesti omavalvonnan keinoin. Seuranta sisältää:

- ✓ Alihankkijoiden valvonnan ja ohjauksen sopimuksiin perustuen
- ✓ Rekisteröintitietojen tarkistuksen ja ammatillisen pätevyyden varmistamisen
- ✓ Palautteiden ja mahdollisten poikkeamien käsittelyn
- ✓ Tarvittaessa yhteistyön tarkistamisen ja keskeyttämisen

Näin varmistetaan, että alihankinnan kautta tuotetut palvelut täyttävät Med-Service Oy:n omat laatu- ja turvallisuusvaatimukset sekä lainsäädännön ja valvontaviranomaisten vaatimukset.

3.2 Palveluiden jatkuvuuden varmistaminen

Med-Service Oy:n toiminnan tavoitteena on varmistaa terveystalouden häiriötön, turvallinen ja laadukas saatavuus kaikissa tilanteissa. Palveluiden jatkuvuuden turvaaminen edellyttää ennakoivaa suunnittelua, riskien hallintaa ja selkeitä toimintamalleja myös poikkeustilanteissa.

Toimintavarmuus ja jatkuvuussuunnittelu

Palvelupisteen toimintaa tukee sisäisesti laadittava jatkuvuudenhallinta- ja valmiussuunnitelma, joka ohjaa toimintaa häiriötilanteissa, kuten:

- ✓ Henkilöstöpoissaolot
- ✓ Laite- ja järjestelmäviat
- ✓ Toimitilojen käyttökatkot
- ✓ Sähkö- ja vesikatkokat tai tietoliikennehäiriöt

Näissä tilanteissa turvaudutaan ennalta määriteltuihin varajärjestelyihin, kuten:

Alihankkijan tai kumppanilääkärin palvelujen käyttö tilanteissa, joissa oma lääkäriresurssi ei ole käytettävissä.

Etävastaanoton hyödyntäminen läsnävastaanoton sijaan tilanteissa, joissa toimitiloihin kohdistuu väliaikainen este.

Paperidokumentoinnin käyttö sähköisen järjestelmän häiriötilanteessa, tiedon siirto järjestelmien palautuessa.

Henkilöstöressurssien jatkuvuus

Med-Service Oy:n henkilöstösuunnittelussa käytetään ennakoivaa työvuorosuunnittelua ja ylläpidetään sijaisrekisteriä, jonka avulla voidaan nopeasti varmistaa resurssien saatavuus äkillisissä poissaoloissa. Myös yhteistyö alihankkijoiden kanssa tukee jatkuvuutta kiire- ja poikkeustilanteissa.

Henkilöstölle annetaan ohjeistus poikkeustilanteiden toimintamalleista ja näitä kerrataan säännöllisesti sisäisessä perehdytyksessä ja palaverissa.

Tietojärjestelmien ja tietoturvan jatkuvuus

Med-Service Oy hyödyntää toiminnassaan ammattimaisia, tietoturvallisia potilastietojärjestelmiä, joiden käytettävyyttä ja varmuuskopiointia valvotaan järjestelmätoimittajien toimesta. Sähköisten järjestelmien toimintavarmuutta tuetaan seuraavilla keinoilla:

- ✓ Automaattinen varmuuskopiointi järjestelmien osalta
- ✓ Suojattu varayhteys etävastaanottoa varten
- ✓ Ohjeistus manuaaliseen kirjaamiseen ja tietojen siirtoon häiriön jälkeen

Toiminnan jatkuvuuden arviointi ja kehittäminen

Palveluiden jatkuvuudenhallintaa arvioidaan säännöllisesti osana omavalvonnan raportointia. Kehityskohteita tunnistetaan myös palautetiedon ja riskianalyyysien perusteella.

Palvelupisteessä huolehditaan, että:

- ✓ Toiminnan kannalta kriittiset resurssit on tunnistettu
- ✓ Poikkeustilanteita varten on valmiit toimintamallit
- ✓ Henkilöstö tuntee vastuunsa ja toimintatapansa häiriö- ja poikkeustilanteissa

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palveluyksikön tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian (STM 2022:2) mukaisesti.

Laatuvaatimukset ja laadunhallinta:

Laatuvaatimukset perustuvat palvelun sisältöön, lainsäädäntöön sekä kansallisiin suosituksiin.

Käytössä olevia laadunhallinnan välineitä ovat mm. auditoinnit, asiakaspalautteet, sisäiset laatukierrokset ja sähköiset seurantajärjestelmät.

Laadun toteutumista seurataan säännöllisesti ja poikkeamiin reagoidaan viipymättä.

Riskienhallinta:

Riskienhallinnasta vastaa nimetty vastuuhenkilö, vastaava sairaanhoitaja Sofia Granlund

Riskienhallinta on integroitu osaksi johtamisjärjestelmää ja perustuu systemaattisiin riskiarvioihin.

Asiakas- ja potilasturvallisuus:

Turvallisuus varmistetaan esimerkiksi asiakkaan tunnistamisen, tarkistuslistojen, lääketurvallisuuden ja raportointikäytäntöjen avulla.

Poikkeamat käsitellään systemaattisesti ja niiden pohjalta kehitetään toimintaa.

Etä- ja digipalveluiden turvallisuus:

Digitaalisissa palveluissa noudatetaan tietosuoja- ja tietoturvastandardeja.

Henkilöstö koulutetaan etäpalveluiden erityisvaatimuksiin ja tietoturvallisuuteen.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Palveluyksikön toimitilat on suunniteltu ja varustettu turvallisuutta ja toiminnan vaatimuksia vastaavasti. Tilat ovat esteettömät, helposti puhtaana pidettävät ja ergonomiset, ja välineet CE-merkittyjä sekä huollettuja.

Tilojen terveellisyys varmistetaan ilmanvaihdon ja sisäilman mittauksilla. Toimitilat tarkastutetaan ja hyväksytetään viranomaisilla, ja niiden turvallisuutta seurataan omavalvonnalla.

Riskit, kuten yksityisyyden suoja ja välineiden väärinkäyttö, hallitaan rakenteellisesti ja henkilöstön ohjeistuksella. Huollosta vastaa nimetty taho yhdessä palvelupisteen vastuuhenkilön kanssa, puutteista raportoidaan kirjallisesti. Ylläpito perustuu vuosittain päivitettyyn huolto- ja vastuutaulukkoon. Välineiden kunto tarkistetaan säännöllisesti, ja henkilöstö saa tarvittavan koulutuksen. Vialliset välineet poistetaan käytöstä välittömästi.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja**Tietosuojavastaava:**

[Tietosuojavastaavan nimi, tehtävänimike, yhteystiedot]

Tietosuojaperiaatteet:

Toiminnassa noudatetaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (GDPR) ja tietosuojalakia. Asiakkaille tiedotetaan selkeästi rekisteröidyn oikeuksista, tietojen käsittelystä ja tietosuojavastaavasta. Palveluyksikössä on käytössä kirjalliset ohjeet henkilötietojen suojaamisesta ja rekisteröityjen oikeuksien toteuttamisesta.

Henkilöstön ohjeistus ja koulutus:

Henkilöstö saa säännöllisesti tietosuojakoulutusta. Ohjeet ja toimintamallit päivitetään ajantasaisesti ja ovat henkilökunnan saatavilla. Tietoturvaloukkauksissa toimitaan ohjeiden mukaisesti, ja henkilöstö on koulutettu reagoimaan niihin.

Tietojen tarkastus ja korjaus:

Asiakas tai potilas voi pyytää tietojensa tarkastusta ja korjausta kirjallisesti. Tietojen luovutus sivullisille tehdään vain lainsäädännön ja suostumuksen mukaisesti.

Tietojärjestelmät ja arkistointi:

Asiakas- ja potilastiedot kirjataan turvallisiin sähköisiin järjestelmiin, jotka täyttävät viranomaisvaatimukset. Tiedot arkistoidaan määräysten mukaisesti.

Käyttöoikeudet:

Järjestelmäkäyttöoikeudet on rajattu siten, että työntekijöillä on pääsy vain työtehtävien edellyttämiin tietoihin.

Seuranta ja ohjeiden noudattaminen:

Tietosuojan toteutumista seurataan säännöllisesti ja ohjeita päivitetään viranomaismääräysten mukaisesti.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Tietojärjestelmät:

Käytössä rekisteröidyt asiakastietolain vaatimukset täyttävät järjestelmät, jotka soveltuvat palvelupisteen toimintaan.

Koulutus ja osaaminen:

Henkilöstö koulutetaan järjestelmien käyttöön säännöllisesti. Käyttöä ja osaamista seurataan jatkuvasti.

Tietoturvasuunnitelma:

Tietoturvasuunnitelma laaditaan ja se päivitetään vuosittain. Vastuu sen toteutumisesta on tietoturvavastaavalla.

Rekisterinpitäjän vastuut:

Vastuuhenkilö varmistaa rekisterinpitäjän velvoitteiden täyttämisen myös ostopalveluissa ja alihankinnassa.

Poikkeamista ilmoittaminen:

Tietojärjestelmän poikkeamista ja tietoturvahäiriöistä ilmoitetaan asiakastietolain mukaisesti viranomaisille.

Teknologian turvallisuus:

Teknologia arvioidaan säännöllisesti soveltuvaksi ja turvalliseksi. Henkilöstö saa käyttöopastuksen ja mahdollisesti koulutusta.

Vikatilanteet:

On laadittu toimintamalli teknologian vikatilanteiden ja huoltoviiveiden varalle.

Yksilölliset tarpeet ja suostumus:

Teknologian soveltuvuus asiakkaalle arvioidaan yksilöllisesti. Asiakkaalta pyydetään suostumus teknologian käyttöön, ja häntä informoidaan tietojen käsittelystä.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Tyypilliset infektiot:

Yksikön toiminnassa yleisimpiä ovat hengitystie- ja ihoinfektiot. Infektioepidemioiden mahdollisuus arvioidaan aina potilastilanteen mukaan.

Ennaltaehkäisy:

Infektioiden leviämistä estetään hyvällä käsihygienialla, pintojen puhtaudella ja hygieniaohjeiden noudattamisella.

Infektioiden tunnistus ja ilmoitus:

Hoitoon liittyvät infektiot tunnistetaan potilashavainnoin ja kirjataan. Ilmoitusmenettely noudattaa terveydenhuollon ohjeita.

Käsihuuhde:

Käsihuuhdetta on saatavilla kaikissa hoitotiloissa.

Hygieniayhdyshenkilö:

Yksikössä toimii hygieniayhdyshenkilö, joka tukee infektioiden torjuntaa.

Henkilöstön osaaminen:

Henkilöstölle järjestetään säännöllinen koulutus infektioiden ehkäisystä ja hygieniakäytännöistä. Rokotukset ovat ajan tasalla.

Seuranta ja ohjeistus:

Hygieniaohjeiden noudattamista seurataan ja päivitetään tarpeen mukaan.

Siivous ja jätehuolto:

Siivous tapahtuu ajantasaisen suunnitelman mukaisesti. Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään erillisen ohjeistuksen mukaisesti.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Laadinta ja päivitys:

Lääkehoitosuunnitelma on laadittu [päivämäärä] ja päivitetty viimeksi [päivämäärä].

Vastuuhenkilöt:

Lääkehoitosuunnitelman laatija: [nimi, tehtävänimike, yhteystiedot]

Lääkehoidon toteutuksesta vastaava: Vastaava sairaanhoitaja Sofia Granlund

Rajatun lääkevaraston vastuuhenkilö (jos käytössä): [nimi, yhteystiedot]

Seuranta:

Lääkehoidon toteutumista seurataan säännöllisesti lääkkeenantojen ja haittavaikutusilmoitusten avulla.

Sisältö:

Suunnitelmassa kuvataan lääkehoidon osaamisen varmistaminen, lääkelupakäytännöt, haittavaikutusilmoitukset sekä lääkevarkauksien ehkäisy.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Laitevastuuhenkilö: Vastaava sairaanhoitaja Sofia Granlund

Velvoitteiden noudattaminen:

Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan koulutuksilla ja ohjeistuksella. Laitteet säädetään, huolletaan ja ylläpidetään valmistajan ohjeiden mukaisesti.

Jäljitettävyyys:

Laitteiden hankinta, huolto ja käyttö dokumentoidaan jäljitettävyyden turvaamiseksi.

Vaaratilanneilmoitukset:

Vaaratilanteista ilmoitetaan Fimealle ja tarvittaessa muille viranomaisille. Toimitiloissa on ohjeistus vaaratilanneilmoitusten tekemiseen.

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

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

Henkilöstön määrä, rakenne ja alihankinta

Henkilöstö koostuu omasta vakituisesta henkilöstöstä sekä säännöllisesti käytettävästä alihankintatyövoimasta. Alihankintaa käytetään osana normaalia toimintaa erityisesti tilanteissa, joissa palvelutarve on jatkuvaa, mutta palvelun tuottaminen omalla henkilöstöllä ei ole tarkoituksenmukaista tai mahdollista. Alihankittuja palveluja käytetään erityisesti tietyissä erikoisosaamista vaativissa tehtävissä tai palveluajoissa.

Alihankkijoilta edellytetään sopimuksellisesti, että heidän työntekijänsä täyttävät samat osaamis- ja kelpoisuusvaatimukset kuin palvelupisteen oma henkilöstö. Alihankkijoiden henkilöstö osallistuu palvelupisteen omavalvontaan ja toimii yhteisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

Riittävän henkilöstön varmistaminen kaikissa tilanteissa

Palvelupisteen vastuuhenkilöt vastaavat henkilöstön mitoituksesta suhteessa asiakkaiden määrään ja palvelutarpeeseen. Henkilöstöresurssien riittävyyttä seurataan viikoittain työvuorosunnittelun ja asiakasmäärien perusteella. Poikkeustilanteissa varaudutaan henkilöstöresurssien nopeaan täydentämiseen joko omien sijaisten tai alihankkijoiden kautta.

Ammattioikeudet ja opiskelijat

Kaikkien ammattihenkilöiden oikeudet tarkistetaan ennen työn aloittamista. Alihankkijoita sitoo sama velvoite. Jokaiselle opiskelijalle nimetään vastuullinen ohjaaja. Opiskelijoiden ohjaus ja valvonta ovat osa päivittäistä johtamista.

Rikostaustan selvittäminen

Lasten, iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskentelevien rikostausta selvitetään lain (504/2002) sekä valvontalain (741/2023) 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään kaikilta työntekijöiltä, myös alihankkijoilta.

Toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi

- ✓ Työvuorosuunnittelu tehdään keskitetysti ja ennakoivasti
- ✓ Jatkuvat resurssikartoitukset ja yhteys alihankkijoihin
- ✓ Palvelutarpeen ja asiakasmäärän säännöllinen analyysi
- ✓ Eriytilanteisiin (esim. äkilliset poissaolot) sovitut toimintamallit ja alihankintasopimukset

Osaaminen, perehdytys ja koulutus

Kaikilla työntekijöillä (ml. alihankkijat) on tehtäviinsä vaadittava koulutus, osaaminen ja suomen kielen taito. Uudet työntekijät perehdytetään kattavasti ennen työtehtävien aloittamista. Perehdytyksen sisältö dokumentoidaan. Ammattitaidon ylläpitämiseksi tarjotaan säännöllisesti täydennyskoulutusta, johon osallistumista seurataan.

Osaamisen seuranta ja epäkohtiin puuttuminen

Työn laatua ja osaamista seurataan säännöllisesti esihenkilötyön, asiakaspalautteen ja sisäisten auditointien avulla. Mikäli epäkohtia havaitaan, niihin puututaan nopeasti ohjauksella, lisäkoulutuksella tai tarvittaessa muilla toimenpiteillä.

Henkilöstöpalautteen kerääminen ja käsittely

Henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta. Palautetta käsitellään henkilöstöpalavereissa ja sen perusteella laaditaan konkreettisia kehittämistoimia.

Riskienhallinta ja työturvallisuus

Henkilöstölle annetaan koulutusta riskienhallinnan periaatteista sekä toimintaohjeet riskitilanteissa. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus raportoida havaitsemansa riskit tai poikkeamat. Työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajavelvoitteet on huomioitu mm. riskienarvioinnissa, työtilojen suunnittelussa ja suojavälineiden käytössä. Työsuojeluyhteistyö toimii osana riskienhallintaa ja potilasturvallisuutta.

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

Alueen sosiaaliasiavastaava (Kymenlaakso):

Nimi: Taija Kuokkanen

Tehtävä: Sosiaaliasiavastaava, neuvoa sosiaalipalveluiden asiakkaiden oikeuksista, avustaa muistutusten laatimisessa jne.

Yhteystiedot: Salpausselänkatu 40 A, 45100 Kouvola
ma-to klo 9–12, puh. 040 728 7313, taija.kuokkanen@kymenhva.fi

Alueen potilasasiavastaavat (Kymenlaakso):**Etelä-Kymenlaakso & yksityiset palvelut:**

Nimi: Marjaana Julin — Potilasasiavastaava, neuvoo potilaan oikeuksista, muistutuksista, kanteluista.

Yhteystiedot: Kotkantie 41, 48210 Kotka, puh. 044 223 1434, marjaana.julin@kymenhva.fi

Pohjois-Kymenlaakso:

Nimi: Mirja Piispa — Potilasasiavastaava, neuvoo potilaan oikeuksista (kymenhva.fi)

Yhteystiedot: Salpausselänkatu 40 A, 45100 Kouvola, puh. 0400 569 145, mirja.piispa@kymenhva.fi

Kuluttajaneuvonta (palvelusetelitalanteissa):

Yhteystiedot: Kilpailu- ja kuluttajavirasto (KKV)
– www.kkv.fi/kuluttajaneuvonta, puh. 029 505 3050 (ark. 9–12)

Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö

Nimi: Sofia Granlund

Tehtävänimike: Vastaava sairaanhoitaja

Yhteystiedot: sofiagranlund53@gmail.com

Käsittelyaika: 30 vrk muistutuksen vastaanottamisesta

Toimintakäytännöt ja oikeussuoja**Esteettömyys ja saavutettavuus:**

Tilat ovat esteettömät ja saavutettavissa apuvälineillä, viestintä on selkeää ja tarpeen mukaan tuettua tulkinn tai kuvien avulla.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys:

Palvelu noudattaa yhdenvertaisuuslainsäädäntöä. Henkilöstö on koulutettu hyvään kohteluun ja syrjimättömyyteen. Epäasialliset tilanteet käsitellään välittömästi vastuuhenkilön toimesta.

Toiminnan lainmukaisuus:

Palveluprosessit perustuvat voimassa olevaan lainsäädäntöön (mm. asiakas- ja potilaslait). Päätökset dokumentoidaan kirjallisesti ja rajoitukset tehdään lain edellyttämällä perusteella.

Tiedonsaantioikeus ja osallisuus:

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus saada selkeät tiedot palvelustaan ja osallistua palvelunsa suunnitteluun sekä päivittämiseen.

Kielelliset oikeudet:

Palvelut tarjotaan suomeksi tai ruotsiksi asiakkaan toiveen mukaan; tarvittaessa käytetään tulkkipalvelua.

Asiallinen kohtelu:

Asiakasta/potilasta kohdellaan kunnioittavasti. Epäasiallisesta kohtelusta tehdään muistutus tai kantelu, jonka käsittely käynnistetään välittömästi.

Oikeusturvakeinot:

Asiakkaita informoidaan aktiivisesti muistutusten, kantelujen ja potilasvahinkoilmoitusten tekemismahdollisuuksista sekä asiakas- ja potilasasiavastaavien tehtävistä.

Itsemääräämisoikeus:

Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan paitsi laissa säädetyissä tilanteissa. Rajoitukset tehdään kirjallisen, määritellyn ja yksilöllisen arvioinnin pohjalta.

Palvelusuunnitelmat:

Laaditaan yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa (hoito-, palvelu- tai asiakassuunnitelma). Ne päivitetään vuosittain tai tarpeen mukaan.

Suunnitelmien toteutuminen:

Suunnitelmat kirjataan järjestelmään, ja niiden toteutumista seurataan säännöllisesti esihenkilötyön ja auditointien kautta.

Asiakaspalautteen kerääminen:

Kerätään kirjallisesti ja suullisesti säännöllisesti. Palaute analysoidaan, käsitellään tiimeissä ja hyödynnetään palvelun kehittämisessä.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Palveluntuottaja raportoi keskeiset riskit ja havaitut epäkohdat palvelun järjestäjälle vuorovaikutteisissa yhteistyötapaamisissa ja kirjallisesti sovituin menettelyin. Omassa tai alihankkijan toiminnassa havaitut epäkohdat ilmoitetaan viipymättä myös valvontaviranomaiselle Valvontalain (29 §) mukaisesti.

Henkilöstöllä on velvollisuus ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle kaikista havaitsemistaan epäkohdista, niiden uhista tai lainvastaisuuksista. Ilmoittaminen tapahtuu kirjallisesti tai suullisesti, ja työntekijää suojellaan ilmoituksen seurauksilta lain edellyttämällä tavalla.

Palveluntuottajalla on ohjeistus myös muihin lakisäätöihin ilmoitusvelvollisuuksiin, kuten asiakkaan itsemääräämisoikeuden loukkauksiin tai epäiltyyn väkivaltaan liittyen (esim. lastensuojelu-, rikos- ja potilaslain säädäntö). Ohjeistus on henkilöstön saatavilla ja sen käyttöön perehdytetään säännöllisesti.

Ilmoitusvelvollisuudesta, sen käyttötavoista ja suojatusta ilmoittamismenettelystä tiedotetaan henkilöstölle perehdytyksessä sekä omavalvontasuunnitelmassa.

Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin reagoidaan viipymättä tilanteen vaatimalla tavalla. Toimenpiteet dokumentoidaan ja niiden vaikutuksia seurataan. Vaara-, haitta- ja poikkeamatilanteet kirjataan ylös ja niistä tehdään tarvittaessa viralliset ilmoitukset.

Asiakkailla, potilailla ja heidän läheisillään on mahdollisuus tehdä ilmoituksia vaara- ja haittatapahtumista joko suoraan henkilöstölle tai nimettömästi palautekanavien kautta.

Kaikki ilmoitukset käsitellään systemaattisesti. Niiden pohjalta toteutetaan tarvittavat korjaavat toimenpiteet ja kehitetään toimintaa. Opit dokumentoidaan ja jaetaan henkilöstölle esimerkiksi tiimipalavereissa.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan osana omavalvontaa, henkilöstön havaintojen ja raportointien sekä asiakaspalautteiden kautta. Vakavana vaaratapahtumana pidetään tapahtumaa, joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa asiakkaalle tai potilaalle vakavan haitan, loukkaantumisen tai kuoleman. Tapahtumat arvioidaan ennakkoon määritellyillä kriteereillä (esim. haitan vakavuus, toistuvuus, läheltä piti -tilanteet).

Kun vakava vaaratapahtuma havaitaan, yksikössä on sovittu seuraavista toimintatavoista:

Tapahtumasta ilmoitetaan viipymättä vastuuhenkilölle ja tarvittaessa myös palvelun tilaajalle sekä valvontaviranomaiselle.

Tilanteen ensivaiheen hallinta, asiakasturvallisuuden varmistaminen ja dokumentointi tehdään viivytyksettä.

Vakavan vaaratapahtuman tutkinnasta vastaa nimetty tutkintaryhmä tai vastuuhenkilö.

Tutkintaprosessi perustuu Valtioneuvoston "Vakavien vaaratapahtumien tutkinta" -oppaaseen ja seuraa systemaattista mallia:

Tapahtuman kuvaus ja taustojen selvittäminen

Osallisten kuuleminen ja aineiston keruu

Juurisyyanalyysi

Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Toimenpiteiden toteutus ja seuranta

Tutkinnassa painotetaan syyllistämätöntä ja oppimiseen keskittyvää kulttuuria. Henkilöstön tukemiseksi käytetään erilaisia tukimalleja, joissa huomioidaan myös tapahtumaan osallistuneiden työntekijöiden jaksaminen ja henkinen kuormitus.

Tutkinnan tulokset dokumentoidaan, ja ne käsitellään organisaation sisäisissä kokouksissa. Tieto hyödynnetään aktiivisesti palveluiden, toimintaprosessien ja koulutuksen kehittämisessä. Toimintakäytäntöjä muutetaan tarpeen mukaan, ja muutoksista tiedotetaan henkilöstölle. Myös asiakkaille voidaan viestiä asianmukaisesti, tilanteen niin edellyttäessä.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Kaikki epäkohtailmoitukset sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset käsitellään systemaattisesti. Ilmoitusten perusteella tunnistetut puutteet analysoidaan ja kirjataan omavalvontasuunnitelman kehittämistoimenpiteisiin. Tietoa hyödynnetään palveluprosessien, työmenetelmien ja asiakasturvallisuuden jatkuvassa parantamisessa.

Myös muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa esiin tulleet epäkohdat käsitellään henkilöstön ja tarvittaessa asiantuntijoiden toimesta. Tuloksena tehdään tarvittavat toimenpiteet toiminnan muuttamiseksi. Tapauksista opitaan ja käytäntöjä kehitetään vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi tulevaisuudessa.

Henkilöstölle tiedotetaan säännöllisesti käytössä olevista palautekanavista (esim. sisäiset ilmoituslomakkeet, sähköinen palautejärjestelmä, suullinen palaute) osana perehdytystä ja työyhteisöinfoja. Palautteenantoon kannustetaan matalalla kynnyksellä.

Asiakaspalautetta kerätään jatkuvasti useita eri kanavia hyödyntäen, kuten asiakaskyselyt, suora palaute sekä reklamaatiot. Palautetiedon analysointi on osa omavalvontaa ja sen tulokset käsitellään säännöllisesti henkilöstön kanssa. Kehittämistoimenpiteet perustuvat asiakkaiden tarpeisiin ja kokemuksiin.

Valvontaviranomaisten antamat ohjaukset, huomautukset ja päätökset dokumentoidaan ja analysoidaan. Niiden pohjalta tehdään tarvittavat muutokset toimintaan ja omavalvontasuunnitelmaan. Näin varmistetaan, että viranomaisvaatimukset täyttyvät ja asiakasturvallisuus pysyy ensisijaisena tavoitteena.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Poikkeamien, vaaratapahtumien ja palautteiden yhteydessä selvitetään niiden syyt ja taustatekijät systemaattisesti esim. juurisyysanalyysillä tai muilla käytössä olevilla menettelyillä. Tavoitteena on ymmärtää tapahtumien kokonaisvaltaiset vaikutukset ja estää vastaavien tilanteiden toistuminen.

Kehittämistoimenpiteet määritellään analyysin perusteella. Ne voivat sisältää esimerkiksi toimintatapojen muuttamista, ohjeistuksen päivittämistä, henkilöstön lisäkoulutusta tai fyysiseen ympäristöön tehtäviä muutoksia. Toimenpiteiden valinta perustuu siihen, millä keinoin voidaan parhaiten vahvistaa asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä parantaa palvelun laatua.

Kehittämistoimenpiteet kirjataan yksikön omavalvontasuunnitelmaan, sisäisiin muistioihin tai toimintasuunnitelmaan.

Kehittämistoimien vastuuhenkilöt nimetään selkeästi, ja jokaiselle toimenpiteelle määritellään realistinen aikataulu. Toimenpiteiden toteutumista seurataan säännöllisesti esimerkiksi johdon katselmuksissa, tiimipalavereissa tai omavalvonnan raportoinnissa,

Toiminnan vaikutuksia arvioidaan myöhemmin esimerkiksi palautteen, havaintojen ja mittareiden avulla. Tarvittaessa kehittämistoimia tarkennetaan edelleen.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Palveluiden laadun ja turvallisuuden seuranta

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan säännöllisesti käyttämällä sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia mittareita, kuten potilaspalautteita, hoitovirhelokeja, haittatapahtumaraportteja ja auditointituloksia. Lisäksi seurataan potilasvahinkojen määrää sekä hoitojen vaikuttavuutta.

Raportointi

Laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan kirjallisesti toiminnan vastuuhenkilölle sekä organisaation johdolle vähintään kerran neljännesvuodessa. Raportit sisältävät yhteenvedon havainnoista, poikkeamista ja kehitysehdotuksista.

Riskienhallintakeinojen toimivuuden varmistaminen

Riskienhallinnan keinojen toimivuus varmistetaan analysoimalla raportoidut riskitapahtumat ja tekemällä tarvittavat korjaavat toimenpiteet. Toimivuus arvioidaan säännöllisissä riskienarvioinneissa sekä turvallisuuskokouksissa.

Riskienhallinnan arviointi ja seuranta

Riskienhallinnan toimivuutta arvioidaan vuosittain systemaattisesti koko toiminnan osalta, jolloin käydään läpi toteutuneet riskit, toteutetut toimenpiteet sekä niiden vaikutukset.

Raportointi riskienhallinnan toteutumisesta

Riskienhallinnan arvioinnista raportoidaan johdolle sekä tarvittaessa muille sidosryhmille vähintään kerran vuodessa kirjallisena yhteenvetona.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta ja korjaavat toimenpiteet

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan systemaattisesti määriteltyjen mittareiden ja tarkastusten avulla. Havaitut puutteellisuudet kirjataan ja niihin reagoidaan viipymättä, jolloin käynnistetään korjaavat toimenpiteet.

Selvitysten laatiminen ja muutosten julkaisu

Seurannasta tehdään kirjallinen selvitys, joka käsitellään vähintään neljännesvuosittain osana omavalvontasuunnitelman raportointia. Selvityksen pohjalta tehdyt muutokset ja parannukset päivitetään omavalvontasuunnitelmaan ja julkaistaan henkilöstölle sekä muille keskeisille tahoille vähintään neljän kuukauden välein.