

OMAAVALVONTASUUNNITELMA

DIGITAALINEN SOTE-KESKUS

Yksikön nimi: Keski-Suomen digitaalinen sote -keskus	
Laatijat (nimi, palvelupäällikkö, palveluvastaava) allekirjoitus	<i>Sari Nurmivaara, palvelupäällikkö</i> <i>Mia Jernfors, vs. ylilääkäri</i> <i>Raija Loikkanen, palveluvastaava</i> <i>Henna Valo, Palveluvastaava</i>
Hyväksymispäivämäärä:	20.5.2025
Hyväksyjä (nimi, palvelujohtaja) allekirjoitus	<i>Anne Pihl</i> <i>palvelujohtaja</i>
Omavalvontasuunnitelman versionumero ja pvm Aiempia versioita tulee säilyttää seitsemän vuotta.	Versio 1
	31.1.2025
	Aiempien versioiden päiväykset:
Omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä	<u>Omavalvontaohjelma</u> <u>Keski-Suomen hyvinvointialue (hyvaks.fi)</u> Asiakirja tallennetaan digitaalisen sote-keskuksen henkilökunnan teams-asiakirjoihin ja tulostetaan yksikön ilmoitustaululle

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN	4
3	OMAVALVONTASUUNNITELMAN SISÄLTÖ	4
3.1	PALVELUNTUOTTAJAA JA PALVELUYKSIKKÖÄ SEKÄ TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT	4
3.1.1	Palveluntuottajan perustiedot	4
3.1.2	Palveluyksikön perustiedot	4
3.1.3	Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	5
3.2	ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS	5
3.2.1	Vastuu palveluiden laadusta	6
3.2.2	Palveluiden laadulliset edellytykset	6
3.2.2.1	Yksikkökohtaiset laadun ja vaikuttavuuden työkalut ja mittarit	6
3.2.2.2	Hoidon ja palvelutarpeen arviointi	6
3.2.2.3	Sosiaalihuolto	7
3.2.2.4	Sosiaalihuolto ikääntyneet:	8
3.2.2.5	Sosiaalihuoltolain mukainen omatyöntekijä	9
3.2.2.6	Asiakassuunnitelma	9
3.2.2.7	Terveys- ja hoitosuunnitelma	9
3.2.2.8	Hoidon toteutumisen varmistaminen	9
3.2.2.9	Palvelun toteutumisen varmistaminen	10
3.2.2.10	Potilas- ja asiakastyön kirjaaminen	10
3.2.2.11	Kaatumisten ja putoamistapaturmien ennaltaehkäisy ja riskin arviointi	10
3.2.2.12	Infektioiden torjunta	11
3.2.2.13	Sosiaalihuollon toteutuminen terveydenhuollon yksikössä	12
3.2.3	Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet	12
3.2.3.1	Tiedonsaantioikeus	12
3.2.3.2	Asiakkaan/potilaan asiallinen kohtelu	13
3.2.3.3	Oikeusturvakeinot	13
3.2.3.4	Itsemääräämisoikeus	14
3.2.3.5	Potilasasiavastaava / sosiaaliasiavastaava	15
3.2.4	Muistutusten käsittely	16

3.2.5	Henkilöstö	17
3.2.5.1	Henkilöstön määrä ja rakenne	17
3.2.5.2	Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet	18
3.2.5.3	Henkilöstön perehdyttäminen ja täydennyskoulutus	19
3.2.6	Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta.....	20
3.2.7	Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	21
3.2.8	Toimitilat ja toimintaympäristö	22
3.2.8.1	Toimitilat	22
3.2.8.2	Pelastus- ja poistumisturvallisuus	23
3.2.8.3	Teknologiset ratkaisut.....	24
3.2.9	Lääkinnälliset laitteet ja tietojärjestelmät	24
3.2.10	Lääkehoitosuunnitelma	27
3.2.11	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja.....	27
3.2.12	Säännöllisesti kerättävän palautteen huomioiminen	29
3.3	PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN RISKIEN TUNNISTAMINEN JA HALLINTA	30
3.3.1	Riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen.....	30
3.3.2	Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenneiden epäkohtien ja puutteiden käsitleminen.....	32
3.3.2.1	Riskienhallinnan keinot ja puutteiden käsittely.....	32
3.3.2.2	Vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettely.....	32
3.3.2.3	Valvontalain 29 § mukainen palveluyksikön ja henkilöstön Ilmoitusvelvollisuus epäkohdasta.....	34
3.3.2.4	Korjaavat toimenpiteet	35
3.3.3	Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen	35
3.3.4	Ostopalvelut, alihankinta ja palvelusetelituotanto	36
3.3.5	Viranomaisten antama ohjaus ja päätökset	37
3.3.6	Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	37
3.4	YHTEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA	37
4	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN	37
4.1	Toimeenpano	37
4.2	Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	38

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalouden valvontalain 741/2023 27§ mukaan sosiaali- ja terveystalouksissa tulee olla tehtynä palveluyksikkökohtainen omavalvontasuunnitelma. Palveluyksikkö vastaa omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä ja noudattamisesta. Omavalvontasuunnitelma tulee tehdä sähköisesti ja siihen on kirjattava, kuka vastaa sen laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta.

Omavalvontasuunnitelman avulla varmistetaan päivittäisen toiminnan laatu, asianmukaisuus, turvallisuus sekä asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyys. Omavalvontasuunnitelman tulee olla selkeä sekä helposti ymmärrettävä ja käytettävä työväline, joka ohjaa palveluyksikön henkilöstön käytännön työtä ja toimintaa. Palveluntuottajalla ja palveluyksikön henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista.

Omavalvontasuunnitelman tulee kattaa kaikki palveluyksikössä tuotetut palvelut, mukaan lukien palveluntuottajan omana toimintana tuotetut palvelut, palveluntuottajan ostopalveluna ja alihankintana hankkimat palvelut ja palvelusetelillä tuotetut palvelut.

Omavalvontasuunnitelmaa laadittaessa ja sitä muutettaessa on otettava huomioon asiakkailta ja potilailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluyksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerätävä palaute. Siinä on huomioitava myös valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset.

Omavalvontasuunnitelmassa sovitaan menettelytavat palvelutoiminnassa havaittujen riskien, vaaratilanteiden ja laadullisten puutteiden ennaltaehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä ammattihenkilöiden ammatillisen osaamisen varmistamiseksi. Suunnitelman on oltava sitä laajempi ja yksityiskohtaisempi, mitä monimuotoisempaa ja riskialttiimpaa palvelujen tuottajan toiminta on. Omavalvontasuunnitelmassa määritellään muun muassa noudatettavat toimintatavat ja niiden toteuttamisen seuranta. Omavalvonnan asiakirjoja muodostuu kaikista niistä toiminta- ja menettelyohjeista, joita laaditaan yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi kaikissa palveluketjun vaiheissa. Näistä asiakirjoista omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, osa omavalvonnallisista toiminta- ja menettelyohjeista voi olla vain henkilöstön käyttöön tarkoitettuja, kuten lääkehoitosuunnitelma.

2 OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN

Omaavalvonnasta suunnittelusta vastaava henkilö tai henkilöt

Ketkä osallistuvat omaavalvontasuunnitelman laadintaan ja miten pidetään huolta henkilöstön osallistamisesta suunnitelman laatimiseen?

Digitalisen sote –keskuksen omaavalvontasuunnitelman laadintaan osallistuvat palveluvastaavat Raija Loikkanen ja Henna Valo, vs. ylilääkäri Mia Jernfors ja palvelupäällikkö Sari Nurmivaara. Ennen omaavalvontasuunnitelman hyväksyntää asiakirja käydään henkilöstöpalavereissa läpi ja huomioidaan henkilöstön huomioidut suunnitelmaan.

Omaavalvonnasta suunnittelusta ja seurannasta yksikössä vastaa

Sari Nurmivaara, sari.nurmivaara@hyvaks.fi, p. 050 4731118

3 OMAVALVONTASUUNNITELMAN SISÄLTÖ

3.1 PALVELUNTUOTTAJAA JA PALVELUYKSIKÖÄ SEKÄ TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

3.1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Keski-Suomen hyvinvointialue

Y-tunnus 3221318–2

Viitaniemientie 1 A, 40720 Jyväskylä

Vastuualue: Sosiaali- ja terveyspalvelut

Palvelualue: Terveystieteiden palvelut

3.1.2 Palveluyksikön perustiedot

Nimi: Keski-Suomen digitaalinen sote -keskus

Katuosoite: Ohjelmakaari 10, 3.krs

Postinumero: 40500

Postitoimipaikka: Jyväskylä

Palveluyksikön valvontalain 10 § 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön nimi tai palvelualueen vastuuhenkilö: Sari Nurmivaara

Puhelin: 050 4731118

Sähköposti: sari.nurmivaara@hyvaks.fi

3.1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Mitä palveluita yksikössä tuotetaan?

Digitaalisessa sote-keskuksessa tuotetaan avosairaanhoidon, fysioterapian, mielenterveyden, suun terveydenhuollon, ravitsemus- ja toimintaterapian, sosiaalihuollon, lasten, nuorten ja perheiden palveluita koko Keski-Suomen alueelle. Palvelua tuotetaan digitaalisia kanavia hyödyntäen sekä puhelinpalveluna. Palvelu voi olla joko reaaliaikaista tai ei-reaaliaikaista.

Mikä on palveluyksikön toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet? (asiakas- ja potilasmäärät ja -ryhmät, hankitaanko palveluja toiselta palveluntuottajalta)

Digitaaliseen sote-keskuksen palveluita tarjotaan tunnisteisesti kaikille keskisuomalaisille, pois lukien terveydenhuollon osalta kokonaisulkoistetut terveysasemat. Osalle ulkoistetuista asemista tarjotaan palvelusopimuksen mukaiset terapiapalvelut. Etäyhteydellä hoidettavien asiakkaiden kohdalla mietitään asian tai vaivan soveltuvuus sekä asiakkaan kyvyt ja mahdollisuudet etäasiointiin. Asiakkaat ohjataan tarvittaessa läsnä palveluun, jos asia sitä edellyttää tai asiakas ei syystä tai toisesta pysty tai halua asioida etäyhteydellä.

Digitaalisessa sote-keskuksessa osa asiakkaista asioi anonyyminä. Heidän palvelussaan korostuu ohjaus ja neuvonta. Mikäli asiakkaalle on tarpeen tehdä palvelutarpeen arviointi, hoidon tarpeen arviointi tai aloittaa hoito tai palvelu, asiakas pyydetään vahvasti tunnistautumaan.

Palvelu tuotetaan omana toimintana, lääkäripalvelua täydennetään ostopalveluilla.

Toimintaa ohjaa julkista asiakas ja potilastyötä ohjaava lainsäädäntö.

3.2 ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS

Digitaalisessa sote –keskuksessa työskentelee korkeakoulututkinnon suorittaneita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Korkeakoulututkinnon lisäksi työntekijät suorittavat työssä edellyttävät tietosuojan ja potilasturvallisuuteen sekä lääkitysturvallisuuteen liittyvät opintokokonaisuudet verkko-opintoina.

Turvallinen asiakas- ja potilastyö edellyttää riittävää perehtymistä asiakkaan taustoihin, nykytilanteeseen ja hoidon sekä palvelun pitää perustua näyttöön. Hoidosta ja palvelusta tulee tehdä asianmukaiset dokumentaatiot asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Dokumentaatioon on kirjallista ohjeistusta Intrassa ja ko. ohjeita käydään säännöllisesti läpi. Henkilöstöllä on työssään apuna alueen opaskartat, Terveysportti ja alueelliset palvelu- ja hoitokartat sekä -polut. Hoito perustuu lääketieteellisesti hyväksyttyihin hoitokäytäntöihin ja Käypä hoito – suosituksiin. Henkilöstön edellytetään käyvän säännöllisesti täydennyskoulutuksessa.

3.2.1 Vastuu palveluiden laadusta

Palveluyksikön omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisi järjestelmä sekä mahdolliset toiminto- ja toimintayksikkökohtaiset vastuuhenkilöt ja muut erityislainsäädännön edellyttämät vastaavat henkilöt ja heidän tehtävänsä.

Digitalinen sote-keskus on laaja-alaisen sote-keskuksen yksikkö, jonka toiminnasta vastaa palvelujohtaja Anne Pihl. Yksikön palvelupäällikkönä toimii Sari Nurmivaara ja päivittäisjohtamisesta vastaavat palveluvastaavat Henna Valo ja Raija Loikkanen sekä lääkäriyön osalta vs. ylilääkäri Mia Jernfors.

Lääketieteellisestä laadusta ja hoidon asianmukaisuudesta vastaa vs. ylilääkäri, joka johtaa lääkäriä työtä digitaalisessa sote -keskuksessa. Ylilääkäri valitsee virkalääkärit yhdessä palvelupäällikön kanssa ja tekee ostopalvelusopimukset haastatteluihin perustuen. Lääkäriyössä edellytetään riittävää kokemusta perusterveydenhuollosta ja soveltuvuutta etätyöhön. Palvelutoiminnan laatua seurataan mm. keräämällä asiakaspalautetta, säännöllisellä vuoropuhelulla henkilöstön kanssa sekä laatu- ja turvallisuuspoikkeamia seuraamalla. Palveluvastaavat ja palvelupäällikkö seuraavat palvelun laatua ja asianmukaisuutta osana päivittäisjohtamista.

3.2.2 Palveluiden laadulliset edellytykset

3.2.2.1 Yksikkökohtaiset laadun ja vaikuttavuuden työkalut ja mittarit

Terveydenhoidon osalta laatua ja vaikuttavuutta seurataan laaja-alaisen sote-keskuksen yhteisesti sovitulla mittareilla. Hoidon saatavuutta kuvataan kerran kuukaudessa seurattavalla T3-luvulla. Sosiaalipalveluiden osalta seurataan vireille tulleiden asioiden käsittelyaikoja. Yksiköstä kerätään säännöllisesti asiakaspalautetta jokaisesta chat- ja videovastaanottokontaktista sekä hyvinvointi-alueen asiakaspalautekanavasta. Asiakas- ja potilasturvallisuutta seurataan Laatuportti-ilmoitusten avulla. Digitaalisessa sotekeskuksessa on nimetty hoidon vaikuttavuuden osalta laatuvaikuttajat, jotka seuraavat hoidon vaikuttavuutta sovitulla mittareilla: Pitkäaikaissairaista seurataan soveltuvien osin diabeteksen hoitotasapainoa HbA1C –tutkimuksella, tupakointia seurataan AHTUP-mittarilla, verenpainetta seurataan 4 vuorokauden verenpaineen hoitotasolla sekä kolesterolitasoa seurataan LDL-mittauksella.

3.2.2.2 Hoidon ja palvelutarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointia suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt: sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja hammashoitaja. Hoidon tarpeen arvioinnin tukena käytetään Käypähoitosuosituksia, hoidonperusteet.fi -palvelua sekä alueellisia hoito-ohjeita. Hoidon tarpeen arvioinnin tukena on lääkäri, joka tarvittaessa arvioi muun muassa hoidon kiireellisyttä ja hoidon edellyttämiä ennakkotutkimuksia.

Digitaalisen sote-keskuksen sairaanhoitajaan saa yhteyden arkisin klo 8–20, sekä viikonloppuisin ja arkipyhinä klo 10–16. Laajat aukioloajat mahdollistavat yhteyden ottamisen joustavasti ja lisäävät saavutettavuutta.

Miten yhteydensaanti palveluun varmistetaan ja miten sen toteutumista seurataan?

Yhteydensaantia seurataan reaaliaikaisesti puhelin- ja digiasiointialustan kautta sekä chat- ja puheluraporteista.

Miten hoidon tarpeen arvioinnin lakisääteisiä määräaikoja seurataan?

Hoitoon pääsyn määräaikoja seurataan kerran T3 -luvulla, jota käytetään kaikilla hyvinvointialueen sote-aseilla.

Miten hoidon tarve arvioidaan, minkä ammattiryhmä arvion voi yksikössä tehdä ja mitä mittareita arvioinnissa ja arvioinnin toteutumisessa käytetään?

Hoidon tarpeen arviointia tekevät sairaanhoitajat, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja hammashoitaja. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutumista seurataan kuukausittain Exreport -järjestelmästä, josta voidaan seurata arvioinnin toteutumista sisältömerkintöjen avulla.

Miten potilas tai hänen omaisensa ja läheisensä otetaan mukaan hoidon tarpeen arviointiin?

Hoidon tarpeen arvioinnissa potilas tai yhteyttä ottava läheinen haastatellaan nykytilan selvittämiseksi. Jatkohoito suunnitellaan lääketieteellisin perustein potilaan tai tarvittaessa läheisen toiveet huomioiden.

3.2.2.3 Sosiaalihuolto

Digitaalisessa sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa tarjotaan myös sosiaalipalveluita. Sosiaalihuollon palveluihin kuuluu:

- sosiaaliohjaus
- perhekeskuskoordinaattoreiden työ.

Asiakkaille annetaan matalan kynnyksen ohjausta ja neuvontaa, sekä anonymisti, että tunnistautuneena. Ohjaus voi tapahtua digitaalisten välineiden kautta tai puhelimitse. Asiakkaita ei tavata kasvotusten.

Ohjauksen ja neuvonnan lisäksi sosiaaliohjaajien työrooliin kuuluu virkasosiaaliohjaajan tehtävät, ja heillä on oikeus tehdä sosiaalihuollon päätöksiä, suunnitelmia ja arviointeja.

Palvelutarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa käytetään SosiaaliEfficassa / ProConsonassa olevia, THL sosmetan mukaisia valtakunnallisia lomakkeita. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon

asiakkaan valmiudet, vahvuudet sekä haasteet. Palvelutarvetta arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Palvelutarpeen arviointi tehdään digitaalisia välineitä hyödyntäen, mikäli asiakas on kykenevä ja halukas niitä käyttämään, muussa tapauksessa asiakas ohjataan ns. kivijalka sosiaaliaseman palveluiden piiriin.

Palveluita myönnettäessä käytetään samoja kriteereitä kuin ns. kivijalka sosiaaliasemilla, joten asiakkaat ovat yhdenvertaisessa asemassa palvelun suhteen siitä riippumatta, asioivatko kasvotusten vai digitaalisissa palveluissa.

Miten yhteydensaanti palveluun varmistetaan?

Asiakkaaseen ollaan yhteydessä, mikäli hänestä saapuu ilmoitus tai yhteydenotto. Mikäli häntä ei tavoiteta, hänelle lähetetään ohjeet, kuinka palveluun saa yhteyden. Yhteydenottokanavia on useita.

Miten palvelutarpeen arvioinnin lakisääteisiä määräaikoja seurataan?

Palvelutarpeen arviointien tarpeeseen on toistaiseksi pystytty vastaamaan niin nopealla aikataululla, ettei seurantaa ole tarvinnut toteuttaa. Mikäli tilanne muuttuu, voi asiakastietojärjestelmän kautta seurata määräaikojen toteutumista.

Miten palvelutarve arvioidaan, mikä ammattiryhmä arvion voi palvelussa tehdä ja mitä esim. toimintakykyä arvioivia mittareita arvioinnissa ja arvioinnin toteutumisessa käytetään?

Sosiaaliohjaajat ovat virassa olevia ja toteuttavat palvelutarpeen arviointia. Mikäli arvioinnin edessä käy ilmi, että asiakas on erityisen tuen tarpeessa, hänet ohjataan kivijalka sosiaaliaseman sosiaalityöntekijälle. Palvelutarpeen arviointia tehdessä käytetään asiakastietojärjestelmän palvelutarpeen arviointi lomakkeita, jotka perustuvat THL sosmetan lomakkeisiin. Varsinaisia mittareita arvioinnissa ei ole käytössä.

Miten asiakas tai hänen omaisensa ja läheisensä otetaan mukaan palvelutarpeen arviointiin?

Asiakas on tekemässä palvelutarpeen arviointia ja halutessaan hän voi ottaa mukaan läheisensä.

3.2.2.4 Sosiaalihuolto ikääntyneet:

Mitä mittareita iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa käytetään?

Iäkkään asiakkaan palvelutarvetta arvioidaan perustuen asiakkaan ja tarpeen mukaan läheisen haastatteluun. Tilannetta voidaan selvittää chatin kautta, videovastaanotolla tai puhelimitse. Tarvittaessa voidaan hyödyntää omaisten tuottamaa tietoa. Digitaalisessa sotekeskuksessa ei käytetä RAI-arviointia.

3.2.2.5 Sosiaalihuoltolain mukainen omatyöntekijä

Miten varmistetaan se, että sosiaalihuollon asiakkaille on nimetty omatyöntekijä?

Mikäli asiakas jää asiakkuuteen digisotokeskukseen, hänelle nimetään asiakastietojärjestelmässä omatyöntekijä, jonka kanssa asiakas asioi. Digitaalisessa sote keskuksessa ei ole pääsääntöisesti pitkiä asiakkuuksia, eikä omatyöntekijää nimitä mikäli asiakkaalla on muista palveluista vastaava työntekijä tai nimeäminen on jostain muusta syystä tarpeetonta.

3.2.2.6 Asiakassuunnitelma

Miten asiakassuunnitelma laaditaan ja päivitetään? Kenen vastuulla päivittäminen on? Miten asiakassuunnitelman toteutumista ja päivittämisen tarvetta seurataan? Miten varmistetaan, että asiakassuunnitelma on tehty kaikille? Miten arvioidaan tilanteet, joissa asiakassuunnitelmaa ei ole tarpeen tehdä?

Digitaalisessa sote keskuksessa ei ole pitkäaikaisia asiakkuuksia. Asiakkaalle voidaan tehdä palvelutarpeen arviointi ja tarpeen mukaan toimia lyhytaikaisesti omatyöntekijänä, mutta asiakkuudet ovat niin lyhyitä, että on arvioitu, että asiakassuunnitelman laatiminen on ilmeisen tarpeetonta.

3.2.2.7 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Miten terveys-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma laaditaan, päivitetään ja miten sen toteutumista seurataan?

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaan omalla terveysasemalla häntä hoitavan ammattilaisen toimesta. Digitaalisessa sotekeskuksessa hoitoa järjestettäessä huomioidaan potilaalle laadittu terveys-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

3.2.2.8 Hoidon toteutumisen varmistaminen

Miten yksikössä varmistetaan lakisääteisten määräaikojen toteutuminen?

Yksikössä seurataan määräaikojen toteutusta asiakastietojärjestelmän tietojen ja omavalvonnan kautta.

Miten yksikössä varmistetaan, että henkilökunta toimii terveys- ja hoitosuunnitelman mukaisesti, ja miten suunnitelmien toteutumista ja päivittämistä seurataan?

Terveys- ja hoitosuunnitelmien toteutumisen seuranta kuuluu potilaan omalle terveysasemalle.

3.2.2.9 Palvelun toteutumisen varmistaminen

Miten yksikössä varmistetaan lakisääteisten määräaikojen toteutuminen?

Yksikössä seurataan määräaikojen toteutusta asiakastietojärjestelmän tietojen ja omavalvonnan kautta.

Miten yksikössä varmistetaan, että henkilökunta toimii asiakas- tai palvelusuunnitelman mukaisesti, ja miten suunnitelmien toteutumista ja päivittämistä seurataan?

Tarvittaessa asiakaspalautteiden tai Laatuportti ilmoitusten avulla. Suunnitelmien seuranta toteutetaan pääsääntöisesti yksikössä, jonka vastuulle suunnitelman tekeminen kuuluu.

Miten yksikössä varmistetaan, että palvelu toteutuu yksilöllisten päätösten mukaisesti?

Tarvittaessa asiakaspalautteiden tai Laatuportti ilmoitusten avulla.

3.2.2.10 Potilas- ja asiakastyön kirjaaminen

Miten työntekijät perehdytetään asiakastyön kirjaamiseen?

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien osalta on laadittu omat dokumentaatio-ohjeensa ja ne löytyvät Intrasta ICT-ohjeista. Jokaisesta hoito- ja palvelutapahtumasta on kirjattava yhdenmukaisesti laadukkaat, riittävät ja tarpeelliset potilas- ja asiakastiedot. Kirjaamisohjeita käydään läpi tiimipalaverissa ja uudet työntekijät perehdytetään kirjaamisohjeisiin.

Miten varmistetaan, että asiakas- ja potilastyön kirjaaminen tapahtuu viipymättä ja asianmukaisesti?

Perehdyttämisen yhteydessä panostetaan kirjaamisen osaamiseen. Kirjaamisen merkityksellisyydestä keskustellaan työyhteisössä säännöllisesti.

3.2.2.11 Kaatumisten ja putoamistapaturmien ennaltaehkäisy ja riskin arviointi

Kaatumisten ja tapaturmien ehkäiseminen on turvallisen elämän varmistamiseksi ensiarvoisen tärkeää. Kaatumiset ja kaatumisvammojen ehkäisy on merkittävä haaste väestön ikääntyessä. Kaatumiset voivat johtaa vakavaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen sekä pitkittyneeseen hoidon ja palvelun tarpeeseen.

Onko yksikössä käytössä systemaattinen kaatumisten- ja putoamisten riskinarviointi?

Kaatumisvaaran arviointi tehdään ensisijaisesti iäkkäille ihmisille, tekoniveloitaville tai tapaturmapotilaille Keski-Suomen hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. kssote.sharepoint.com/sites/sampo-ohjepankki/Ohjeetammattilaisille_hoitoketjut/Forms/Yllpito.aspx?id=%2Fsites%2Fsampo-ohjepankki%2FOhjeet_ammattilaisille_hoitoketjut%2Fkaatumisten_ehkaisyn_toimintamalli_Keski-Suomen_hyvinvointialueella_%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fsampo-ohjepankki%2FOhjeet_ammattilaisille_hoitoketjut

Miten kaatumisten- ja putoamisten esiintymistä seurataan?

Ei koske suoraan Digisotekeskusta.

Miten yksikössä varmistetaan henkilöstön osaaminen kaatumisten- ja putoamisten ennaltaehkäisyyn ja tunnistamiseen?

Hyvinvointialueen ohje on Intrassa ja se on toimitettu henkilöstölle tiedoksi.

3.2.2.12 Infektioiden torjunta

Digitaalisen sotekeskukseen on nimetty tartuntatautivastaavat, jotka ovat terveysasemien tartuntatautivastaavien apuna tartunnan jäljityksissä. Tartuntatautivastaavat tekevät tiivistä yhteistyötä myös hyvinvointialueen infektiolääkäreiden ja hygieniahoitajien kanssa. Tartuntatautihoitajat osallistuvat tarvittaviin aiheeseen liittyviin koulutuksiin.

Tartuntatautivastaavien nimi ja yhteystiedot

Mari Randmaa, p. +358405549957, Hanna Stenström p. +358407773357, Kaisa Nieminen, p. +358406159589

Miten infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ennaltaehkäistään? Miten huolehditaan, että infektioiden torjunta on osa yksikön päivittäistä ja suunnitelmallista toimintaa? Miten todennetaan, että infektioiden ilmaantuvuus on todennetusti laskusuuntainen?

Tartuntatautihoitajat osallistuvat tartunnan jäljityksiin yhdessä terveysasemien tartuntatautivastaavien kanssa. Potilaat ja heidän läheisensä pyritään kartoittamaan mahdollisimman pian tartuntaketjujen katkaisemiseksi. Digisote vastaa Lifecare alueen seksitautien hoidosta, jatkokontrolleista ja tarvittavista jäljitystehtävistä. Hoitava lääkäri tekee ilmoitukset yleisvaarallisista tartuntataudeista THL:ään sähköisellä lomakkeella sekä Keski-Suomen hyvinvointialueen tartuntataudeista vastaavalle lääkärille.

Miten yksikössä huolehditaan henkilöstön perusosaamisesta infektioiden torjumiseksi?

Tartuntatautivastaavilla on säännöllisesti koulutusta, jota infektioyksikkö osaltaan koordinoi. Tartuntatautivastaavat kouluttavat ja informoivat myös muuta henkilöstöä.

Kuvaa miten yksikössä seurataan hoitoon liittyviä infektioita (prevalenssitutkimukset ja RAI):

Infektioyksikön koordinoimana

3.2.2.13 Sosiaalihuollon toteutuminen terveydenhuollon yksikössä

Miten yksikössä huolehditaan potilaiden sosiaalihuollon palvelutarpeen tunnistamisesta ja ohjaamisesta sosiaalihuollon palveluun?

Yksikössä työskentelee moniammatillisesti sekä terveydenhuollon, että sosiaalihuollon ammattilaisia. Terveydenhuollon ammattilaisilla on matala kynnyks konsultoida sosiaalihuollon työntekijöitä tai ohjata asiakas suoraan sosiaalihuollon ammattilaisten palvelun piiriin.

3.2.3 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja hyvään kohteluun ilman syrjintää. Asiakasta/potilasta kohdellaan hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen.

3.2.3.1 Tiedonsaantioikeus

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

Asiakasta kuullaan kaikessa päätöksenteossa ja hänellä on oikeus saada omat tietonsa pyydettyinä.

Tietojen antaminen asiakkaalle ja potilaalle

Potilaalla, asiakkaalla sekä hänen laillisella edustajallaan on oikeus tutustua hänestä talletettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista.

Millä tavalla potilas- ja asiakas voivat saada tietoa potilas- ja asiakasasiakirjoistaan?

Asiakas ja potilas voivat pyytää tietoja tietopyyntölomakkeilla [Lomakkeet](#) | [Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

Miten [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 49§](#) on huomioitu yksikön omavalvonnassa?

Potilas- ja asiakastietojen luovuttamisessa noudatetaan em. lainsäädäntöä. Tietojen luovuttaminen arvioidaan tarvittaessa ylilääkärin tai sosiaalihuollon johtavan viranomaisen toimesta.

[Puolesta asiointi Keski-Suomen hyvinvointialueella](#) | [Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

3.2.3.2 Asiakkaan/potilaan asiallinen kohtelu

Potilaalla/asiakkaalla on oikeus hyvään kohteluun, niin että potilaan/asiakkaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Potilaan/asiakkaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. Palveluja annetaan yhdenvertaisesti siten, ettei ihmisiä aseteta eri asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Hoitoa annetaan kiireellisissä tapauksissa asuinpaikasta riippumatta.

Miten varmistetaan asiakkaiden/potilaiden asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

Epäasiallisesta kohtelusta saadaan tieto esim. palautteiden ja muistutusten välityksellä ja ne käsitellään organisaation suosittelemalla tavalla. Epäasiallisesta kohtelusta käydään keskustelua ko. työntekijän kanssa. Mikäli kyse olisi vakavasta tapauksesta, voi epäasiallinen kohtelu olla peruste varoitushenkinen.

Miten asiakkaan/potilaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa käsitellään koettu epäasiallinen kohtelu, haittatapahtuma tai vaaratilanne?

Yksikkö antaa kirjallisia vastauksia asiakkaan/potilaan antamiin palautteisiin ja muistutuksiin. Tarvittaessa käymme tilannetta läpi suullisesti.

3.2.3.3 Oikeusturvakeinot

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Asiakkaille informoidaan tarvittaessa, kuinka hän voi toimia, mikäli hän on tyytymätön saamaansa palveluun tai kohteluun.

Miten asiakkaan ja potilaan informointi vahingonkorvauksiin tai potilasvahinko- ja lääkevahinkoilmoituksen tekoon on ohjeistettu?

Ko. ohjeet on löydettävissä hyvinvointialueen verkkosivuilla: [Vahingonkorvaukset Keski-Suomen hyvinvointialueella | Keski-Suomen hyvinvointialue](#)

3.2.3.4 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan.

Terveydenhuolto: Potilaalle annetaan tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaalla on myös oikeus tehdä päätöksiä, jotka voivat vahingoittaa hänen omaa terveyttään tai henkeään, ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta.

Jos täysi-ikäinen potilas ei sairauden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, pitää potilaan lähiomaista, muuta läheistä tai laillista edustajaa kuulla, jotta potilaan tahto pystytään selvittämään. Kun on kyse toimenpidettä koskevasta päätöksestä, päätökseen tarvitaan potilaan läheisen tai laillisen edustajan suostumus. Suostumuksen antajan pitää kiinnittää huomiota siihen, mikä on potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai mielipide asiaan liittyen. Jos selvitystä potilaan omasta tahdosta ei saada, potilasta pitää hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti, eli tavalla, joka hyödyttää potilasta eniten.

Sosiaalihuolto: Sosiaalihuollon palveluissa jokaisella on oikeus tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös se, että asiakkaalla on oikeus tehdä muiden mielestä vääriä valintoja.

Jos asiakas ei sairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty ilmaisemaan mielipidettään, asiakkaan tahtoa pitää selvittää yhdessä hänen laillisen edustajansa, omaisensa tai läheisensä kanssa. Asiakasta koskeva asia pitää käsitellä ja ratkaista siten, että ensisijaisesti huomioidaan asiakkaan etu.

Miten yksikössä varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen?

Asiasta keskustellaan säännöllisesti ammattilaisten kanssa ja tarvittaessa pohditaan esimerkiksi tiimipalaverissa / esihenkilön kanssa, mikäli on epäselvää, kuinka toimia tietyssä tilanteessa. Palvelu ja hoito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen ja niitä toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta, vaikka ammattilainen ei olisi samaa mieltä asiakkaan tekemistä päätöksistä.

Mistä itsemääräämisoikeuden vahvistamista koskevista periaatteista ja käytännöistä yksikössä on sovittu ja ohjeistettu? Millä konkreettisilla keinoilla pyritään ennaltaehkäisemään rajoitustoimien käyttöä? Kuka vastaa yksikön suunnitelmista? Mitkä ovat asiakkaan rajoittamista koskevat periaatteet ja rajoitusten konkreettiset menettelytavat? Millaiset kirjalliset ohjeet rajoittamiseen on olemassa? Miten asiakkaan vointia seurataan rajoittamistoimen aikana?

Yksikössä ei käytetä toimenpiteitä, jotka rajoittaisivat yksilön itsemääräämisoikeutta.

3.2.3.5 Potilasasiavastaava / sosiaaliasiavastaava

Potilasasiavastaavan yhteystiedot

Potilaiden oikeuksiin liittyvissä asioissa auttavat potilasasiavastaavat Tuija Noronen ja Päivi Puoliväli.

puhelin: 014 269 2600

puhelinaika: Maanantaisin ja perjantaisin klo 8–12

Tiistaisin ja keskiviikkoisin klo 11–15

Muina aikoina on käytössä puhelinvastaaja, johon voi jättää soittopyynnön ja puhelinnumeron yhteydenottoa varten.

[Potilasasiavastaava | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](https://www.keski-suomen-hyvinvointialue.fi/hyvakas)

Sosiaaliasiavastaavan yhteystiedot

Asiakkaiden oikeuksiin liittyvissä asioissa auttaa sosiaaliasiavastaava Eija Hiekka

puhelin: 044 265 1080

puhelinaika: maanantai – torstai klo 9 – 11

Muina aikoina on käytössä puhelinvastaaja, johon voi jättää soittopyynnön ja puhelinnumeron yhteydenottoa varten.

[Sosiaaliasiavastaava | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

3.2.4 Muistutusten käsittely

Palveluun, palvelun laatuun tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla ja potilaalla on oikeus tehdä muistutus palveluyksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen voi tehdä tarvittaessa myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai läheinen. Palvelupisteissä tiedotetaan asiakkaille ja potilaille heidän oikeudestaan tehdä muistutus ja järjestää muistutuksen tekeminen mahdollisimman vaivattomaksi. Muistutus pitää tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti, mutta erityisestä syystä sen voi tehdä myös suullisesti.

Muistutus käsitellään viivytyksettä ja asianmukaisesti. Siihen annetaan kirjallinen, perusteltu vastaus kohtuullisessa ajassa, enintään 30 päivässä. Muistutuksen vastaamisesta vastaa palvelupäällikkö, mutta tarvittaessa palveluvastaavat ja tai asiaa hoitanut työntekijä tuottavat tietoa vastinetta varten. Jos muistutuksen käsittelyn aikana havaitaan, että toimintayksikön tai ammattihenkilön toiminnassa on asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja tai toimintakäytäntöjä, asiaan puututaan heti omavalvonnan keinoin ja korjataan toimintaa tarvittavilta osin. [Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille muistutuksen käsittelyyn | Valvira](#)

Muistutuslomakkeet löytyvät hyvinvointialueen verkkosivuilta ja niitä saa pyytämällä myös yksiköstä.

[Muistutukset ja kantelut | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

Muistutus lähetetään Keski-Suomen hyvinvointialueen kirjaamoon

Keski-Suomen hyvinvointialueen kirjaamo
Hoitajantie 1
40620 Jyväskylä

Muistutuksen käsittelijä yksikössä, virka-asema ja yhteystiedot

Sari Nurmivaara

Palvelupäällikkö

sari.nurmivaara@hyvaks.fi , 0504731118

Miten muistutukset, kantelu- ja muut valvontapäätökset käsitellään ja huomioidaan toiminnan kehittämisessä?

Muistutukset tai muut toiminnasta tulleet palautteet käsitellään yhdessä palveluvastaavien, tarvittaessa ylilääkärin ja tarvittavan henkilöstön kanssa. Tarvittaessa käydään keskustelua henkilöstön kanssa ja muutetaan toimintatapoja, mikäli siihen on aihetta. Mikäli kyse on vakavasta tapauksesta, voi olla peruste varoitusmenettelylle.

3.2.5 Henkilöstö

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten hyvinvointi on yksi asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys. Henkilöstön määrän on oltava riittävä asiakkaiden ja potilaiden määrään sekä heidän palvelujen tarpeeseen nähden.

3.2.5.1 Henkilöstön määrä ja rakenne

Kuvaa palveluyksikön henkilöstön määrää, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet

- 38 sairaanhoitajan tointa
- Lääkäreitä: ylilääkäri + 7 tk -lääkärin virkaa
- 4 sosiaaliohjaajan virkaa
- 2 perhekeskuskoordinaattorin tointa
- Mielenterveys ja riippuvuus –tiimi: 5 sairaanhoitajaa ja 1 psykologi
- 2 Fysioterapeuttia
- 3 seksuaalineuvojaa
- 1 hammashoitaja
- Toimintaterapeutteja (0,4 htv:tä työpanoksen siirtona)
- Ravitsemusterapeutteja (0,6 htv:tä työpanoksen siirtona)
- 2 palveluvastaavaa

Palvelupäällikkö

Sijaisia käytetään määräaikaissuhteissa. Hyvin lyhytkestoisia sijaisia (yksittäiset päivät) ei käytetä.

Minkä verran vuokrattua työvoimaa tai toiselta palveluntuottajalta hankittua työvoimaa käytetään täydentämään palveluntuottajan omaa henkilöstöä?

Lääkärityössä käytetään osittain ostopalveluita. Muissa ammattiryhmissä ei ollenkaan.

3.2.5.2 Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä pitää olla hoitamiansa tehtävien edellyttämä riittävä suullinen ja kirjallinen kielitaito, jonka arviointi on työnantajan vastuulla. Hallintolaki (9. §) vaatii viranomaiskieleltä asiallisuutta, selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Digitaalisen sotekeskuksen ammatillisilla tulee olla tehtävän vaatima ammattitutkinto suoritettuna ja riittävä työkokemus potilas- ja asiakastyöstä.

Miten varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeus

Julkiterhikin kautta.

Kuvaus siitä, miten työnantaja varmistaa palveluiden tuottamiseen osallistuvan henkilöstön työtehtäviin soveltuvan koulutuksen, riittävän osaamisen, ammattitaidon sekä kielitaidon?

Työhaastattelussa selvitetään työntekijän koulutus, osaaminen, sekä kielitaito. Tarvittaessa kysytään suosittelijoilta vahvistusta. Yksikössä osallistutaan täydennyskoulutuksiin tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan ja osaamista jaetaan kollegoille. Rekrytoitavan henkilön kohdalta tarkistetaan tarvittavat dokumentit (koulutodistukset, lääkeluvat).

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

Yksikössä ei käytetä opiskelijoita ottaen huomioon työn luonne ja tarve laajalle osaamiselle. Mikäli tästä poiketaan, sovitaan tiimin kanssa perehdytys ja keneen voi olla yhteydessä. Ohjausta ja valvontaa toteutetaan pitämällä yhteyttä tiivistä ja/ tai työskentelemällä yhdessä ohjaajan kanssa.

Miten muun henkilöstön osaaminen tarkistetaan ja varmistetaan?

Yksikössä osallistutaan mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan täydennyskoulutuksiin. Mikäli osaamisessa ilmenee vajetta, tarjotaan koulutusta. Osaaminen varmistetaan hyvinvointialueen

määrittelemien tehtäväkokonaisuuksien osalta (esim. lääke-, tietoturva- ja tietosuojasaaminen) määräjain käytävien verkkokurssien ja niihin liittyvien tenttien avulla.

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

Ei koske digitaalista sote-keskusta, koska ei työntekijät eivät kohtaakaan lapsia, iäkkäitä tai vammaisia henkilöitä läsnävastaanotoilla tai ilman huoltajaa.

Miten rekrytoinnissa otetaan huomioon työntekijän soveltuvuus ja luotettavuus työtehtäviinsä?

Työhaastattelussa selvitetään työntekijän koulutus ja osaaminen. Tarvittaessa kysytään suositteijoilta vahvistusta.

Miten varmistetaan rekrytointivaiheessa työntekijän ja opiskelijan riittävä tartuntatautilain mukainen rokotussuoja?

Yksikössä tehtävässä työssä ei vaadita rokotussuojaa. Mikäli sellainen työtehtävä on, pyydetään rokotustodistus.

3.2.5.3 Henkilöstön perehdyttäminen ja täydennyskoulutus

Toimintayksikön henkilöstö perehdytetään asiakastyöhön, asiakastietojen käsittelyyn ja tietosuojaan sekä omavalvonnan toteuttamiseen. Sama koskee myös yksikössä työskenteleviä opiskelijoita ja paluun jälkeen pitkään tehtävistä poissaolleita. Johtamisen ja koulutuksen merkitys korostuu, kun työyhteisö omaksuu uudenlaista toimintakulttuuria mm. itsemääräämisoikeuden tukemisessa tai omavalvonnan suunnittelussa ja toimeenpanossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöissä säädetään työntekijöiden velvollisuudesta ylläpitää ammatillista osaamistaan ja työnantajien velvollisuudesta mahdollistaa työntekijöiden täydennyskouluttautuminen. Erityisen tärkeä täydennyskoulutuksen osa-alue on henkilökunnan lääkehoito-osaamisen varmistaminen.

Hyvinvointialueitasoinen henkilöstö- ja koulutussuunnitelma luo pohjaa yksikötasoiselle koulutussuunnittelulle. Palveluyksikkökohtaiset koulutussuunnitelmat perustuvat mm. työyhteisö-, tiimi- ja yksilötason osaamiskeskusteluihin ja niissä määriteltyihin kehittämiskohteisiin. Ne laaditaan ja toteutetaan esihenkilöiden johdolla.

Henkilöstön ja osaamisen kehittäminen liittyy vahvasti yksikön toiminnan tavoitteisiin, hyvinvointialueen strategiaan ja ohjelmatyöhön.

Hyvinvointialueella koulutuksen- ja osaamisenhallinnan seurantajärjestelmä on Juuri, kaikki henkilöstön koulutus- ja osaamistiedot kirjataan Juureen.

Miten huolehditaan työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksestä asiakastyöhön? Onko perehdyttämiseen nimetty vastuuhenkilö?

Eri ammattiryhmillä on erilaisia käytäntöjä perehdytykseen. Sairaanhoitajien tiimissä on nimetty perehdytysvastaavat. Muissa pienemmissä tiimeissä perehdytys sovitaan esihenkilön ja tiimin kesken. Lääkäreiden perehdytyksestä vastaa vs. ylilääkäri Mia Jernfors. Perehdytykseen on tehty erillinen ohjeistus, mikä käydään läpi uuden henkilön kanssa. Perehdytykseen kuuluu potilastietojärjestelmään perehtyminen, digisoten työn esittely (alueet ja toimintatavat), henkilökunta sekä potilasturvallisuus- ja tietosuoja-asiat. Perehdytyksessä käydään läpi myös tiedonhakuun tarvittavat kanavat.

Kuvaus henkilökunnan ammattitaidon ja työhyvinvoinnin ylläpitämisestä ja osaamisen johtamisesta. Täydennyskoulutussuunnittelu- ja seurantamenettelyt, osaamisen, ammattitaidon ja sen kehittymisen seuranta, kehityskeskustelut.

Täydennyskoulutusta järjestetään tai mahdollistetaan sekä yksikön tai yksilön tarpeen, että työntekijöiden oman mielenkiinnon mukaisesti. Vuosittain käytävissä kehityskeskusteluissa käydään läpi yksilön osaamisen kehittämisen tarpeet ja toiveet. Hyödynnetään ensi sijassa hyvinvointialueen omia maksuttomia koulutuksia, mutta tarpeen mukaan osallistutaan myös ulkopuolisiin maksullisiin koulutuksiin. Työnantaja voi tukea osaamisen kehittämistä myös työajan muodossa.

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

Työntekijöiden työstä kerätään dataa eri lähteistä kuukausittain. Toiminnasta keskustellaan jatkuvasti työntekijöiden kanssa ja puututaan epäkohtiin, jota nostetaan esiin. Saatuihin palautteisiin ja poikkeamailmoituksiin pureudutaan yhdessä tarvittavan henkilöstön kanssa.

3.2.6 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyden seuranta

Asiakas- ja potilasturvallisuus tulee huomioida yksikön henkilöstösuunnitelmassa, niin että käytävissä on riittävästi resurssia potilaiden/asiakkaiden hoitamiseen. Johdolla ja esihenkilöillä on varaus riittävästä resursseista, henkilöstön määrästä, laadusta ja toiminnallisista tarpeista.

Miten vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveyspalveluiden antamiseen on palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden ja potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö?

Sairaanhoitajien työssä henkilöstön määrä ja sijoittuminen varmistetaan työvuorosuunnittelun avulla. Muiden ammattiryhmien kanssa priorisoidaan tarvittaessa työtehtäviä niin, että kriittisimmät ja akuuteimmat asiat saadaan käsiteltyä.

Mitkä ovat konkreettiset toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi ja palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä niitä tilanteita varten, kun henkilöstöä ei ole riittävästi?

Mikäli henkilöstössä on äkillistä vajetta, selvitetään ensisijaisesti työvoiman saatavuus omasta henkilöstöstä työvuoroja räätälöimällä. Tarvittaessa työtehtäviä priorisoidaan niin, että tärkeimmät tehtävät hoidetaan ensisijaisesti. Ennalta tiedetyt poissaolot suunnitellaan niin, että yksikön toiminta ei vaarannu.

Miten varmistetaan vastuuhenkilöiden/lähiesihenkilöiden tehtävien organisointi siten, että lähiesihenkilöiden työhön jää riittävästi aikaa?

Lähiesihenkilöt eivät tee asiakastyötä vaan aika käytetään lähijohtamiseen. Lähiesihenkilöiden työhön kuuluu myös omien töidensä priorisointi, johon voi tarvittaessa saada tukea palvelupäälliköltä. Lähiesihenkilöt ovat hyvin henkilöstön tavoitettavissa. Esihenkilöt työskentelevät sekä läsnä, että etänä. Lähiesihenkilöt sijaistavat toisiaan eivätkä ole suunnitelmallisesti yhtä aikaa pois työstä.

Kuvaus muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäväkuvista.

Yksikössä ei työskentele muun alan ammattihenkilöitä.

3.2.7 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Asiakas voi tarvita useita palveluja yhtäaikaaisesti. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi asiakkaan kannalta toimiva ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan palvelunantajien välistä yhteistyötä, jossa erityisen tärkeää on tiedonkulku eri toimijoiden välillä. Kuvaa tähän toimintatavat hoito- ja palveluketjujen jatkuvuuden ja turvallisuuden sekä tiedonkulun varmistamiseksi.

Sosiaalihuoltolain 41 §:ssä säädetään monialaisesta yhteistyöstä asiakkaan tarpeenmukaisen palvelukokonaisuuden järjestämiseksi. Useat lait velvoittavat monialaiseen yhteistyöhön.

Asiakasturvallisuutta varmistaa omalta osaltaan myös holhoustoimilain mukainen ilmoitusvelvollisuus maistraatille edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä sekä vanhuspalvelulain mukainen velvollisuus ilmoittaa iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön huolehtimaan itsestään.

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien ja eri hallinnonalojen kanssa toteutetaan?

Yhteistyötä tehdään monialaisesti eri palveluiden kanssa. Yhteistyötä terveyspalveluiden sisällä helpottaa yhteinen potilastietojärjestelmä (Lifecare). Sosiaalihuollossa käytössä on kaksi asiakastietojärjestelmää (Effic ja Proconsona), jota sosiaalihuollon ammattilaiset käyttävät. Tarvittaessa järjestetään yhteisiä kokouksia eri yksiköiden kanssa ja sovitaan yhteistyöstä.

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

Asiakas- ja potilastyö tulee olla riittävästi dokumentoitu asiakas- tai potilastietojärjestelmään. Asiakkaalle tai potilaalle informoidaan yhteistyöstä ja kysytään tarvittaessa lupa yhteistyön tekemiseen.

3.2.8 Toimitilat ja toimintaympäristö

3.2.8.1 Toimitilat

Yksikön käytettävissä oleva toimitilat ja niiden käytön periaatteet

Yksiköllä on Kielolta vuokratut toimistotilat Ohjelmakaassa. Tiloissa ei käy asiakkaita eikä siellä tehdä fyysistä potilas/asiakastyötä. Kyseessä on toimistotilat, josta varataan työtila oman tarpeen mukaan. Mikäli yksikössä käy ilmi jotain tiloihin liittyviä haasteita tai huomioita, ne viedään oman esihenkilön kautta eteenpäin. Toimitiloihin liittyvät paloturvallisuuteen tai toimintaympäristöön liittyvät vaaratilanneilmoitukset ja turvallisuushavainnot tehdään Laatuportin toimitilailmoituksella.

Yksikön toimitiloille tehtyt 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

Ei koske ko. yksikköä.

Mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit, mukaan lukien niihin liittyvä asiakkaan ja potilaan yksityisyyden suoja, ja niiden hallintakeinot

Tiloissa tehdään asiakastyötä sekä puhelimitse, että digitaalisesti. Huoneissa ja työtiloissa ja sermit, jotka vähentävät ääntä ja toimivat näkösuojana työtilassa. Tilanteissa, jossa ammattilainen pitää videovastaanottoa, on sovittu, että huoneessa ei ole muita ja ovi pidetään kiinni.

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

Esihenkilöt toimivat yhteyshenkilöinä vuokranantajan suuntaan.

Mitkä ovat palvelutoimintaan käytettävän kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat

Kiinteistön omistaja vastaa kiinteistön ylläpidosta.

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.

Yksikössä ei ole laitteita, joiden käyttö vaatisi koulutusta. Keittiötiloissa olevissa laitteissa on ajastimet, jonka myötä esimerkiksi kahvinkeitin ei voi jäädä päälle. Mikäli havaitaan rikkiäisiä välineitä (esim. johdot), ne poistetaan käytöstä.

3.2.8.2 Pelastus- ja poistumisturvallisuus

Miten pelastussuunnitelma sekä poistumisturvallisuusselvitys yksikössä valmistellaan ja päivitetään? Miten henkilökunta on perehdytetty suunnitelmaan?

Yksikössä on vuokranantajan yhteinen pelastus ja palosuunnitelma, joka on jaettu henkilöstölle ja löytyy toimistolta. Suunnitelmaa on käyty läpi yksikön turvallisuuskävelyissä.

Miten yksikössä huolehditaan säännöllisistä pelastautumisharjoituksista, sammutusosaamisesta ja turvallisuuskävelyistä?

Yksikössä järjestetään turvallisuuskävelyitä säännöllisesti noin puolivuosittain.

Miten yksikössä varmistetaan Pelastuslain 379/2011 42 § mukainen palveluntuottajan ja henkilöstön ilmoitusvelvollisuus palo- ja muista onnettomuusriskeistä pelastusviranomaisille?

Palovaarasta tai muusta onnettomuusriskistä tehdään ilmoitus hyvinvointialueen pelastusviranomaiselle hyvinvointialueen ohjeen mukaisesti.

[Ilmoitus ilmeisestä palovaarasta tai muusta riskistä | Pelastustoimi](#)

3.2.8.3 Teknologiset ratkaisut

Mitä kulunvalvontaan tarkoitettuja teknologisia ratkaisuja yksiköllä on käytössä?

Toimistotiloihin pääsee vain henkilökohtaisella kulkuluvalla. Kiinteistön yleisissä tiloissa on kamera-valvonta.

Mitä teknologisia ratkaisuja asiakkailla on henkilökohtaisessa käytössä (yksikön hankkimia)

Ei ole erillisiä ratkaisuja käytössä.

Miten asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevien turva- ja kutsulaitteiden toimivuus ja hälytyksiin vastaaminen varmistetaan? Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot?

Ei koske ko. yksikköä.

3.2.9 Lääkinnälliset laitteet ja tietojärjestelmät

Lääkinnällisellä laitteella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, implanttia, reagenssia, materiaalia tai muuta tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisillä, joko yksinään tai yhdistelminä, seuraaviin lääketieteellisiin tarkoituksiin: sairauden diagnosointi, ehkäisy, ennakointi, ennusteen laatiminen, tarkkailu, hoito tai lievitys, vamman tai toimintarajoitteen diagnosointi, tarkkailu, hoito, lievitys tai kompensointi, anatomian taikka fysiologisen tai patologisen toiminnon tai tilan tutkiminen, korvaaminen tai muuntaminen, tietojen saaminen ihmiskehon ulkopuolella (*in vitro*) suoritettavien tutkimusten avulla ihmiskehosta otetuista näytteistä, mukaan lukien elinten, veren ja kudosten luovutukset, hedelmöittymisen säätelyyn tai tukemiseen tarkoitetut laitteet tiettyjen laitteiden puhdistukseen, desinfointiin tai sterilointiin tarkoitetut tuotteet. Lääkinnällisiä laitteita ovat mm. pyörätuolit, rollaattorit, sairaalasängyt, nostolaitteet, verensokeri-, kuume- ja verenpainemittarit, kuulolaitteet, haavasidokset sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmät.

Lääkinnällisiä laitteita koskevasta ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Fimea. Lääkinnällisten laitteiden käyttöön, huoltoon ja käytön ohjaukseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä liittyy merkittäviä turvallisuusriskejä. Palveluyksiköissä käytetään paljon erilaisia lääkinnällisiksi laitteiksi luokiteltuja välineitä, hoitotarvikkeita ja potilas- ja asiakastietojärjestelmiä, joihin liittyvistä käytännöistä säädetään lääkinnällisistä laitteista annetussa laissa.

Omavalvontasuunnitelmassa kuvataan, miten yksikkö huolehtii lääkinnällisistä laitteista annetun lain mukaisista velvoitteista ja miten varmistetaan, että yksikössä ei ole käytössä epäasianmukaisia

tai palveluihin nähden soveltumattomia ja turvallisuusriskin muodostavia lääkinnällisiä laitteita. Kuvauksesta on selvittävä, miten lääkinnällisten laitteiden huolto on järjestetty. Yksikön toimintamallit laiteturvallisuudessa perustuvat hyvinvointialueen laiteturvallisuussuunnitelmaan. (tulossa)

Kun käyttäjä havaitsee vaaratilanteen, joka johtuu laitteen tai tarvikkeen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, riittämättömästä merkinnästä, riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta tai käytöstä. Laite otetaan pois käytöstä ja käyttäjä tekee ilmoituksen Laatuporttiin. Laatuportti-ilmoituksen pohjalta laitteen omistava / hallinnoiva taho tekee ilmoituksen Fimealle.

Ilmoitus tehdään myös silloin, kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä. Tapahtumasta ilmoitetaan valmistajalle tai tämän edustajalle, koska valmistajalla on ensisijainen vastuu tuotteen vaatimusten mukaisuudesta. Ilmoituksen tekemättä jättäminen on säädetty rangaistavaksi.

Ammattimaista käyttäjää koskevat velvoitteet on määritelty lääkinnällisistä laitteista annetun lain 31–36§:ssä. Organisaation on muun muassa nimettävä vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että yksikössä noudatetaan [terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annettua lakia ja sen nojalla annettuja säädöksiä](#). Keski-Suomen hyvinvointialueen organisaation ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö on turvallisuuspäällikkö.

Miten varmistetaan, että yksikön lääkinnälliset laitteet on hankittu, rekisteröity, otettu käyttöön ja poistettu asianmukaisesti ja että laiterekisterissä olevien laitteiden tiedot ovat ajan tasalla? Miten on varmistettu, että yksikön laitteet ovat vaatimusten mukaisia CE-merkittyjä laitteita? Kuvaus laitteiden huolto-ohjelmien ja kalibrointien toteutumisen varmistamisesta.

Yksikössä ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

Kuvaus yksikön tavoista varmistaa riittävä perehdytys, käytön ohjaus sekä henkilöstön osaamisen dokumentoitu varmistaminen kaikkien laitteita käyttävien ammattiryhmien osalta. Kuvaa yksikön laiteajokorttikäytäntö. Miten varmistetaan ajantasaiset käyttöohjeet yksikön henkilöstön saataville?

Yksikössä ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

Miten yksikössä varmistetaan, että laitevaaratapahtumista tehdään asianmukaiset Fimean vaaratilanneilmoitukset? Kuvaus laitevaaratapahtumien käsittelystä ja jatkotoimenpiteistä.

Yksikössä ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

Mikäli yksikössä implantoidaan potilaaseen laitteita, kuvaus seurantajärjestelmään kirjattavista tiedoista. Kuvaus menettelytavoista potilaalle annettavan implanttikortin osalta.

Yksikössä ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

Yksikön laitevastuuhenkilön nimi ja yhteystiedot

Yksikössä ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

Miten palveluntuottaja varmistaa, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain (703/2023, asiakastietolaki) mukaisia tietojärjestelmiä, jotka vastaavat käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja jonka tiedot löytyvät Valviran tietojärjestelmärekisteristä?

Tietohallinto vastaa keskitetysti ICT-hankinnoista (tietojärjestelmät, sovellukset, ohjelmistolisenssit, puhelinjärjestelmät sekä ylläpito- ja tukipalvelut) Keski-Suomen hyvinvointialueella. Keskiteyllä hankintamallilla varmistetaan järjestelmien tekninen soveltuvuus, tietoturva- ja tietosuojavaatimusten toteutuminen. Ennen järjestelmän käyttöönottoa tietojärjestelmän tiedot lisätään tietojärjestelmäluetteloon ja yhtenä kohtana on tarkastaa, että tiedot löytyvät Valviran ylläpitämästä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmärekisteristä.

Miten yksikössä huolehditaan asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien käytön asianmukaisuudesta ja henkilöstön kouluttamisesta niiden käyttöön sekä osaamisen varmistamisesta?

Työntekijän aloittaessa perehdytykseen kuuluu tietojärjestelmiin perehdyttäminen ja asianmukaiseen käyttöön opastaminen. Käyttöön liittyvistä haasteista tai kysymyksistä keskustellaan yhdessä esihenkilön kanssa.

Milloin palveluntuottajan tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty sekä kuka sen toteutumisesta vastaa palveluyksikön toiminnassa?

Keski-Suomen hyvinvointialueen tietoturvasuunnitelma on valmistelussa. Yksikössä tietoturvasuunnitelman mukaisten toimien toteuttamisesta vastaa yksikön lähiesihenkilöt.

Miten yksikössä huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa, mukaan lukien ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Palveluvastaavat ja palvelupäällikkö vastaavat asianmukaisesta henkilötietojen käsittelystä yksikössä. Henkilötietoja saa käsitellä vain tehtävän edellyttämässä laajuudessa ja potilas- ja asiakastietojen käsittelystä syntyy lokitietoja, joita esihenkilöt ja palvelupäällikkö voivat tarvittaessa pyytää sovellustuesta. Asianmukainen henkilötietojen käsittely on osa ammattilaisten perehdytystä.

Kuvaus siitä, miten palveluyksikössä toteutetaan asiakastietolain 90 §:n 1 momentin mukainen ilmoitusvelvollisuus poikkeamista.

Ammattilaisten kanssa käydään säännöllisesti keskustelua.

3.2.10 Lääkehoitosuunnitelma

Yksikön lääkehoidon turvallisuus ja lääkehoitosuunnitelman päivitys

Yksikön lääkehoito perustuu yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan, jota päivitetään säännöllisesti, vähintään vuosittain. Lääkehoitosuunnitelma on osa henkilöstön perehdyttämistä. [Turvallisen lääkehoito - oppaassa](#) linjataan muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen periaatteet ja siihen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka yksikön ja lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan työntekijän on täytettävä. Yksikön lääkehoitosuunnitelma pohjautuu Keski-Suomen hyvinvointialueen yhteiseen lääkehoitosuunnitelmaan.

Kuka vastaa palveluyksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta, lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta?

Palveluvastaava Raija Loikkanen ja Vs. ylilääkäri Mia Jernfors.

Sosiaalihuollon palveluasumisen yksikön rajatun lääkevaraston vastuuhenkilön nimi?

Ei koske ko. yksikköä.

Lääkityspoikkeamat

Terveysten- ja sosiaalihuollon ammattilaiset sekä asiakkaat ja potilaat tekevät lääkehoitoon liittyvistä läheltä piti - ja poikkeamatilanteista Laatuportin haitta- ja vaaratapahtumailmoituksen. Lisäksi palveluyksiköt ilmoittavat toteamistaan tai epäilemistään lääkkeiden ja rokotteiden käyttöön liittyvistä haittavaikutuksista Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus (Fimea). Ilmoitus tehdään erityisesti niissä tilanteissa, joissa haittavaikutus on vakava ja/tai odottamaton sekä silloin, kun haittavaikutuksen aiheuttajana on uusi lääke. Asiakkaita ja potilaita tiedotetaan heidän mahdollisuudestaan tehdä ilmoitus lääkkeisiin liittyvistä haittavaikutuksista.

3.2.11 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Henkilötiedolla tarkoitetaan kaikkia tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan luonnolliseen henkilöön liittyviä tietoja. Asiakas- ja potilastiedot ovat arkaluonteisia, salassa pidettäviä henkilötietoja. Terveystta koskevat tiedot kuuluvat erityisiin henkilötietoryhmiin ja niiden käsittely on mahdollista vain tietyin edellytyksin. Hyvältä tietojen käsittelyltä edellytetään, että se on suunniteltua koko käsittelyn ajalta asiakastyön kirjaamisesta alkaen arkistointiin ja tietojen hävittämiseen saakka. Käytännössä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa asiakasta koskevien henkilötietojen käsittelyssä muodostuu lainsäädännössä tarkoitettu henkilörekisteri. Henkilötietojen käsittelyyn sovelletaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Tämän lisäksi on käytössä kansallinen tietosuoja laki (1050/2018), joka täydentää ja täsmentää tietosuoja-asetusta. Henkilötietojen käsittelyyn vaikuttaa myös toimialakohtainen lainsäädäntö.

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan sitä tahoa, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Henkilötietojen käsittelijällä tarkoitetaan esimerkiksi yksikköä/palvelua, joka käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjän tulee ohjeistaa mm. alaisuudessaan toimivat henkilöt, joilla on pääsy tietoihin (tietosuoja-asetus 29 artikla).

Tietosuoja-asetuksessa säädetään myös henkilötietojen käsittelyn keskeisistä periaatteista. Rekisterinpitäjän tulee ilmoittaa henkilötietojen tietoturvaloukkauksista valvontaviranomaiselle ja rekisteröidylle. Rekisteröidyn oikeuksista säädetään asetuksen 3 luvussa, joka sisältää myös rekisteröidyn informointia koskevat säännöt. Tietosuojavaaltuutetun toimiston verkkosivuilta löytyy kattavasti ohjeita henkilötietojen asianmukaisesta käsittelystä.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023) edellyttää 77§ tietoturvasuunnitelmaa. THL on antanut määräyksen tietoturvasuunnitelmaan sisällytettävistä selvityksistä ja vaatimuksista (3/2021). [Katso THL:n verkkosivuilta Tiedonhallinta sosiaali-ja terveystalalla, määräykset ja määrittelyt.](#)

Tietoturvasuunnitelma on erillinen asiakirja, jota ei ole säädetty julkisesti nähtävänä pidettäväksi, mutta on osa yksikön omavalvonnan kokonaisuutta. Keski-Suomen hyvinvointialueella on yksi yhteinen tietoturvasuunnitelma.

Organisaatiolla on tietoturva- ja tietosuojapolitiikka, johon pohjautuvat muut hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojalinjaukset ja ohjeet.

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä noudatetaan tietosuojaan ja henkilötietojen käsittelyyn liittyvä lainsäädäntöä sekä yksikölle laadittuja ohjeita ja viranomaismääräyksiä?

Tietosuoja ja henkilötietojen käsittely kuuluvat osana perehdytykseen ja kaikilla yksikön työntekijöillä tulee olla hyvinvointialueen edellyttämä tietosuojan verkkokoulutus suoritettuna. Poikkeamista on ohjattu ilmoittamaan Laatuportin kautta ja poikkeamiin puututaan, mikäli niitä havaitaan.

Miten huolehditaan henkilöstön ja harjoittelijoiden henkilötietojen käsittelyyn ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksesta?

Kaikkien työntekijöiden tulee käydä Duodecimin tietosuojakoulutukset. Tiedot kirjataan Juureen, jonka kautta suorituksista pysytään ajan tasalla.

Tietosuojavaastaavan nimi ja yhteystiedot:

Irma Latikka, tietosuoja@hyvaks.fi

[Tietosuoja | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#) potilasrekisterin tai sosiaalihuollon asiakasrekisterin tietosuojaseloste on tulostettuna palveluyksikön ilmoitustaululle.

Lue lisää:

[Määräys sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen rakenteista ja asiakasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista](#)

[Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely](#)

3.2.12 Säännöllisesti kerättävän palautteen huomioiminen

Eri-ikäisten asiakkaiden/potilaiden, heidän perheidensä ja läheistensä huomioon ottaminen palvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa on olennainen osa palvelun laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ja omavalvonnan kehittämistä.

Hyvinvointialueella asiakaspalautetta voi antaa sähköisesti [Anna palautetta | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

Kuvaa millä tavoilla asiakaspalautetta yksikössä kerätään

Yksikössä kerätään palautetta Roidu asiakaspalautejärjestelmän kautta. Lisäksi asiakkaat voivat tehdä ilmoituksia Laatuportin kautta. Asiakkaat voivat antaa digialustan kautta palautetta jokaisen digitaalisen kontaktin (chat, kiireetön viestintä, videovastaanotot) jälkeen.

Miten asiakkaat/potilaat ja heidän läheisensä osallistuvat yksikön palvelun ja omavalvonnan kehittämiseen?

Asiakkaiden ja heidän omaistensa antamat palautteet toimivat yksikön kehittämisessä ja omavalvonnan tukena.

Miten asiakkailta/potilailta saatua palautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä ja/tai korjaamisessa?

Saatujen palautteiden perusteella kehitetään/korjataan toimintatapoja, mikäli siihen on syytä. Palautteita käydään yhdessä läpi esihenkilöiden ja henkilöstön kesken.

Miten potilaat, asiakkaat ja omaiset voivat tuoda esille havaitsemansa epäkohdat, laatupoikkeamat ja riskit ja miten ne käsitellään ja miten ilmoitusten hyödyntämisestä informoidaan asiakkaita ja omaisia?

Epäkohtia ja poikkeamia voi tuoda esiin Laatuportti palvelun kautta. Muut palautteet voi antaa asiakaspalautejärjestelmien kautta. Ilmoitukset käsitellään yhdessä henkilöstön kanssa. Palautteisiin vastataan mikäli asiakas on sitä pyytänyt ja vastauksessa tuodaan esiin kuinka asia käsitellään työyhteisössä.

Potilaat, asiakkaat ja omaiset voivat ilmoittaa haitta- ja vaaratapahtumat sähköisen lomakkeen avulla [Lomakkeet | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](#)

3.3 PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN RISKIEN TUNNISTAMINEN JA HALLINTA

3.3.1 Riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Vastuut

Asiakas- ja potilasturvallisuutta ja laatua parannetaan riskienhallinnan avulla ja riskienhallinta on luonnollinen osa yksiköiden päivittäistä toimintaa sekä kehittämistä. Turvallisuus- ja laatuongelmien ennakoinnilla estetään vahinkoja, vaaratilanteita ja toiminnan kannalta kielteisiä tapahtumia.

Riskejä arvioidaan laaja-alaisesti huomioiden mahdolliset vaikutukset sekä asiakkaiden/ potilaiden henkilöstön, ympäristön että organisaation kannalta. Riskien arvioinnissa määritellään tarvittavat kehittämistoimenpiteet ja suunnitelma niiden toteuttamisesta sekä seurannasta.

Toiminnasta vastaavan johdon ja esihenkilöiden tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä. Esihenkilön vastuulla on perehdyttää henkilökunta yksikön omavalvonnan periaatteisiin ja toimeenpanoon mukaan lukien henkilökunnalle laissa asetettuun velvollisuuteen ilmoittaa asiakas- ja potilasturvallisuutta koskevista epäkohdista ja niiden uhista. Toiminnasta vastaavien tulee myös mahdollistaa hyvä turvallisuuskulttuuri ilman syylistämistä. Toiminnasta vastaavien on huolehdittava siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista, ylläpitää osaamista sekä varmistaa henkilöstön riittävät voimavarat turvallisen toimintaympäristön ylläpitämiseen. Henkilöstön vastuulla on osallistua koulutuksiin ja noudattaa annettuja ohjeita sekä ilmoittaa havaitsemistaan läheltä piti tilanteista, poikkeamista ja tehdä turvallisuushavaintoja.

Osana talouden ja toiminnan suunnittelua palvelualueet arvioivat laajemmin toimintaansa liittyviä riskejä. (talousarvio ja tilinpäätöksen toimintakertomus)

Kuka vastaa yksikön toimintojen riskienhallinnasta ja miten riskienhallinta on organisoitu?

Riskienhallinnasta vastaa palvelupäällikkö yhdessä palveluvastaavien kanssa. Riskein arvioinnissa käytetään Laatuporttia.

Riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtien uhkia tulee tunnistaa ja arvioida laaja-alaisesti asiakkaan ja potilaan saaman palvelun ja hoidon näkökulmasta. Omavalvontasuunnitelmaan kuvataan **asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien/tekijöiden** riskienhallinnan prosessi. Riskin merkittävyyden arvioimiseksi tulee riskin syytä ja seurauksia tarkastella yksityiskohtaisesti juurisyyanalyysin avulla. Riskien arviointi tehdään Laatuportissa hyvinvointialueen ohjeen mukaisesti. Ohje löytyy Laatuportin Ohjeistus osiosta

(Yleinen riskienarviointi) Tämän työkalun käyttö on mahdollista, mutta ei pakollista omavalvontasuunnitelman kirjoitusvaiheessa. Asian voi laittaa yksikön kehittämistoimenpiteeksi seuraavalle vuodelle.

Pelkkä tietoisuus riskeistä ei riitä turvallisuuden riittävään parantumiseen. Riskienhallinnan tulee näkyä muutoksena työskentelyssä ja perehdyttämisessä, henkilöstön koulutuksessa, kehityshankkeiden suunnittelussa sekä muussa toiminnan suunnittelussa. Ilman riskien tunnistamista ei riskejä voi ennaltaehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin voida puuttua suunnitelmallisesti.

Riskit voivat aiheutua esimerkiksi prosessien virheellisyydestä, toimintatavoista, riittämättömästä henkilöstömitoituksesta sekä toimintakulttuurista. Riskejä voi esimerkiksi aiheutua perusteettomasta itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, fyysisestä toimintaympäristöstä (esim. esteettömyydessä ja toimitilojen soveltumattomuudesta). Riski ei ole sama asia kuin vaaratapahtuma. Vaaratapahtuma nostaa tyypillisesti esiin yhden tai useamman tekijän, jotka aiheuttavat riskejä. Itse tapahtuma on seurausta siitä, että riskit toteutuivat tietyssä tilanteessa. Vaaratapahtuman seuraukset eivät myöskään kerro suoraan tapahtuman riskien suuruudesta. Voi olla, että tapahtuman seuraukset potilaalle jäivät todellisuudessa vähäisiksi, mutta vakavalta haitalta vältyttiin vain sattuman kautta. Näin ollen haitalle altistavan vaaratekijän aiheuttama riski voi myös olla erittäin merkittävä.). Riskienhallinnassa 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.

Prosesseihin ja toimintatapoihin sisältyviä riskejä voivat olla:

- ohjeistuksen epäselvyys, puutteellisuus, tulkinnanvaraisuus tai vaikeaselkoisuus
- toimintaohjeen puuttuminen kokonaan tai vaikea saatavuus
- vanhentuneet ohjeet tai eri versioista aiheutuvat ongelmat
- määriteltyjen prosessien soveltumattomuus käytäntöön
- toimintatapojen epäyhtenäisyys ja liiallinen vaihtelu
- riittämättömät tai heikot varmistusmenettelyt (suojaukset) prosessien osan

Kuvaa miten yksikön toiminnan riskejä tunnistetaan ja mitkä ovat asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta palveluyksikön toiminnan keskeiset riskit

Riskejä tunnistetaan jatkuvasti ja niihin pyritään varautumaan etukäteen. Riskejä ovat:

- ohjeistuksien määrään ja ajantasaisuuteen liittyen
- asiakkaiden arvio palvelukanavasta: asioidaan kiireellisessä asiassa chatissa, joka vaatisi kiireellisempää arviota kuin mitä pystytään tarjoamaan

- puutteellinen tiedonkulku
- viiveet hoidon tai palvelu saamisessa

Miten riskienhallinnassa tunnistettujen riskien suuruus ja vaikutus palvelutoimintaan arvioidaan?

Yleiset riskit on arvioitu Laatuportti -työkalun avulla (v. 2023). Digitaalisten palveluiden riskien arviointi on tehty Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen Riskiruseti -työkalun avulla.

3.3.2 Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenneiden epäkohtien ja puutteiden käsitteleminen

3.3.2.1 Riskienhallinnan keinot ja puutteiden käsittely

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

Ennalta tiedettyihin riskeihin on laadittu riskiarvioinnin perusteella suunnitelma riskin pienentämiseksi. Mikäli riski arvioidaan riittävän suureksi, toiminta keskeytetään, kunnes riski saadaan pienentettyä

Miten riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan

Arvioimalla riskejä ja niiden johdosta tehtyjä toimenpiteitä säännöllisesti.

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

Omavalvonnassa ilmenneet epäkohdat käydään läpi säännöllisissä esihenkilötapaamisissa sekä työntekijöiden kanssa. Jos epäkohdat ja puutteet eivät ole ratkaistavissa omavalvonnallisilla keinoin, konsultoidaan omavalvontayksikköä ja palvelujohtajaa.

3.3.2.2 Vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettely

Järjestelmään tehdyistä ilmoituksista tulee sähköpostiheräte yksikön esihenkilölle, joka ottaa ilmoituksen käsittelyyn 14 päivän kuluessa.

Esihenkilö tekee tarvittaessa tapahtumasta juurisyyanalyysin, kirjaa tarvittavat toimenpiteet sekä tekee riskitasoarvion tapahtumalle. Esihenkilö voi tarvittaessa siirtää ilmoituksen käsittelyyn ylemmälle esihenkilölle toimenpiteitä varten. Eri tapahtumiin liittyvistä ilmoituksista tieto menee automaattisesti kyseisen turvallisuusalueen asiantuntijoille, kuten esimerkiksi tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvistä ilmoituksista menee tietosuojavastaavalle ja tietoturvapäällikölle sekä työturvallisuuden liittyvistä ilmoituksista tieto menee työsuojeluvaltuutetuille. Ilmoitusten käsittelijät noudattavat hyvinvointialueen yhteisiä ohjeita ilmoitusten käsittelyssä. (linkki Laatuportin Ohjeistus-osioon - > Portaalien käyttöohjeet)

Asiakkaat, potilaat ja heidän läheisensä voivat tehdä vaaratapahtumailmoituksen anonymisti tai omalla nimellään. Yhteystietonsa jättäneelle ilmoittajalle vastataan kuukauden kuluessa. Ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti yksiköiden vastuushenkilöiden toimesta.

Miten henkilökunta tuo esille havaitsemansa asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat riskit ja laatupoikkeamat?

Yksikössä on käytössä laadun- ja riskienhallintajärjestelmä Laatuportti, johon työntekijät ilmoittavat kaikki havaitsemansa asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat, läheltä piti-tilanteet, epäkohdat ja muut turvallisuushavainnot. Järjestelmään voidaan ilmoittaa myös positiiviset havainnot turvallisuuteen liittyen.

Kuvaa millä tavoin yksikössänne käytännössä toteutuu moniammatillisesti haitta- ja vaaratilanne ilmoitusten käsittely, toimenpiteiden suunnittelu ja toteutus.

Laatuportti ilmoituksia käydään läpi yhdessä henkilöstön kanssa, johon tilanne liittyy tai joka voisi tilanteesta oppia. Ilmoituksia käydään läpi yhteisissä palaverissa.

Huoli-ilmoitus ja yhteydenotto

Ilmoituksen sosiaalihuollon tarpeesta voi tehdä tilanteessa, jossa herää huoli 18 vuotta täyttäneestä henkilöstä. Ilmoitus on tehtävä salassapitosäädösten estämättä, jos henkilön suostumusta yhteydenottoon ei voida saada ja henkilö on kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan. Iäkkään henkilön palvelutarpeesta ilmoittamisessa on lisäksi noudatettava vanhuspalvelulakia.

Vakava vaaratapahtuma

Vakavan vaaratapahtuman tutkinta toteutetaan silloin kun kyse on asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistuvasta vakavasta vaaratapahtumasta, jonka työntekijä on havainnut. Tutkintaprosessi on sisäinen menettely hoidossa tai palveluissa ilmenneiden poikkeamien selvittelyssä. Tutkinnan perusteella pyritään korjaamaan toiminnassa havaittuja epäkohtia ja annetaan suosituksia, joiden avulla hallitaan ongelmia ja riskejä. Tavoitteena on kehittää turvallisuutta organisaatiossa ja estää vastaavanlaisten tilanteiden tapahtuminen tulevaisuudessa. Tutkinta voi käynnistyä myös asiakkaiden/potilaiden tai läheisten ilmoituksista tai esimerkiksi kanteluista tai muistutusten pohjalta nousevista asioista.

3.3.2.3 Valvontalain 29 § mukainen palveluyksikön ja henkilöstön ilmoitusvelvollisuus epäkohdasta

Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakas- ja potilasturvallisuudessa ilmeneviä merkittäviä puutteita, asiakkaan tai potilaan kaltoin kohtelua ja toimintakulttuuriin sisältyviä asiakkaalle tai potilaalle vahingollisia toimia. Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai lääkkeillä aiheutettua toimintaa. Toimintakulttuuriin sisältyvissä ongelmissa voi olla kyse esimerkiksi yksilön perusoikeuksien tosiasiallisesta rajoittamisesta vakiintuneena käytäntönä ilman lainsäädännössä olevien edellytysten täyttymistä. Muulla lainvastaisuudella tarkoitetaan palveluja ja niiden saatavuutta tai järjestämistä tai asiakkaan ja potilaan oikeuksista annetun sääntelyn rikkomista.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 29§ mukaan

Palveluyksikön on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä palvelunjärjestäjälle palveluyksikön omassa, ostopalvelussa tai palvelusetelillä tuotetussa palvelussa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluyksikkö ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin. Palvelunjärjestäjälle ilmoittaminen tapahtuu Keski-Suomen hyvinvointialueella ilmoittamalla palvelujohtajalle ja omavalvontayksikköön laatuportin ilmoituksen tiedoksiannot toiminnallisuuden kautta. Palvelujohtaja ja/tai omavalvontayksikkö arvioi, mitkä epäkohdat ovat niin vakavia, että ne tulee ilmoittaa välittömästi valvontaviranomaiselle Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirastoon tai Valviraan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön on ilmoitettava viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa. Ilmoitus tehdään laatuportin haitta- ja vaaratilanneilmoituksena. Valitaan valikosta epäkohta ja epäkohdan uhka ja tarvittaessa lisätään asiakas- ja potilasturvallisuus toiseksi. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia.

Palveluntuottajan tai vastuuhenkilön menettelyä on pidettävä kiellettynä 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 ilmoituksen tai osallistunut ilmoittamansa asian selvittämiseen. Kielteinen seuraamus voi olla esimerkiksi henkilön tiukentunut valvonta työpaikalla, varoitus, huomautus tai muu vastaava toimenpide. Kiellettyä on myös estää tai yrittää estää henkilöä tekemästä ilmoitusta.

Ilmoituksen vastaanottaneen toiminnasta vastaavan esihenkilön tulee käynnistää toimet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi ja ellei niin tehdä, ilmoituksen tekijän on ilmoitettava asiasta hyvinvointialueen omavalvontayksikköön sähköpostilla.

Yksikön omavalvonnassa on edellä määritelty, miten riskienhallinnan prosessissa toteutetaan epäkohtiin liittyvät korjaavat toimenpiteet. Jos epäkohta on sellainen, että se on korjattavissa yksikön omavalvonnan menettelyssä, se otetaan välittömästi työn alle. Jos epäkohta on sellainen, että se vaatii järjestämisvastuussa olevan tahon toimenpiteitä, siirretään vastuu korjaavista toimenpiteistä

toimivaltaiselle taholle. Ilmoituksen käsittelijä ohjaa ilmoituksen käsittelyyn ylemmälle toiminnasta vastaavalle henkilölle.

Palveluntuottajalla on velvollisuus tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta.

Kuvaa palveluyksikön menettelytavat, kun yksikössä havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantava valvontalain mukainen epäkohta, jota ei kyetä korjaamaan yksikön omavalvonnallisoin toimin

Vastuu riskienhallinnassa saadun tiedon hyödyntämisestä kehittämisessä on toiminnasta vastaavalla taholla, mutta työntekijöiden tulee ilmoittaa havaituista riskeistä johdolle.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavat epäkohdat käsitellään ensisijaisesti yksikön sisällä. Tilanteet, joita ei pystytä ratkaisemaan yksikön omavalvonnan turvin, ilmoitetaan esihenkilön toimesta palvelupäällikölle ja -johtajalle sekä omavalvontayksikköön.

Ellei esihenkilö käynnistä riittäviä toimia epäkohdan poistamiseksi, epäkohdan havainnut työntekijä ilmoittaa asiasta hyvinvointialueen omavalvontayksikköön sähköpostitse. Työntekijän tekemästä ilmoituksesta omavalvontaan ei tule työntekijälle seuraamuksia.

3.3.2.4 Korjaavat toimenpiteet

Kuvatkaa korjaavien toimenpiteiden seuranta ja kirjaaminen:

Muutosta vaativien laatupoikkeamien juurisyitä selvitetään ja suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet muutoksen aikaansaamiseksi. Korjaavista toimenpiteistä tehdään kirjaukset seuranta-asiakirjaan.

Miten sovituista muutoksista työskentelyssä ja muista korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilökunnalle ja muille yhteistyötahoille?

Muutoksista tiedotetaan sille osalle henkilöstöä, jota muutos koskettaa. Muutos käsitellään tiimipalaverissa ja tarvittaessa siitä informoidaan myös sähköpostilla.

3.3.3 Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

Miten riskienhallinnan toimivuutta seurataan ja arvioidaan

Riskien arviointi tehdään säännöllisesti vähintään joka toinen vuosi tai useammin, jos tarve siihen ilmenee. Riskien hallinnan toimenpiteille asetetaan vastuuhenkilö ja aikataulu riskin pienentämiseksi. Toimenpiteiden toteutumista seurataan viimeistään seuraavalla riskien arviointikierroksella tai vakavissa riskeissä riskiluokan edellyttämällä tavalla.

Kuvaa yksikön vaara- ja haittatapahtumien raportointikäytännöt

Yksikössä on käytössä laadun- ja riskienhallintajärjestelmä Laatuportti, johon työntekijät ilmoittavat kaikki havaitsemansa asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat, läheltä piti-

tilanteet, epäkohdat ja muut turvallisuushavainnot. Järjestelmään voidaan ilmoittaa myös positiiviset havainnot turvallisuuteen liittyen.

Miten henkilöstön riskienhallinnan osaaminen varmistetaan?

Yksikössä vaaditaan jokaiselta työntekijältä suoritettu asiakas- ja potilasturvallisuus verkkokurssi. Omavalvontasuunnitelma on henkilöstölle näkyvissä ja siihen ohjataan tutustumaan. Jokaisella työntekijällä on itsellä ensisijainen vastuu osaamisesta ja vastuu tuoda esiin, mikäli osaaminen vaatii kehittämistä. Osaamisen kehittämiseen järjestetään tilaisuuksia mahdollisuuksien mukaan.

3.3.4 Ostopalvelut, alihankinta ja palvelusetelituotanto

Yksiköt käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluita ostaessaan hyvinvointialueen sopimus pohjia. Hankinnoissa ja sopimushallinnassa noudatetaan hankintaohjetta ja sopimushallintaohjetta.

Omavalvontasuunnitelmassa on kuvattava, miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa.

Kirjoita vastaukseen, miten yksikkö vaatii sopimuksissa ja palvelusetelien sääntökirjoissa palveluvauksen mukaista palvelun tuottamista. Huomaa, että ostopalvelun tulee olla samanlaista, kuin oman tuotantona tuotetun palvelun. Miten palvelun toteutumista seurataan ja miten toimitaan, jos palvelu ei toteudu sopimuksen tai palvelusetelien sääntökirjan mukaisesti.

Omavalvontayksikön valvontakoordinaattorit tekevät 2 vuoden välein suunnitelmallisen valvontakäynnin ostopalvelu- ja palvelusetelituottajien yksiköihin. Näillä käynneillä varmistetaan omavalvonnan toteutumista yksiköissä. Tämä on tukitoimi ostopalvelutuottajien omavalvonnan toteutumisen seurantaan. Sopimusvalvonta on aina ostavan palveluyksikön vastuulla.

Ostopalvelujen tuottajat

Yksikössä ei ole käytössä ostopalveluita 16.4.25 jälkeen. Ennen sitä palveluntuottajina toimivat: Le-luco Oy lääkäripsykiatrian ostopalveluiden suhteen

Palvelusetelituottajat

Yksikössä käytetään samoja palvelusetelituottajia kuin avosairaanhoidossa. Valvonta toiminnalla osalta avoterveydenhuollon ylilääkärillä.

Miten palveluyksikkö varmistaa ostopalvelujen ja palvelusetelillä tuotettujen palveluiden toteutumisen sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden?

Ostopalvelun kautta työskenteleviä koskevat samat säännöt ja ohjeet kuin muitakin työntekijöitä. Saadut Laatuportti ilmoitukset ja muut palautteet käydään läpi myös ostopalvelun kautta työskentelevien kanssa. Mikäli ostettu palvelu ei toteudu riittävällä tasolla, reklamoidaan asiasta palveluntuottajalle.

3.3.5 Viranomaisten antama ohjaus ja päätökset

Miten viranomaisten antama ohjaus ja päätökset hyödynnetään yksiköiden omavalvonnan kehittämisessä?

Omavalvontaa kehitetään viranomaisten ohjeiden mukaisesti.

3.3.6 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palvelujen jatkuvuudenhallinnan prosesseista, johtamisesta, ennakkoinnista ja suunnittelusta sekä häiriönhallinnasta ja kriisien johtamisesta löytyy lisätietoa STM:n julkaisuista Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille ([STM julkaisu 2019:10](#)) ja Sopimusperusteinen varautuminen. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille (STM julkaisu 2019:9). Hyvinvointialueiden varautuminen häiriötilanteisiin [Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden... 308/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Kirjoita tähän se palvelupäällikkö, joka vastaa valmiussuunnitelman kirjaamisesta valmiussuunniteluportaaliin. Esim. asumisen yksiköissä vastaava voi olla myös palveluvastaava.

Kuka vastaa palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta ja valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta

Palvelupäällikkö sekä palveluvastaavat palvelujohtajan ohjauksessa.

3.4 YHTEEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA

Omavalvonta on jatkuva prosessi ja tähän kuvataan mitä asioita yksikössä kehitetään seuraavan vuoden aikana, esimerkiksi vuosikellon muodossa.

Toiminnassa todetut kehittämistarpeet ja aikataulu niiden toteuttamiselle

Valmius- ja jatkuvuudenhallinnan kuvaus on kesken ja sitä laaditaan yhteistyössä avoterveydenhuollon ja muiden vastuualueiden kanssa.

4 OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN

4.1 Toimeenpano

Palveluyksikön omavalvonnan käytännön toteuttamisessa ja sen onnistumisessa asiakas- ja potilastyössä on oleellista henkilöstön sitoutuminen omavalvontaan sekä henkilöstön ymmärrys ja näkemys omavalvonnan merkityksestä, tarkoituksesta ja tavoitteista.

Miten yksikössä 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.

Omaevalvontasuunnitelma on nähtävissä yksikössä ja se käydään henkilöstöpalavereissa läpi aina, kun siihen tulee merkittäviä muutoksia

4.2 Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

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

Omaevalvontasuunnitelma on viety yksikön yhteiselle Teams kanavalle. Lisäksi se löytyy toimistolta tulostettuna.

Yksikön omaevalvontasuunnitelma on osa omaevalvontaohjelmaan ja se on julkisesti nähtävillä omaevalvontaohjelman sivuilla [Omaevalvontaohjelma | Keski-Suomen hyvinvointialue \(hyvaks.fi\)](https://www.hyvaks.fi/keski-suomen-hyvinvointialue/omaevalvontaohjelma)

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

Omaevalvontasuunnitelma päivitetään säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa ja aina kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun ja/tai asiakasturvallisuuteen liittyviä muutoksia.

Miten varmistetaan, että omaevalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan?

Omaevalvontasuunnitelman seuranta ja mahdolliset puutteiden korjaaminen on esihenkilöiden ja palvelupäällikön vastuulla.

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

Seurannasta pyydetyt selvitykset ja siihen liittyvät tarvittavat julkaisut tehdään palvelupäällikön toimesta.