Palveluyksikön omavalvontasuunnitelma

Onni akuutti – Tampere

Dokumentti	Palveluyksikön omavalvontasuunnitelma
Versio	1.0
Laatija / päiväys	Palvelualan ja -yksikön vastuuhenkilöt / 22.1.2026
Tarkastaja / päiväys	Akseli Peltola / 22.1.2026
Hyväksyjä / päiväys	Riika Merivirta / 22.1.2026
Jakelu	Julkinen
Sijainti	https://www.onnion.fi/yritys/laatu

Versiohistoria

Versio	Päivämäärä	Muutoksen kuvaus	Tekijä
1.0	22.1.2026	Vuosikatselmointi, versioinnin aloitus, Valvira→LVV	Akseli Peltola

Sisällysluettelo

Perustiedot **4**

Palveluntuottaja *4*

Palveluyksikkö *4*

Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet *4*

Asiakas- ja potilasturvallisuus **5**

Palveluiden laadulliset edellytykset *5*

Vastuu palvelujen laadusta *5*

Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet *6*

Muistutusten käsittely *9*

Henkilöstö *10*

Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta *13*

Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi *13*

Toimitilat ja välineet *14*

Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö *15*

Lääkehoitosuunnitelma *19*

Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja *19*

Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen *20*

Omavalvonnan riskienhallinta **21**

Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen *21*

Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely *22*

Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen *24*

Ostopalvelut ja alihankinta *25*

Valmius- ja jatkuvuudenhallinta *26*

Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen **26**

Toimeenpano *26*

Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen *27*

Hyväksyntä ja allekirjoitus *28*

Perustiedot

Palveluntuottaja

Med Group Ensihoitopalvelu Oy Y-tunnus: 0126994-1

Jaakonkatu 3

01620 Vantaa

Palveluyksikkö

Med Group Ensihoitopalvelu Oy, Tampereen toimipiste

Hyvinvointialue: Pirkanmaan hyvinvointialue

Palvelupisteet:

- Tampere

Vastuuhenkilö(t):

Riika Merivirta
Tehtävänimike: Terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja (Palveluyksikön vastuuhenkilö)
Puhelin: 041 731 6593, Sähköposti: riika.merivirta@onnion.fi
Palveluala: Ensihoitopalvelu (2604), Siirtokuljetukset (D27)

Akseli Peltola
Tehtävänimike: Palvelupäällikkö
Puhelin: 044 776 2238, Sähköposti: akseli.peltola@onnion.fi
Palveluala: Ensihoitopalvelu (2604), Siirtokuljetukset (D27)

Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palveluyksikössä tuotettavat palvelut, joita tämä omavalvontasuunnitelma koskettaa *(x)*

Terveydenhuollon palvelut: x

Sosiaalihuollon palvelut:

Kuvaus tuotettavista palveluista

Med Group Ensihoitopalvelulla on Pirkanmaan hyvinvointialueella kolme potilassiirtoyksikköä. Yksiköt suorittavat Pirkanmaan hyvinvointialueen välittämiä kiireellisiä ja kiireettömiä potilassiirtoja terveydenhuoltolain ja ensihoitoasetuksen mukaisesti.

Palveluyksikön toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet *(kuten asiakas- ja potilasmäärät ja -ryhmät, tuotetaanko palveluja ostopalveluna tai alihankintana toiselle palveluntuottajalle tai -järjestäjälle, sopimuksen perusteella suoraan asiakkaalle tai potilaalle)*

Tuotamme Pirkanmaan hyvinvointialueen kilpailuttaman hankintasopimuksen perusteella hoitolaitossiirtokuljetuksia ambulanssilla. Palvelua tuotetaan kolmella perustason yksiköllä.

Hoitolaitossiirtokuljetukset: Pirkanmaan hyvinvointialueen ajojärjestelyn välittämät hoitolaitosten tilaamat kiireettömät ja kiireelliset hoitolaitossiirrot ambulanssilla, kuljetuksen aikainen potilaan seuranta ja tarvittaessa hoito.

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat:

Palveluyksikössä ei käytetä alihankintaa palveluiden tuottamiseen.

Asiakas- ja potilasturvallisuus

Palveluiden laadulliset edellytykset

Palveluntuottajan palveluyksikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat

Laatu on Onnin keskeinen menestystekijä, jolla varmistamme asiakkaidemme odotusten toteuttamisen sekä asiakkaidemme, lainsäädännön ja viranomaisten asettamien vaatimusten noudattamisen. Olemme sitoutuneet tuottamaan palvelua oikein, oikea-aikaisesti, turvallisesti, vastuullisesti sekä arvojemme ja eettisten periaatteidemme mukaisesti. Laatupolitiikkamme kolme laatuperiaatetta, joista pidämme kiinni jokaisen palvelun kohdalla ovat

1. teemme työtä potilaitamme ja asiakkaitamme varten,
2. laadusta on vastuussa jokainen työntekijä,
3. laatu mitataan joka päivä asiakastyön onnistumisen kautta.

Laatutyömme on jatkuvaa ja systemaattista kehittämistä, jota yhtiössämme johtaa laatutyöryhmä. Laatutyö jalkautuu alueille lisäksi laatuverkoston avulla.

Yksikössä seurataan säännöllisesti mm. käyttöastetta, poikkeamia ja asiakaspalautetta.

Mahdolliset erityislainsäädännössä palveluille asetetut laatuvaatimukset

Tilaajan asettamien lähtöviiveiden noudattaminen sekä ensihoidon palvelutasopäätöksessä määritettyjen tavoittamisviiveiden toteutuminen.

Palveluyksikön palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen konkreettisesti

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaatimuksia ja toteuttamistapoja palveluyksikössä ohjaavat lainsäädännön ja määräysten sekä tilaajan antamien ohjeiden lisäksi konsernin omavalvontaohjelma, laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma, tämä palveluyksikön omavalvontasuunnitelma, lääkehoitosuunnitelma ja yksikkökohtainen liite sekä konsernitasoiset sekä palveluyksikön menettely- ja työohjeet. Ohjeiden ajantasaisuutta seurataan ja ylläpidetään säännöllisesti ja niiden noudattamista seurataan osana päivittäisjohtamista.

Vastuu palvelujen laadusta

Palveluyksikön omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä

Omavalvonnan hierarkiatasot:

1) Kukin vastaa omasta toiminnastaan ja raportoivat siinä mahdollisesti tapahtuvista läheltä piti tilanteista, tapaturmista, virheistä, puutteista ja epäkohdista
2) Työparit ja kollegat valvovat tarpeen mukaan toisten työntekijöiden toimintaa ja huomauttavat näille tai näiden esihenkilöille mahdollisesti huomaamistaan virheistä
3) Esihenkilöt valvovat alaistensa toimintaa
4) Liiketoimintajohtajat vastaavat oman liiketoimintansa laadusta
5) Lääketieteellinen johtaja vastaa laadunhallinnasta konsernitasoisesti

Palveluyksikössä kunkin palvelualan vastuuhenkilö vastaa omavalvonnan toteutumisesta palvelualakohtaisesti oman vastuualueensa osalta edellä mainitun mukaisesti.

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

Toiminta täyttää yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa ja toimintaa säätelevissä asetuksissa asetetut vaatimukset. Asianmukaiset toiminnan viranomaisrekisteröinnit tehdään sekä ylläpidetään ajantasaisena ja toimintaa seurataan vaatimusten mukaisesti.

Toimintaa varten on riittävästi koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa. Tämän varmistamiseksi on luotu ohjeistus pätevyyden tarkastamisesta ja siihen liittyvien asiakirjojen tallentamisesta hr-järjestelmään. Tilat ja laitteet ovat asianmukaiset. Vuosittain teemme määritellyt riskikartoitukset ja huomioimme niiden tulokset toiminnan suunnittelussa. Terveydenhuollon palvelutoiminta on lääketieteellisesti perusteltua ja siinä on otettu huomioon potilasturvallisuuden asettamat vaatimukset. Henkilökuntaa ja esihenkilöitä koulutetaan säännöllisesti ja potilasturvallisuuden poikkeamia seurataan sekä analysoidaan säännöllisesti palveluyksikössä ja lisäksi keskitetysti. Potilasasiakirjojen laatimisesta, käsittelystä ja säilyttämisestä on ajantasainen ohjeistus. Valvontaviranomaisille annetaan tarvittavat tiedot potilaskantelujen käsittelemiseksi ja toiminnassa noudatetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia ml. muistutuksiin vastaaminen. Selvityspyynnöt tallennetaan ja käsitellään laatujärjestelmässä sovitun työnjaon mukaisesti.

Yrityksellä on ISO9001-standardin mukainen laatusertifikaatti, johon arvioidaan vuosittain nimettyjen ensihoidon toimipisteiden toimintaa.

Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Kuvaus, miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon

Potilaat päätyvät palveluyksikön palveluiden piiriin Pirkanmaan hyvinvointialueen ajojärjestelyn välittämän tehtävän perusteella. Palveluyksikkö varmistaa potilaan hoitoon pääsyn ensihoito- ja siirtokuljetusprosessien mukaisesti.

Kuvaus, miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus, jotta hänellä on tosiasiallinen mahdollisuus osallistua palvelujaan koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen

Potilaalle kerrotaan tutkimusten ja hoidon etenemisestä ja ajantasaisesta hoitosuunnitelmasta. Ensihoitopalvelu ja siirtokuljetustoiminta on luonteeltaan hyvin prosessimaista ja ohjeistettua ja potilaalle mahdollistetaan aina kuulluksi tuleminen ja potilaan oma tahtotila huomioidaan hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa sekä toteutuksessa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta (ml. kuljetus sairaalaan), myös silloin, kun kyse on todennäköisesti hänen henkensä vaarantavasta päätöksestä. Tällaisessa tilanteessa tulee konsultoida hoitovastuullista tahoa puhelimitse tai paikan päällä lähettävässä hoitolaitoksessa. Potilas ei voi velvoittaa ketään tekemään häntä vahingoittavia toimenpiteitä eikä kenelläkään ole oikeutta vaarantaa toisen henkeä eikä terveyttä (ml. alaikäisen huoltaja). Potilaalla tai kenelläkään muullakaan ei ole oikeutta määrätä Onnin henkilökuntaa antamaan lääkkeitä tai tekemään toimenpiteitä, joiden tarpeesta ja turvallisuudesta henkilökunta ei ole vakuuttunut tai voi varmistua.

Asiakkaan ja potilaan asiallisen kohtelun varmistaminen ja menettelytavat, jos epäasiallista kohtelua havaitaan

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

Palvelussa omaksuttu tapa kohdata ja puhutella asiakkaita kertoo vallitsevasta toimintakulttuurista ja sen taustalla omaksutuista arvoista ja toimintaperiaatteista. Palveluissa tulee erityisesti kiinnittää huomiota ja tarvittaessa reagoida epäasialliseen tai loukkaavaan käytökseen asiakasta kohtaan.

Asiakkaat/potilaat voivat tarvittaessa antaa palautetta palvelusta vastaavalle esihenkilölle. Palautetta voi antaa sähköisesti, soittamalla ja myös nimettömänä yrityksen nettisivujen kautta. Mahdolliset palautteet ja muistutukset käsitellään viipymättä ja ne selvitetään kaikkien asianosaisten henkilöiden kanssa. Mikäli asia tai palaute koskee esihenkilön toimintaa, niin palaute käsitellään palvelupäällikön toimesta. Mahdolliseen epäasialliseen kohteluun puututaan välittömästi, ja työnantajalla on tarvittaessa käytössään varoitus- tai irtisanomismenettely, mikäli kyseessä on huomattava työntekijän tekemän virhe.

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus tehdä myös muistutus, mikäli hän on tyytymätön kohteluunsa tai palvelun laatuun. Muistutuksen voi tehdä tarvittaessa myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai läheinen.

Asiakkaan ja potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asiakkaita, omaisia ja henkilökuntaa asiakkaan kohteluun, osallistumiseen, oikeuksiin ja oikeusturvaan liittyvissä asioissa. Sosiaali- ja potilasasiavastaava on puolueeton henkilö, jonka tehtävä on neuvoa-antava ja hän voi toimia myös sovittelevassa roolissa. Palvelu on asiakkaille maksutonta.

Potilasasiavastaavia ja sosiaaliasiavastaavia koskevan lain (739/2023) mukaisesti potilas- ja sosiaaliasiavastaavien toiminta järjestetään kokonaan julkisena palveluna. Onni ohjaa potilaat ja asiakkaat kääntymään tarvittaessa oman hyvinvointialueen (tai Helsingin kaupungin) potilas- tai

sosiaaliasiavastaavan palveluiden puoleen. Onni ja Onnin työntekijät viestittävät edelleen potilaalle mahdollisuudesta tehdä muistutus.

Asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen varmistaminen, ja asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat periaatteet ja rajoitusten konkreettiset menettelytavat

Jokaisella on oikeus tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

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. Asiakkaalla tulisi mahdollisuuksien mukaan olla oikeus esittää toiveita esimerkiksi siitä, kuka häntä avustaa sukupuolisensitiivisissä tilanteissa.

Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asiakkaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua, eikä muita keinoja ole käytettävissä. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen.

Itsemääräämisoikeutta koskevista periaatteista ja käytännöistä keskustellaan sekä asiakasta hoitavan lääkärin että omaisten ja läheisten kanssa. Itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista lääkäri tekee kirjalliset päätökset ja tiedot kirjataan asiakkaan palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan. Rajoittamistoimista tehdään kirjaukset myös asiakasasiakirjoihin. On tärkeää huomioida, että rajoittamistoimia koskevaa päätöstä ei voi tehdä toistaiseksi voimassa olevaksi.

Lasten ja nuorten itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta on erityiset säännökset lastensuojelulain 11 luvussa. Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 3 a luvussa on säännökset erityishuollossa olevien asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä.

Palveluyksikön asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi tarvittaessa laaditut yksikkökohtaiset suunnitelmat ja ohjeet, mukaan lukien niistä vastaava henkilö

Palveluyksikössä ei ole erillisiä pelkästään yksikkökohtaisia ohjeita, vaan palveluyksikössä toimitaan yleisten ja tilaajan antamien menettelyohjeiden mukaisesti.

Asiakkaan ja potilaan lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien (esimerkiksi asiakaspalvelu- tai hoitosuunnitelman) laadinnan ja päivittämisen menettelytavat:

Ensihoito- ja siirtokuljetuspalveluissa ei laadita potilaskohtaisia asiakaspalvelu tai hoitosuunnitelmia. Palveluntuotannossa noudatetaan tilaajan ensihoidon vastuulääkärin määrittämiä hoitovelvoitetason mukaisia hoito-ohjeita sekä hoitoonohjausohjeita. Pysyväisohjeiden lisäksi potilaskohtaisia hoito-ohjeita on mahdollista saada päivystävältä konsultaatiolääkäriltä tai potilaasta hoitovastuussa olevalta lääkäriltä (siirtokuljetukset). Mikäli todetaan virheellisyyksiä, puutteita tai aiemmin havaitsemattomia riskejä tilaajan määrittämissä ohjeissa tai niiden mukaisessa toiminnassa, niin niistä raportoidaan tilaajan yhteyshenkilölle.

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

Edellä mainittujen hoito-ohjeiden ja hoitoon ohjausohjeiden sisältöä kerrataan koulutusten ja perehdytysten avulla aina muutosten yhteydessä sekä säännöllisesti muutenkin. Ohjeiden noudattamista seurataan omavalvonnallisin keinoin toteutuneen hoidon, havaintojen ja mahdollisen palautteen perusteella ja puutteellisen toiminnan perusteella annetaan täsmällisempää ohjausta.

Palveluyksikön sosiaali- ja potilasasiavastaavien tehtävät ja yhteystiedot

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asiakkaita, omaisia ja henkilökuntaa asiakkaan kohteluun, osallistumiseen, oikeuksiin ja oikeusturvaan liittyvissä asioissa. Sosiaali- ja potilasasiavastaava on puolueeton henkilö, jonka tehtävä on neuvoa-antava ja hän voi toimia myös sovittelevassa roolissa. Palvelu on asiakkaille maksutonta.

Potilasasiavastaavia ja sosiaaliasiavastaavia koskevan lain (739/2023) mukaisesti potilas- ja sosiaaliasiavastaavien toiminta järjestetään kokonaan julkisena palveluna. Onni ohjaa potilaat ja asiakkaat kääntymään tarvittaessa oman hyvinvointialueen (tai Helsingin kaupungin) potilas- tai sosiaaliasiavastaavan palveluiden puoleen. Onni ja Onnin työntekijät viestittävät edelleen potilaalle mahdollisuudesta tehdä muistutus.

Muistutusten käsittely

Palvelun laatuun tai asiakkaan saamaan kohteluun tyytymättömällä on oikeus tehdä muistutus toimintayksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen voi tehdä tarvittaessa myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai läheinen. Muistutuksen vastaanottajan on käsiteltävä asia ja annettava siihen kirjallinen, perusteltu vastaus kohtuullisessa ajassa.

Muistutusten käsittelystä vastaava

Terveydenhuollon palveluista vastaava (lääketieteellinen) johtaja vastaa siitä, että terveydenhuollon palveluista annetut muistutukset käsitellään huolellisesti ja asianmukaisesti.

Muistutuksen käsittelyä koskevat menettelytavat / kuvaus, miten varmistetaan, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti

Muistutukset ja kantelut käsitellään poikkeamienhallintajärjestelmän kautta siten, että niistä ovat aina tietoisia sekä työntekijä(t) jo(i)ta muistutus/kantelu koskee sekä hänen esihenkilönsä. Vakavat puutteet ja ongelmat käsitellään Onnin laaturyhmässä.

Palautteisiin vastaa palvelupäällikkö. Palautteisiin vastataan määräajassa. Muistutusten, kanteluiden ja valitusten suhteen käytetään seuraavaa toimintamallia:

1) Potilas, omainen tai hoitolaitoksen henkilökunta antaa palautteen tai valituksen
2) Palvelupäällikkö kirjaa palautteen Falcony-järjestelmään ja välittää sen ko. työntekijöille ja pyytää heiltä vastineet. Viralliset muistutukset ja selvityspyynnöt toimitetaan tiedoksi myös lääketieteelliselle johtajalle.
3) Palvelupäällikkö tiedottaa yrityksen johtoa reklamaatioprosessista ja toimittaa saadut vastineet tilaajalle (jos muistutus on tullut tilaajan kautta) tai terveydenhuollon palveluista vastaavalle (lääketieteelliselle) johtajalle vastausta varten.

4) Terveydenhuollon palveluista vastaava (lääketieteellinen) johtaja laatii vastauksen muistutukseen, mikäli sitä on pyydetty suoraan yritykseltä ja päättää tarvittaessa toimenpiteistä, joilla reklamaation aiheuttanut toimintatapa saadaan korjattua
5) Palvelupäällikkö dokumentoi muistutuksen ja vastaukset Falcony-järjestelmään
6) Terveydenhuollon palveluista vastaava (lääketieteellinen) johtaja ja palvelupäällikkö vastaavat siitä, että mahdollinen epäasianmukainen toiminta ei toistu.

Valvovan viranomaisen välittämät kantelut ja muistutukset kirjataan Falcony-järjestelmään ja niihin antaa vastineen terveydenhuollon palveluista vastaava (lääketieteellinen) johtaja työntekijöiden antamien selvitysten perusteella.

Muistutuksissa ilmi tulleiden epäkohtien tai puutteiden huomioiminen toiminnassa ja sen kehittämisessä

Vakavat puutteet ja ongelmat tulee pyrkiä korjaamaan heti ja niistä tulee tiedottaa laajasti. Ilmi tulleiden epäkohtien juurisyyt analysoidaan ja käydään läpi tapauskohtaisesti tarvittavilla kokoonpanoilla (työntekijöiden kanssa, liiketoimintayksikön palavereissa, ohjausryhmässä, laaturyhmässä, johtoryhmässä), jotta voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä vastaavat poikkeamat, muuttaa tarvittaessa toimintamalleja, täsmentää tarvittaessa ohjeistusta (yksikkötasolla tai laajemmin), ennaltaehkäistä samasta juurisyystä johtuvia muun tyyppisiä poikkeamia sekä tunnistaa perehdytystarpeita.

Henkilöstö

Henkilöstösuunnittelussa otetaan huomioon toimintaan sovellettava lainsäädäntö sekä hankintasopimuksen asettamat vaatimukset

Palkattaessa työntekijöitä on otettava huomioon erityisesti henkilöiden soveltuvuus ja luotettavuus. Rekrytointitilanteessa tulee tarkistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksia koskevat rekisteritiedot sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). Tämän lisäksi yksiköllä voi olla omia henkilöstön rakenteeseen ja osaamiseen liittyviä rekrytointiperiaatteita, joista avoin tiedottaminen on tärkeää niin työn hakijoille kuin työyhteisön toisille työntekijöille.
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä pitää olla hoitamiensa tehtävien edellyttämä riittävä suullinen ja kirjallinen kielitaito, jonka arviointi on työnantajan vastuulla. Lisätietoja riittävän kielitaidon osoittamisesta on Lupa- ja valvontaviraston verkkosivuilla.

Palveluyksikön henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet *(Kuvauksesta on ilmettävä kuinka paljon vuokrattua työvoimaa tai toiselta palveluntuottajalta alihankittua työvoimaa käytetään täydentämään palveluntuottajan omaa henkilöstöä)*

Palveluyksikössä työskentelee yhteensä 9 vakituista perustason ensihoitajaa. Määräaikaisten työntekijöiden tarve perustuu vakituisen henkilöstön sijaisuuksiin. Yksikön lähiesihenkilönä toimii tiimiesihenkilö, joka tekee noin puolet työajastaan hallinnollista työtä. Operatiivisesta toiminnasta vastaa vuorossa oleva operatiivinen vastuuhenkilö.

Hoitotason ensihoitajan koulutus on ensihoitaja amk tai sairaanhoitaja amk, jolla lisäksi 30 op hoitotason opinnot. Hoitotasolla voi toimia myös ensihoitoasetuksen 8§ siirtymäsäännöksen nojalla sairaanhoitaja, jolla ei ole vaadittua lisäkoulutusta, mutta on toiminut hoitotasolla asetuksen voimaantullessa 1.5.2011. Perustason ensihoitajan koulutus on lähihoitajatutkinto ensihoidon koulutusohjelmasta, perustason ensihoitaja -tutkinto tai sairaanhoitaja amk -tutkinto. Perustason yksikössä vähintään toisella ensihoitajalla on oltava ensihoitoon suuntaava koulutus, mutta toinen

voi olla myös pelastaja, lähihoitaja tai ensihoitaja amk -opiskelija, jolla on tutkinnosta suoritettuna vähintään 140 op ja perustason opinnot. Lyhytaikaisia sijaisia koskevat samat vaatimukset ja he työskentelevät ensisijaisesti vakituisen työntekijän parina.

Palveluyksikkö rekrytoi tarpeen mukaan uusia työntekijöitä. Palveluissa työskentelee myös osa-aikaisia työntekijöitä, joille tarjotaan lisätöitä. Vuosiloma-aikoihin varaudutaan aloittamalla kesätyörekrytoinnit hyvissä ajoin. Sijaisjärjestelyt varmistetaan tarvittaessa töihin kutsuttavilla työntekijöillä. Käytettävä sijaistyövoima koostuu perehdytetystä ja organisaation, palveluyksikön sekä toiminta-alueen käytännöt tuntevasta henkilöstöstä.

Palveluyksikössä ei käytetä vuokrattua tai toiselta palveluntuottajalta alihankittua työvoimaa.

Kuvaus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksien varmentamisesta

Yrityksellä on kirjallinen ohje henkilöstön pätevyyden tarkistamiseksi. Työhaastattelussa tarkistetaan tutkinto- ja työtodistukset. Lupa- ja valvontaviraston ammattioikeuksien rekisteröinti tarkistetaan JulkiTerhikki-palvelun kautta ja rekisteröintitodistuksesta sekä tarkistetaan sosiaali- ja terveysalan ammattikortti. Lisäksi tarkistetaan henkilöllisyys, ajokorttiluokka ja voimassa olevat hoitovelvoitteet. Kaikista asiakirjoista vaaditaan nähtäväksi alkuperäiset todistukset ja merkinnät tarkastuksista tallennetaan HR-järjestelmään.

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

Työhaastattelussa tarkistetaan tutkinto- ja työtodistukset. Kaikista asiakirjoista vaaditaan nähtäväksi alkuperäiset todistukset ja kopiot tallennetaan HR-järjestelmään. Kielitaito varmistetaan työhaastattelussa. Työsopimusta tehtäessä työntekijä sitoutuu pyydettäessä toimittamaan viivytyksettä rikosrekisteriotteen sekä antamaan suostumuksensa suppean turvallisuusselvityksen tekoon KEJO-järjestelmää varten. Riittävää osaamista ja ammattitaitoa varmistetaan myös osana huolellista perehdytystä sekä näyttöjä.

Henkilöstön riittävästä perehdyttämisestä ja ammattitaidon ylläpitämisestä huolehtiminen sekä sen varmistaminen, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen

Palveluyksikön hoitohenkilöstö perehdytetään asiakastyöhön, potilas-/asiakastietojen käsittelyyn ja tietosuojaan sekä omavalvonnan toteuttamiseen perehdytysohjelman mukaisesti. Sama koskee myös yksikössä työskenteleviä opiskelijoita ja paluun jälkeen pitkään tehtävistä poissaolleita. Perehdytys dokumentoidaan HR-järjestelmään. Johtamisen ja koulutuksen merkitys korostuu, kun työyhteisö omaksuu uudenlaista toimintakulttuuria mm. itsemääräämisoikeuden tukemisessa tai omavalvonnan suunnittelussa ja toimeenpanossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölaissa säädetään työntekijöiden velvollisuudesta ylläpitää ammatillista osaamistaan ja työnantajien velvollisuudesta mahdollistaa työntekijöiden täydennyskouluttautuminen. Yksikössä toimitaan organisaation Työyhteisön kehittämissuunnitelman periaatteiden mukaisesti.

Uusi työntekijä saa käyttöönsä verkkoperehdytysalustamme Onni Akatemian kattavan perehdytysmateriaalin. Se sisältää niin alueellisen perehdytyksen kuin koko organisaatiomme yhteisiä asioita. Työntekijälle nimetään ainakin yksi perehdyttäjä, jonka kanssa hän työskentelee kolmantena mahdollisessa perehdytysvuorossa. Uuden työntekijän perehdytystä pyritään tukemaan niin, että ensimmäiset varsinaiset työvuorot ovat perehdyttäjän kanssa. Perehdytyksen tukena käytetään Onni Akatemian perehdytysmateriaaleja.

Lääkehoitosuunnitelma on tärkeä osa perehdytystä. Konsernillamme on yleinen lääkehoitosuunnitelma ja sen lisäksi yksikkökohtaiset liitteet. PKV- lääkekäytännöt, huumekorttien merkitseminen ja lääketilaus käydään huolellisesti läpi. Uusi työntekijä saa laitteiden ja tarvikkeiden käyttökoulutusta jo heti perehdytyksen alussa. Työntekijät suorittavat lääkehoitolupaan vaadittavat suoritukset heti ensimmäisissä vuoroissa. Lääkelupaan suoritetaan vaadittavat tentit LOVe-alustalla ja annetaan niihin liittyvät näytöt. Perehdytyksessä käydään läpi myös alueelliset tietosuoja- ja kirjaamiskäytännöt.

Opiskelija saa ainakin kaksi nimettyä ohjaajaa, joiden kanssa hän suorittaa pääsääntöisesti työharjoittelunsa työvuorot. Opiskelijoiden perehdytys noudattaa suurin piirtein samaa kaavaa kuin työntekijöidenkin, mutta opiskelijoille on oma perehdytyslistansa sekä perehdytyskansio, koska opiskelijoilla ei toistaiseksi ole henkilökohtaista pääsyä Onni Akatemia -verkkoperehdytykseen. Opiskelija saa ennen harjoittelun alkua opiskelijainfon ja opiskelijakansion. Ohjaaja ja opiskelija suunnittelevat opiskelijan työvuorot pääsääntöisesti ohjaajan työvuorojen mukaan.

Ensihoitajat osallistuvat hyvinvointialueen / tilaajan järjestämiin koulutuspäiviin sopimuksen vaatimusten mukaisesti. Toteutuneet koulutukset ilmoitetaan HR-järjestelmään ja raportoidaan tilaajalle sopimuksen mukaisesti. Lisäksi järjestetään koulutusta mm. hälytysajoon ja uhkatilanteisiin liittyen toimipisteen tarpeen mukaan. Koulutukset ovat työaikaa. Esihenkilöillä on mahdollisuus suorittaa lähiesimiestyön ammattitutkinto työn ohessa.

Onnilla on oma verkkoperehdytys- ja koulutusalusta Onni Akatemia. Se on sähköinen oppimisalusta, jonne yrityksen ja oman henkilöstömme toimesta tuotetaan koulutusmateriaalia. Lisäksi alustalla on saatavilla ulkopuolisia koulutuksia ja kursseja. Tavoite- ja kehityskeskusteluissa käydään läpi työntekijöiden koulutustarpeita ja -toiveita ja toimipisteen koulutuksia suunnitellaan niiden perusteella.

Lääkehoidon osaamisen koulutusta ja testausta varten käytössämme on LOVe-koulutusalusta, jossa harjoitellaan ja suoritetaan vaadittavat lääkehoidon tentit.

Työvuorosuunnittelulla tuetaan työssä jaksamista ja työvuorotoiveet pyritään toteuttamaan aina mahdollisuuksien mukaan ja tasapuolisesti. Opiskeluun työn ohessa kannustetaan ja mahdollistetaan osittainen työaika opintojen ajalle.

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

Opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan tarkistamalla ajantasainen opintorekisteriote, josta käy ilmi opintojen suoritukset sekä jatkuvuus. Opiskelijalla on aina työparina terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka ohjauksessa, johdossa ja valvonnassa opiskelija toimii koko työvuoronsa ajan.

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

Palveluyksikön henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan koulutusseurannan, havaintojen, palautteiden sekä tavoite- ja kehityskeskustelun avulla sekä voimassa olevien pätevyyksien seurannan avulla. Tunnistettuihin osaamisvajeisiin tai epäasianmukaisuuksiin reagoidaan tukemalla työntekijää lisäperehdytyksellä tai -koulutuksella, säännöllisellä seurannalla sekä yhteisellä avoimella keskustelulla. Käytössä on myös varhaisen tuen malli, joka kannustaa varhaiseen reagointiin ja mahdollisten haasteiden ennakointiin.

Työntekijän rikostaustan selvittäminen lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä annetun lain (504/2002) perusteella lasten kanssa sekä valvontalain 28 §:n perusteella iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden kanssa työskenteleviltä

Ensihoitotyöhön ei kuulu lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä annetun lain (504/2002) eikä valvontalain (741/2023) 28 §:ssä kuvattua pysyväisluonteista ja olennaista työskentelyä lasten, iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden kanssa. Näin ollen rikostaustan tarkastelumenettelyä ei ole tarkoitettu sovellettavaksi ensihoitotyöhön. Mikäli lakien tulkinta tai sääntely muuttuu, henkilöstö on velvollinen hankkimaan ja toimittamaan rikosrekisteriotteen viivytyksettä.

Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Kuvaus, miten palveluyksikön tai palvelualojen vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen antamiseen on palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden ja potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö

Ensihoito- ja siirtokuljetusyksiköt koostuvat aina ensihoitoasetuksen / tilaajan vaatimusten mukaisesta henkilöstömiehityksestä. Yksikkö ei koskaan suorita tehtäviä poikkeavalla miehityksellä ja sen vuoksi käytössä on selkeä rekrytointiprosessi sekä toimintamallit yksiköiden miehittämiseksi sekä ennakoiduissa että äkillisissä poikkeustilanteissa.

Pääsääntöisesti rekrytointimme tapahtuu Teamtailor-rekrytointityökalun avulla. Sen kautta hakemusten käsittely ja yhteydenotot hakijoihin tapahtuvat sujuvasti. Teamtailorin kautta rekrytointi-ilmoitus päätyy myös TE-palveluiden (mol.fi) ja oman organisaatiomme nettisivuille (https://onnion.fi).

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

Ennakoidut työntekijätarpeet huomioidaan henkilöstömäärässä osana normaalia rekrytointiprosessia sekä työvuorosuunnittelua. Äkillisissä työntekijäpuutostilanteissa työvuorossa oleva operatiivinen vastuuhenkilö tai tiimiesihenkilö viestivät työntekijätarpeesta sijaishenkilöstölle ja työvuoro täytetään ensisijaisesti vaatimukset täyttävällä sijaishenkilöstöllä tai toissijaisesti kokoaikaisen henkilöstön toimesta ylityönä.

Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Asiakas voi tarvita useita palveluja yhtäaikaisesti ja iäkkäiden asiakkaiden siirtymät palvelusta toiseen ovat osoittautuneet erityisen riskialttiiksi. Myös lastensuojelun asiakas voi tarvita koulun, terveydenhuollon, psykiatrian, kuntoutuksen tai varhaiskasvatuksen palveluja. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi asiakkaan kannalta toimiva ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan palvelunantajien välistä yhteistyötä, jossa erityisen tärkeää on tiedonkulku eri toimijoiden välillä.

Yhteistyön ja tiedonkulun toteuttaminen asiakkaan ja potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa

Sidosryhmäyhteistyössä korostuu palveluyksikön näkökulmasta erityisesti alueellinen yhteistyö potilaan hoitoketjuun osallistuvien tahojen kanssa. Yhteistyö ja tiedonkulku toteutuu palveluntuottajapalavereissa, yhteistyötapaamisissa sekä säännöllisellä viestinnällä ja tiedottamisella. Päivittäisessä toiminnassa yhteistyö korostuu kunkin potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välisessä viestinnässä ja kommunikoinnissa sekä raportoinnissa ja kirjaamisessa. Yhteistyö lähettävien ja vastaanottavien hoitolaitosten välillä toteutuu sekä suullisen että kirjallisen raportoinnin välillä ja viranomaisyhteistyössä sekä usean yksikön tehtävien kommunikaatiossa käytetään viranomaisverkkoa toiminta-alueen operatiivisen viestinnän ohjeiden ja menettelytapojen mukaisesti.

Asiakkaalle tai potilaalle annettaviin palveluihin liittyvän yhteistyön varmistaminen palveluntuottajan muiden palveluyksikköjen kanssa *(Onnin sisäinen yhteistyö toimipisteiden välillä)*

Onnin palveluyksiköiden välistä sisäistä yhteistyötä varmistetaan valtakunnallisella ohjausryhmätyöskentelyllä sekä valtakunnallisella tiimiesihenkilöiden yhteistyöllä. Yhtenäisten toimintamallien ja valtakunnallisen yhteistyön myötä palveluyksiköillä on mahdollisuus kehittyä parhaiden käytänteiden jakamisen avulla. Myös liiketoimintarajat ylittävää yhteistyötä toteutetaan arjessa Onnin eri liiketoimintayksiköiden välillä.

Toimitilat ja välineet

Toiminnassa käytettävät toimitilat, mukaan lukien toimintaympäristö, ja välineet sekä niiden turvallisuus, turvallinen käyttö ja soveltuvuus tarkoitukseensa

Asematila koostuu autotallista ja päivystystiloista (sosiaalitilat, lepotila, toimisto). Asiakaskontaktit toteutuvat vaihtelevissa olosuhteissa (asiakkaan koti, hoitolaitos, julkinen paikka, jne.) sekä standardien ja tilaajan vaatimusten mukaisella korityöllä ja välineistöllä varustetussa ambulanssissa.

Käytössä olevat laitteet (esim. monitoridefibrillaattori, tutkimusvälineet) ovat vaatimustenmukaisia CE-merkittyjä lääkinnällisiä laitteita ja huolletaan säännöllisesti ulkopuolisen sopimuskumppanin toimesta. Laitteiden ja huoltojen dokumentaatiota ylläpidetään laiterekisterissä.

Toimitiloille mahdollisesti tehdyt tarkastukset sekä myönnetyt viranomaishyväksynnät ja luvat päivämäärineen. Kuvauksessa on otettava huomioon tarkastuksissa ja hyväksynnöissä toimitilojen omavalvonnan kannalta todetut keskeiset havainnot *(esim. tilaajan, AVI:n, tms. mahdollisesti tekemät)*

Tilaajan ensihoidon vastuulääkärin tekemät tarkastukset: 13.8.2020
Tilaajan edustajan suorittama kaluston tarkastus: 22.8.2025

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

Toimipaikkakohtaiset riskikartoitukset tehdään Falcony-järjestelmän avulla erillisen ohjeistuksen mukaisesti vähintään vuosittain. Toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit arvioidaan asiakasturvallisuuden ja -kokemuksen näkökulmasta osana Asiakasturvallisuuteen ja -kokemukseen sekä ympäristöön ja poikkeusoloihin liittyvien riskien kartoitusta ja työsuojelun sekä työturvallisuuden näkökulmasta osana Työsuojeluriskien kartoitusta. Toimintaa arvioidaan eri näkökulmista, minkä myötä tunnistetaan, raportoidaan ja arvioidaan riskit. Raportoitujen havaintojen myötä suunnitellaan toimenpiteiden tarve ja seurataan niiden toteutuminen. Uusia riskejä havainnoidaan ja jo tunnistettujen riskien tilannetta seurataan vuosittaisilla kartoituksilla.

Tärkeää on myös työyhteisön avoin ja aktiivinen havaintojen raportointi Falcony-järjestelmää hyödyntäen sekä asiakaspalautteiden kirjaaminen.

Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa sekä epäkohtailmoituksia ja tiedonkulkua koskevat menettelyt *(Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä tulevat vaatimukset)*

Asematilojen siivoaminen ja jätehuolto toteutetaan työvuorossa olevan henkilöstön toimesta. Puutteista/epäkohdista Onnin omistamassa irtaimistossa raportoidaan työntekijän toimesta esihenkilölle, joka vastaa tarvittavista toimenpiteistä (raportointi dokumentoidaan havaintona Falcony-järjestelmään).
Asematilojen kiinteistön ylläpidosta vastaa vuokranantaja. Vuokranantajan osoittamat yhteystiedot ylläpidon ja vikatilanteiden varalta pidetään työntekijöiden nähtävillä asemapaikalla.

Palvelutoimintaan käytettävän kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat

Palveluyksikössä ei ole palvelutoimintaan käytettävää kiinteistöä, palvelut tuotetaan asiakkaan/potilaan luona.

Kuvaus, 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)*

Käytössä on vain käyttötarpeisiin soveltuvia välineitä, jotka täyttävät niille asetetut vaatimukset. Välineistön käyttö ja huolto on ohjeistettu sekä perehdytetty henkilöstölle ja virheellisistä/puutteellisista välineistä raportoidaan välittömästi, eikä virheellistä/puutteellista välineistöä käytetä. Kertakäyttöiset välineet hävitetään pakkauksen ohjeen mukaisesti ja uudelleen käytettävä välineistö huolletaan tapauskohtaisesti työntekijöiden tai ulkopuolisen huollon toimesta.

Välineistön tarkastus on ohjelmoitu osaksi työvuoron sisältöä ja se sisältää koko käytössä olevan välineistön käyttökunnon varmistamisen. Lisäksi säännöllisin ohjeistetuin tarkastuksin huolehditaan vanhentumassa olevan välineistön asianmukainen hävittäminen ja uusiminen.

Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Lääkinnällisiä laitteita koskevasta sääntelyllisestä ohjauksesta vastaa Fimea. Lääkinnällisten laitteiden käyttöön, huoltoon ja käytön ohjaukseen sosiaalihuollon yksiköissä liittyy merkittäviä turvallisuusriskejä, joiden ennaltaehkäiseminen on omavalvonnassa huomioon otettava asia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä käytetään paljon erilaisia lääkinnällisiksi laitteiksi luokiteltuja välineitä ja hoitotarvikkeita, joihin liittyvistä käytännöistä säädetään lääkinnällisistä laitteista annetussa laissa. Lääkinnällisellä laitteella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen. Hoitoon käytettäviä laitteita ovat mm. pyörätuolit, rollaattorit, sairaalasängyt, nostolaitteet, verensokeri-, kuume- ja verenpainemittarit, kuulolaitteet, haavasidokset ym. vastaavat.

Terveydenhuollon ammattimaista käyttäjää koskevat velvoitteet on määritelty lääkinnällisistä laitteista annetun lain 31–34 §:ssä.

Kuvaus, miten varmistetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) mukaisten velvoitteiden noudattaminen

Terveydenhuollon laitteistomme on lainsäädännön mukainen ja laitteet täyttävät niille asetetut vaatimukset. Laitteet ovat yrityksen omistuksessa / tilaajan toimittamia / tilaajan omaisuutta. Laitteisto huolletaan säännöllisesti valmistajan määrittämän huolto-ohjelman mukaisesti ulkopuolisen sopimuskumppanin toimesta. Huollot dokumentoidaan ja huoltoraportit säilytetään sähköisessä laiterekisterissä, jossa tapahtuu myös muu laitetietojen hallinnointi.

Työntekijät koulutetaan lääkinnällisten laitteiden käyttöön ja osaamista ylläpidetään Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön oppaan (STM 2024:3) periaatteiden mukaisesti ja koulutukset näyttöineen dokumentoidaan laitepasseilla. Lääkinnällisiä laitteita käytetään ainoastaan valmistajan määrittämiin käyttötarkoituksiin ja aina valmistajan käyttöohjeiden mukaisesti. Laitteen käyttöä suunniteltaessa tulee huomioida/ennakoida käyttöolosuhteet sekä toimintaympäristö ja varmistaa laitteen teknisen suorituskyvyn vastaavuus niihin.

Työntekijä täyttää läheltä piti -tilanteista poikkeamailmoituksen Falcony-järjestelmään sekä tekee tarvittaessa poikkeamailmoituksen tilaajan järjestelmään. Suoritetaan välittömästi korjaavat toimenpiteet. Rikkoutunut laite tai kalusto toimitetaan välittömästi huoltoon tai tilalle hankitaan uusi. Huollon aikana tai uutta laitetta odotettaessa käytetään varalaitetta/kalustoa. Kriittiselle laitteistolle on toimipisteissä varalaitteet ja varaosia. Myös varalaitteet ovat säännöllisen huolto-ohjelman piirissä. Mikäli kyseessä on tilaajan laite, toimitaan tilaajan ohjeiden mukaisesti.

Mikäli vaaratilanteessa ollut kertakäyttöinen laite on hävitetty, tulee vastaavan valmistuserän käyttämättömiä laitteita mahdollisuuksien mukaan ottaa talteen valmistajan tutkimuksia varten ja sopia menettelytavat laitetoimittajan kanssa.

Lääkinnällisen laitteen aiheuttamasta vaaratilanteesta tehdään Fimean määräyksen (1/2023) mukainen ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus Fimealle sekä lääkinnällisen laitteen valmistajalle, valtuutetulle edustajalle, maahantuojalle tai jakelijalle. Vaaratilanteella tarkoitetaan tilannetta, joka on johtanut tai olisi saattanut johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen JA joka johtuu terveydenhuollon laitteen

- ominaisuuksista
- ei-toivotuista sivuvaikutuksista
- suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä
- riittämättömästä merkinnästä
- riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta

- muusta käyttöön liittyvästä syystä

Vaaratilanneilmoitus tehdään Fimean verkkosivuilta löytyvällä uusimmalla lomakeversiolla, täyttäen kaikki pyydetyt saatavilla olevat tiedot ja toimitetaan samasta paikasta löytyvien Fimean ohjeiden mukaisesti: https://fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/vaatimukset-ammattimaisille-kayttajille/vaaratilanteista-ilmoittaminen --> Käyttäjän vaaratilanneilmoituslomake (PDF)

Ammattimaisesti käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudesta vastaava henkilö, joka huolehtii vaaratilanteita koskevien ilmoitusten ja muiden laitteisiin liittyvien määräysten noudattamisesta:

Laitevastaava Eemeli Peura eemeli.peura@onnion.fi

Kuvaus, miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä, jotka vastaavat käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja joiden tiedot löytyvät Lupa- ja valvontaviraston tietojärjestelmärekisteristä

Palveluyksikössä käytetään terveydenhuollon ja sosiaalihuollon potilas-/asiakastietojen käsittelyyn vain yhtiön tietohallinto-organisaation liiketoiminnan käyttöön osoittamia ja hyväksymiä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä. Tietojärjestelmien hyväksyntä Lupa- ja valvontaviraston tietojärjestelmärekisteriin on varmistettu Lupa- ja valvontaviraston ylläpitämästä julkisesta rekisteristä.

Ohjelmien asentaminen omalle työasemalle on käyttäjiltä pääosin estetty. Ohjelmistojen asentaminen voidaan sallia tapauskohtaisesti yhtiön tietohallinnon päätöksellä.

Työasemalle asennettavat järjestelmät asentaa keskitetysti tietohallinto tai sen valtuuttama kumppani (B2B Solutions). Pääosin työasemalle asennettavat järjestelmät asennetaan ennen työaseman luovutusta käyttäjälle.

SV210 -lomakkeet kirjataan sähköiseen Mahti-järjestelmään, johon jokaisella työntekijällä on henkilökohtaiset käyttäjätunnukset. Kirjautuminen järjestelmään tapahtuu kaksoisvahvistetulla menetelmällä. Paperiset ensihoitokertomukset säilytetään lukitussa kaapissa ja toimitetaan kirjaamisen jälkeen joko henkilöstön toimesta vietynä tai postitse seurattavana lähetyksenä keskushallintoon laskutusta ja arkistointia varten.

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

Jokaisen sosiaali- ja/tai terveydenhuollon potilas-/asiakastietojen käsittelyyn osallistuvan työntekijän perehdytykseen kuuluu perehdytys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn, tietojärjestelmien turvalliseen käyttöön sekä yleiseen tietoturvaan.

Työntekijän esihenkilö vastaa riittävän perehdytyksen antamisesta ennen henkilötietojen käsittelyn ja tietojärjestelmien käytön aloittamista. HR- ja tietohallinto-osasto tukevat esihenkilöitä tuottamalla ja jakamalla perehdytysmateriaalia perehdytyksen tueksi ja tasalaatuisen perehdytyksen varmistamiseksi. Perehdytys dokumentoidaan henkilökohtaisesti kulloinkin voimassa olevan ohjeistuksen mukaan.

Tarvittaessa järjestetään kaikille työntekijöille suunnattuja tai kohdistettuja täydennyskoulutuksia tai tietoiskuja, joilla varmistetaan henkilöstön riittävä osaaminen.

Tietoturvaan tai henkilötietojen käsittelyyn liittyvät poikkeamat kirjataan poikkeamienhallintajärjestelmään ja käsitellään tarvittavalla laajuudella.

Tietosuojavastaava ja tietohallinnon työntekijät tukevat kaikkia työntekijöitä tietoturvaan ja henkilötietojen käsittelyyn liittyvissä kysymyksissä.

Asiakastietolain mukaisen tietoturvasuunnitelman laatimis-/päivitys pvm ja sen toteutumisesta palveluyksikössä vastaava henkilö

Tietoturvasuunnitelma on päivitetty 30.10.2025.

Suunnitelman toteutumisesta palveluyksikössä vastaa palvelupäällikkö.

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

Tietoja käsitellään ja taltioidaan vain määritellyssä laajuudessa ja tavoilla, noudattaen tietosuojasta laadittuja ohjeita. Tietoja käsitellään ainoastaan hyväksytyissä tietojärjestelmissä eikä niitä taltioida esimerkiksi henkilökohtaisille työasemille. Rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta on lisäksi sovittu tilaajan kanssa erillisellä tietosuojasopimuksella, jonka ehtoja noudatetaan. Kaikessa toiminnassa noudatetaan myös muita tilaajan määrittämiä tietosuojaohjeita.

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

Poikkeustilanteisiin varautuminen ja jatkuvuuden suunnittelu toteutetaan yhdessä järjestelmätoimittajien kanssa. Jokainen järjestelmätoimittaja on sopimuksellisesti velvoitettu varautumaan poikkeustilanteisiin.

Virhe- ja ongelmatilanteissa Järjestelmätoimittajien kanssa on sovittu noudatettavan seuraavia toimintatapoja:

- Asiakas raportoi järjestelmätoimittajalle havaitsemastaan poikkeamasta välittömästi.
- Asiakkaan edustaja voi olla:
    - Med Groupin työntekijä tai pääkäyttäjä, joka havaitsee ongelman järjestelmää käyttäessä TAI
    - B2B Solutions Oy/ IT-tuki, joka havaitsee verkko- tai tietoliikenneongelman
- Poikkeama kirjataan poikkeamienhallintajärjestelmään
- Järjestelmätoimittaja selvittää juurisyyn ja korjaa tilanteen palvelutasosopimuksen mukaisesti
- Järjestelmätoimittaja raportoi juurisyyn ja toimenpiteet ennaltaehkäisyyn palvelukokouksessa, jonka jälkeen poikkeama käsitellään loppuun laadunhallintajärjestelmässä

Mikäli tietohallinnon tai liiketoiminnan johdon toimesta arvioidaan poikkeaman voivan aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- tai potilasturvallisuudelle tai tietoturvalle, ilmoitetaan poikkeamasta Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle. Poikkeamailmoitus tehdään kyseessä olevan

järjestelmän pääkäyttäjän toimesta Lupa- ja valvontaviraston (LVV) internetsivulta löytyvällä sähköisellä poikkeamailmoituslomakkeella. Tietoturvaloukkauksista ilmoitetaan tietosuojavastaavan toimesta tietosuojavaltuutetulle tietosuoja-asetuksen säädösten mukaisesti.

Kuvaus, miten käytännössä varmistetaan palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarjottaviin palveluihin nähden sekä henkilöstön käyttöopastus *(Kuvauksesta on ilmettävä, miten palveluyksikössä on varauduttu teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin)*

Käyttöön otetaan vain teknologiaa, joka käyttötarkoitukseltaan vastaa käyttötarvetta ja täyttää sille asetetut vaatimukset. Käyttökoulutuksen lisäksi jokainen työntekijä perehtyy käytettävän teknologian turvallisen käytön ohjeisiin ja periaatteisiin. Käyttökoulutuksen laajuuden ja toteuttamistavan tarve arvioidaan tapauskohtaisesti. Teknologiaan liittyviin vikatilanteisiin varaudutaan varalaittein, ei-teknologisin keinoin sekä toimittajan kanssa sovittavilla varalaite-/varautumiskäytännöillä.

Kuvaus, miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan yksilölliset tarpeet ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa

Potilaan tutkiminen ja hoito toteutetaan tarkoituksenmukaisin menetelmin yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta.

Lääkehoitosuunnitelma

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelman laatimis-/päivitys pvm ja sen laatimisesta/päivittämisestä vastaava henkilö palveluyksikössä

1.10.2025
Pia Karppanen, lääkevastaava

Palveluyksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta vastaava henkilö palveluyksikössä

Pia Karppanen, lääkevastaava
Akseli Peltola, palvelupäällikkö

Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

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

Laura Riski, liiketoimintajohtaja

Palveluntuottajan tietosuojavastaavan nimi ja yhteystiedot

Juha Reihe, tietosuoja@onnion.fi

Kuvaus, miten varmistetaan, että palveluyksikössä noudatetaan tietosuojaan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä sekä yksikölle laadittuja asiakas- ja potilastietojen kirjaamiseen liittyviä ohjeita ja viranomaismääräyksiä

Henkilöstö suorittaa osana perehdytystä sekä ylläpitokoulutusta tietosuojakoulutuksen, jossa käsitellään asiakas- ja potilastiedon käsittelyn periaatteita sekä kerrataan käytössä olevia ohjeita. Toimintamallit, ohjeet ja käytännöt on laadittu tietosuojanäkökulma ja potilaan oikeudet huomioiden. Tietosuojakäytäntöjen vastaista toimintaa tai menettelyä ei hyväksytä ja sellaiseen puututaan esihenkilön toimesta välittömästi. Potilas- ja asiakastiedot kirjataan ja ylläpidetään vain osoitetuissa tietojärjestelmissä henkilökohtaisilla käyttäjätunnuksilla. Omia henkilökohtaisia käyttäjätunnuksia ei jaeta muille ja poistuttaessa työasemalta tulee kirjautua ulos asiakas- ja potilastietojärjestelmistä.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ((EU) 2016/679) tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisen vaatimusten huomioiminen palveluyksikön toiminnassa

Päivittäisessä toiminnassa ja kaikessa tietojenkäsittelyssä noudatetaan tietosuoja-asetuksen periaatteita sekä toimitaan rekisteröidyn oikeuksia kunnioittaen. Kaikki työntekijät suorittavat perehdytyksen yhteydessä sekä säännöllisesti kertauksena tehtävänkuvan mukaisesti vaadittavan GDPR-koulutuskokonaisuuden, jonka suoritukset dokumentoidaan. Kaikki tietosuojaan liittyvät poikkeamat saatetaan tietosuojavastaavan tiedoksi ja käsiteltäväksi.

Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Kuvaus, miten palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta ja potilailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluyksikön henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta

Palautetta voi antaa suoraan työntekijälle, esihenkilölle tai palvelupäällikölle, yrityksen internetsivujen tai potilasasiamiehen kautta. Yhteystiedot sekä palautelomake löytyvät sivuilta https://onnion.fi. Lisäksi Onni teettää vuosittain erillisen asiakaskyselyn tilaaja-asiakkaille.

Tilaajien omien palautekanavien kautta palautteet ohjautuvat tilaajan toimesta eteenpäin ao. palveluntuottajalle.

Kuvaus, miten säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä

Palautteet käsitellään toimipisteessä ko. ensihoitotehtävällä olleiden työntekijöiden kanssa sekä tarvittaessa koko toimipisteen työntekijöiden kesken. Palautteiden määrä todetaan kuukausipalaverissa. Työntekijät tekevät erillisen selvityksen tapahtumien kulusta ensihoitotehtävällä siltä varalta, että asiaa käsitellään myöhemmin.

Palautteesta tiedotetaan liiketoimintajohtajalle. Korjaavat toimenpiteet aloitetaan välittömästi. Kirjallisiin muistutuksiin vastataan vastineella mahdollisimman nopeasti.

Saadusta palautteesta keskustellaan henkilöstön kanssa rakentavasti henkilöstöpalaverien yhteydessä. Henkilöstön kanssa keskustelussa keskeisenä aiheena on 1) mitkä syyt johtivat palautteeseen ja 2) miten vastaavan tapahtuminen vältetään tulevaisuudessa. 3) Ratkaisut tuodaan koko henkilökunnan tietoon. 4) Toimintaa kehitetään palautteiden perusteella. Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset käsitellään vuosittain henkilöstön kanssa.

Saatu palaute huomioidaan menettelyohjeiden, työohjeiden, prosessien ja toiminnan suunnittelussa ja palautteen myötä muutettujen toimintamallien ja ohjeiden jalkautumista seurataan.

Omavalvonnan riskienhallinta

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimeenpanon lähtökohta. Ilman riskien tunnistamista ei riskejä voi ennaltaehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin voida puuttua suunnitelmallisesti. Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtien uhkia tulee arvioida monipuolisesti asiakkaan saaman palvelun näkökulmasta.

Riskit voivat aiheutua esimerkiksi riittämättömästä henkilöstömitoituksesta tai toimintakulttuurista esim. riskejä voi aiheutua perusteettomasta asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, fyysisestä toimintaympäristöstä (esim. esteettömyydessä ja toimitilojen soveltuvuudessa esiintyy ongelmia tai vaikeakäyttöiset laitteet). Usein riskit ovat monien toimintojen summa.

Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen keskusteluilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä havaintojaan.

Riskienhallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskienhallintaan kuuluu suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi. Osana riskienhallinnan toimeenpanoa toteutuneet haittatapahtumat kirjataan, analysoidaan, raportoidaan ja toteutetaan korjaavat toimenpiteet. Esihenkilön vastuulla on perehdyttää henkilökunta omavalvonnan periaatteisiin ja toimeenpanoon mukaan lukien henkilökunnalle laissa asetettuun velvollisuuteen ilmoittaa asiakasturvallisuutta koskevista epäkohdista ja niiden uhista. Riskienhallinta ja omavalvonta ovat osa joka päivästä arjen työtä palveluissa.

Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Vastuu palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta ja riskienhallinnan organisoiminen

Riskien arviointi ja hallinta kuuluu jokaiselle työntekijälle ja vastuu voi muodostua velvollisuudesta raportoida havaittu riski aina velvollisuuteen suunnitella toimenpiteet ja huolehtia niiden toteutuminen, riippuen työtehtävästä. Riskienhallinnan prosessi ja päävastuut on kuvattu riskienhallintapolitiikassa.

Toiminnasta vastaavan johdon ja esihenkilöiden tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa

turvallisuusasioista. Toiminnasta vastaavien on huolehdittava siitä, että turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Esihenkilön vastuulla on saada aikaan myönteinen asenneympäristö turvallisuuskysymysten käsittelylle. Riskienhallinta vaatii sitoutumista ja aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Riskienhallinnan luonteeseen kuuluu, ettei työ ole koskaan valmista.

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

Palveluyksikön toiminnan riskien tunnistaminen ja asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta palveluyksikön toiminnan keskeiset riskit

Riskienhallinta koostuu kattavasta ja säännöllisestä riskien arvioinnista sekä niiden tunnistamisesta. Riskienhallinta on kiinteänä osana päivittäistä tekemistä ja ulottuu kaikkeen suunnitteluun, päätöksentekoon, tekemiseen seurantaan ja arviointiin, minkä lisäksi suoritetaan erillisiä systemaattisia riskikartoituksia. Tavoitteena on tunnistaa, mitata ja hallita sellaisia riskejä, jotka uhkaavat yhtiön toimintaa, asiakas- tai työturvallisuutta. Huolellisen riskienhallintatyön myötä kyetään tiedostamaan ja hallitsemaan riskejä, jotka vaikuttavat henkilöstöön, asiakkaisiin, palveluihin, maineeseen, omaisuuteen, pääomaan sekä yhtiön toimintakykyyn normaali- ja poikkeusoloissa.

Toimipaikkakohtaiset riskikartoitukset tehdään Falcony-järjestelmän avulla erillisen ohjeistuksen mukaisesti. Toimintaa arvioidaan eri näkökulmista, minkä myötä tunnistetaan, raportoidaan ja arvioidaan riskit. Raportoitujen havaintojen myötä suunnitellaan toimenpiteiden tarve ja seurataan niiden toteutuminen. Uusia riskejä havainnoidaan ja jo tunnistettujen riskien tilannetta seurataan vuosittaisilla kartoituksilla.

Riskikartoitusten lisäksi merkittävässä roolissa riskien tunnistamisessa ja niihin reagoimisessa on aktiivinen arjen poikkeamien ja palautteiden raportointi, poikkeamien juurisyiden analysointi sekä raportoitujen havaintojen analyysien hyödyntäminen laajasti läpi konsernin.

Keskeisimmät riskit ja niiden käsittelytoimenpiteet ja toimenpiteiden status ovat kirjattuna yksikön viimeisimmän Asiakaskokemukseen ja -turvallisuuteen sekä ympäristöön ja poikkeusoloihin liittyvien riskien kartoituksen raportissa.

Riskienhallinnassa tunnistettujen riskien suuruuden ja palvelutoimintaan vaikutuksen arviointi

Jokainen tunnistettu riski raportoidaan Falcony-järjestelmän avulla erillistä käsittelyä varten ja riskin tunnistamisen yhteydessä arvioidaan riskin todennäköisyys (*1 - Riskin toteutuminen on erittäin epätodennäköistä, 2 - Riskin toteutuminen on epätodennäköistä, 3 - Riskin toteutuminen on mahdollista, 4 - Riskin toteutuminen on todennäköistä*) sekä riskin vaikutukset (*1 - Riskin toteutumisen vaikutukset olisivat pieniä, 2 - Riskin toteutumisen vaikutukset olisivat melko pieniä, 3 - Riskin toteutumisen vaikutukset olisivat melko suuria, 4 - Riskin toteutumisen vaikutukset olisivat erittäin merkittäviä*), joista muodostuu riskin luokitus ja suuruus. Riskien todennäköisyys ja vaikutukset uudelleenarvioidaan vuosittain myös aiemmin tunnistettujen ja käsiteltyjen riskien osalta.

Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Palveluyksikön toimintaan ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvien riskien ennaltaehkäisy ja hallinta

Jokainen tunnistettu riski, poikkeama, palaute tai kehitysidea raportoidaan Falcony-työkalulla erillisenä havaintona ja vastuutetaan käsiteltäväksi yksikön päällikölle. Yksikön päällikkö vastaa toimenpiteiden suunnittelusta ja toimeenpanosta kunkin havainnon edellyttämässä laajuudessa. Toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi seuranta, varautuminen, ohjeistus, huomioiminen toimintasuunnitelmassa, muutos prosessissa/työnkulussa. Myös toimenpiteiden tilaa seurataan havaintokohtaisesti.

Riskienhallintakeinojen toimivuuden ja riittävyyden varmistaminen

Riskienhallintakeinojen toimivuutta ja riittävyyttä arvioidaan konsernitasoisesti laaturyhmän ja johtoryhmän toimesta seuraamalla kartoitusten ja havaintojen trendejä laajemmin sekä riskikartoitusten tulosten että havaintojen määrien, tyyppien ja vakavuusasteiden muutosten perusteella. Riskienhallintakeinojen toimivuuden ja riittävyyden varmistamiskeinoina toimivat myös sisäiset ja ulkoiset auditoinnit sekä sisäiset tarkastukset. Muutoksiin reagoidaan kulloisenkin tarpeen mukaisesti.

Kuvaus, miten varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla

Riskienhallinnan prosessissa sovitaan todettujen haittatapahtumien ja epäkohtien korjaamiseen liittyvistä toimenpiteistä. Muutosta vaativien laatupoikkeamien juurisyyt selvitetään ja suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet muutoksen aikaansaamiseksi. Haittatapahtumat ja epäkohdat, korjaavat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet, vakavuusluokittelu sekä toimenpiteiden ja käsittelyn tila dokumentoidaan Falcony-järjestelmään.

Vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettely

Vaaratapahtuma kirjataan poikkeamahavaintona Falcony-järjestelmään ja vakavan vaaratapahtuman ollessa kyseessä ilmoitetaan viivytyksettä myös erikseen suoraan esihenkilölle tai johdolle. Vaaratapahtuma, joka edellyttää korjaavia tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä useassa toimipisteessä tai yksikössä, annetaan tiedoksi myös liiketoiminnon laatuvastaavalle, joka vastaa poikkeaman käsittelystä yksikkötasolla ja/tai Onnin laaturyhmässä.

Poikkeaman käsittelyssä arvioidaan poikkeaman vakavuutta ja vaikutuksia sekä suunnitellaan ja toteutetaan tarvittavat korjaavat toimenpiteet, pyydetään tarvittaessa lisätiedot.

Toimenpiteiden tarpeellisuuden arviointi ja toteutettavat toimenpiteet kirjataan poikkeamalomakkeelle Falcony-järjestelmässä. Käsittelijä analysoi ja kirjaa ylös myös poikkeaman juurisyyn, jonka perusteella on mahdollista oppia ennakoimaan ja välttämään vastaavat vaaratapahtumat.

Vaaratilanteet käydään läpi työyhteisössä ja vaaratilanteiden opit ja korjaavat toimenpiteet jaetaan. Raportoimme epäkohdat, ongelmat ja läheltä piti -tilanteet avoimesti ja syyllistämättä; pyrimme oppimaan paitsi omista myös toistemme tekemisistä.

Laatuvastaavat varmistavat, että poikkeamat on käsitelty aikataulussa ja laadukkaasti. Poikkeamat käydään läpi kuukausittain liiketoimintojen laatuvastaavien johdolla. Laaturyhmä käy läpi vakavat poikkeamat säännöllisissä kokouksissa ja varmistaa suunniteltujen toimenpiteiden toteutumisen.

Vaaratapahtumien yhteydessä tulee harkita aina myös tilanteen jälkipuinnin (defusing) tarve erillisen ohjeistuksen mukaisesti.

Palveluntuottajan ja henkilöstön valvontalain 29 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden ja -oikeuden toteuttamista sekä muita mahdollisia lakisääteisiä ilmoitusvelvollisuuksia koskevat menettelyohjeet

Työntekijän on ilmoitettava viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan palvelujen toteuttamisessa. Ilmoituksen vastaanottaneen toiminnasta vastaavan esihenkilön tulee käynnistää toimet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi ja ellei niin tehdä, ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava ja ilmoituksen tehnyt henkilö voi ilmoittaa asiasta salassapitosäännösten estämättä valvontaviranomaiselle. 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 tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa minkäänlaisia kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena.

Riskien toteutuessa esihenkilön tehtävänä on esittää korjaavat toimenpiteet, jotka käsitellään ja toteutetaan ongelman laajuuden ja vakavuuden mukaisella aikataululla ja toimintatavalla. Vakavat puutteet ja ongelmat tulee pyrkiä korjaamaan heti, ja niistä tulee tiedottaa organisaatiossa laajasti.

Kuvaus, miten henkilöstölle tiedotetaan ilmoitusvelvollisuuksista ja -oikeuksista ja niiden käytöstä

Henkilöstö perehdytetään ilmoitusvelvollisuuteen sekä -oikeuteen osana omavalvonnan perehdytystä sekä säännöllisesti muistuttaen. Yksikön henkilöstö on sitoutunut aktiiviseen havaintojen tekemiseen ja raportointiin.

Valvovien viranomaisten selvityspyyntöjen, ohjauksen ja päätösten käsittely ja huomioiminen palveluyksikön riskienhallinnassa

Selvityspyynnön vastaanottaja kirjaa selvityspyynnön Falcony-järjestelmään välittömästi sen saatuaan ja vastuuttaa oikean tahon selvityspyynnön käsittelijäksi. Selvityksen käsittelijä kuulee/pyytää selvitykset kaikilta osallisilta. Käsittelijä laatii kirjallisen selvityksen vastineeksi selvityspyyntöön, joka lähetetään selvitystä pyytäneelle taholle ja tallennetaan Falcony-järjestelmään. Asian käsittelyn jälkeen selvitystä pyytäneeltä taholta saatu päätös tallennetaan osaksi käsiteltävää selvityspyyntöä Falcony-järjestelmään, toteutetaan mahdollisesti tarvittavat toimenpiteet ja kun kaikki tarvittavat toimenpiteet on toteutettu, merkitään selvitys suljetuksi.

Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

Riskienhallinnan toimivuuden seuranta ja arviointi

Riskienhallintakeinojen toimivuutta ja riittävyyttä arvioidaan konsernitasoisesti laaturyhmän ja johtoryhmän toimesta seuraamalla kartoitusten ja havaintojen trendejä laajemmin sekä riskikartoitusten tulosten että havaintojen määrien, tyyppien ja vakavuusasteiden muutosten perusteella. Riskienhallintakeinojen toimivuuden ja riittävyyden varmistamiskeinoina toimivat myös sisäiset ja ulkoiset auditoinnit sekä sisäiset tarkastukset. Muutoksiin reagoidaan kulloisenkin tarpeen mukaisesti.

Hygieniaohjeiden ja infektiotorjunnan toteutumisen seuranta

Tartuntatautilain 17 §:n mukaan toimintayksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Toimintayksikön johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta. Johtajan on huolehdittava asiakkaiden ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisesta suojauksesta ja sijoittamisesta sekä mikrobilääkkeiden asianmukaisesta käytöstä.

Kaikille työntekijöille perehdytetään hygieniakäytäntöjen ja aseptiikan perusteet, sisältäen erityisesti käsien pesemisestä ja desinfektiosta huolehtimisen, aseptisen työjärjestyksen noudattamisen sekä suojainten oikeaoppisen käytön. Työohjeissa korostetaan käsihygienian merkitystä. Työntekijöiden käyttöön hankitaan tarvittavat suojavälineet ja ohjeistetaan niiden käyttö.

Riittävällä rokotussuojalla voidaan ehkäistä infektiotautien leviämistä (erityisesti influenssa).

Puutteelliseen tai hygieniaohjeiden vastaiseen toimintaan puututaan viivytyksettä ja ohjeistetaan henkilöstöä noudattamaan oikeita menettelytapoja. Epäily ohjeiden vastaisesta toiminnasta voi herätä esimerkiksi poikkeavan suojaus-, hygienia- tai desinfektiotarvikkeiden kulutuksen perusteella tai infektiosairauksien lisääntyneestä ilmaantuvuudesta. Myös kohonnut työntekijöiden sairaslomien määrä antaa aihetta tarkastella hygieniaohjeiden noudattamista ja infektiotorjunnan toteutumista.

Vaara- ja haittatapahtumien raportointikäytännöt

Haittatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn kuuluu niistä ilmoittaminen viivytyksettä, niiden kirjaaminen, analysointi ja raportointi. Vaara- ja haittatapahtumista ilmoittaminen ja niiden kirjaaminen on jokaisen onnilaisen tehtävä. Havainnot saatetaan viivytyksettä toiminnasta vastaavan tietoon. Haittatapahtumien käsittelyyn kuuluu myös niistä keskustelu työntekijöiden, asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Jos tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut haittatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta.

Henkilöstön riskienhallinnan osaaminen varmistaminen

Henkilökuntaa osallistetaan aktiivisesti riskien kartoittamiseen ja tunnistamiseen sekä havaintojen tekemiseen. Tunnistetut/havaitut riskit ja niiden toimenpiteet sisällytetään arjen toiminnan suunnitteluun sekä ohjeisiin, joiden kertaaminen ja sisäistäminen varmistetaan normaalin osaamisen ylläpitämisen yhteydessä. Riskienhallinnasta ja sen pohjalta tehdyistä havainnoista muutoksista keskustellaan avoimesti työyhteisön kanssa. Osaamisen tasoa varmistetaan seuraamalla kyseiseen riskiin liittyviä havaintoja (esim. poikkeamat, läheltä piti -tilanteet).

Ostopalvelut ja alihankinta

Kuvaus, miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa *(mikäli palveluyksikössä käytetään ostopalveluita tai alihankintaa)*

Palveluyksikössä ei käytetä alihankintaa.

Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Onnilla on organisaatiotasoinen valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma, joka päivitetään vuosittain laaturyhmän toimesta. Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelmassa kuvataan konsernin yleiset valmiuden ylläpitämisen ja jatkuvuudenhallinnan yleiset periaatteet. Suunnitelmaa tarkastellaan ja päivitetään tarpeen mukaan, jotta se on ajantasainen ja vastaa konsernin tarpeita.

Onnin valmiutta ja jatkuvuudenhallintaa ylläpidetään ulottamalla niiden arviointi kaikkeen päivittäiseen tekemiseen, ohjeistuksiin sekä toimintaan ja hallinnan periaatteita kuvataan sen vuoksi useissa eri suunnitelmissa ja ohjeissa, jotka osaltaan täydentävät ko. suunnitelmaa. Valmiuden ja jatkuvuudenhallinnan edellytyksenä on toimintaympäristön tuntemus, ennakointi, toimintamallien ja ohjeiden säännöllinen ylläpitäminen sekä niiden noudattaminen ja kattava, systemaattinen riskien arviointi.

Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnittelun tavoitteena on tukea organisaation strategisia tavoitteita sekä ydinprosesseja häiriötilanteiden varalta sekä turvata liiketoiminnan jatkuvuus. Valmiutta ja jatkuvuudenhallinnan edellytyksiä arvioidaan sekä sisäisin että ulkoisin menetelmin.

Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Toimeenpano

Kuvaus, miten palveluyksikössä 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.

Omavalvontasuunnitelma käydään läpi työntekijän kanssa osana perehdytystä. Omavalvontasuunnitelman keskeisiä osa-alueita käydään läpi henkilöstöpalavereissa kuukausittain ja omavalvonnallisista teemoista viestitään muutoinkin arkisesti henkilöstötiedotteissa ja keskusteluissa.

Kuvaus, miten omavalvontasuunnitelman ja siihen tehtävien päivitysten asianmukainen toteutuminen varmistetaan palveluyksikön päivittäisessä toiminnassa

Yksikön omavalvontasuunnitelman toteutumisen seurannasta vastaa toimipisteen tiimiesihenkilö. Omavalvontasuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti osana päivittäistä johtamistyötä ja erikseen henkilöstöpalavereissa. Omavalvontasuunnitelman toteutumisen arvioinnissa hyödynnetään myös kerättäviä tietoja esim. asiakaspalautteiden arvioinneista ja läheltä piti -tilanteiden läpikäymisistä.

Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelman julkaisu ja nähtävillä pito palveluyksikössä

Ajantasainen ja hyväksytty omavalvontasuunnitelma julkaistaan konsernin internetsivuilla www.onnion.fi sekä pidetään nähtävillä palveluyksikön toimitiloissa.

Kuvaus, miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelma pidetään ajan tasalla ja siihen tehtävät päivitykset julkaistaan viiveettä

Omavalvontasuunnitelman päivittämisessä ja julkaisemisessa huomioidaan palveluissa, niiden laadussa ja asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset. Toimintaohjeisiin tulleet muutokset kirjataan viiveettä omavalvontasuunnitelmaan ja niistä tiedotetaan henkilökunnalle.

Kuvaus, miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan

Omavalvonnan toteutumista seurataan yksiköissä jatkuvasti sekä Onnin laaturyhmän toimesta kvartaaleittain raportoitujen havaintojen, poikkeamien ja palautteiden osalta sekä määritellään tarvittavat muutos-/kehitystoimet.

Omavalvonnan toteutumisen seurannan raportointi

Laaturyhmän seurannasta laaditaan koonti havainnoista, poikkeamista ja palautteista sekä niiden pohjalta tarvittaessa tehtävistä muutoksista. Em. koontiin perustuva raportti julkaistaan konsernin internetsivuilla www.onnion.fi neljännesvuosittain. Tämän lisäksi julkaisemme vuosittain toimintakertomuksen, vastuullisuusraportin sekä laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman, jotka toimivat myös osaltaan omavalvonnan säännöllisen seurannan ja toteutumisen raportoinnin välineinä.

Hyväksyntä ja allekirjoitus

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa toimintayksikön vastaava johtaja

*(*Mikäli palveluyksikössä tuotetaan terveydenhuollon palveluita, omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja)*

Päiväys 22.1.2026

Allekirjoitus

Nimen selvennys Riika Merivirta