

Sosiaali- ja terveydenhuollon omavalvontasuunnitelma

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö sr	Palveluntuottajan Y-tunnus 0243004-7	SOTERI-rekisteröintinumero 1.2.246.10.2430047.10.0
Postiosoite PL 365		
Postinumero 90101	Postitoimipaikka Oulu	
Sähköposti mikko.lapola@odl.fi (toimitusjohtaja)		

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi Traumakuntoutus KITU (Kidutettujen kuntoutus)	Puhelinnumero 050 312 8349/ palvelusihteeri
Postiosoite PL 365	
Postinumero 90101	Postitoimipaikka Oulu
Sähköposti	
Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön nimi tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet Jaana Ukonaho	Puhelinnumero 050 312 5755
Postiosoite PL 365	
Postinumero 90101	Postitoimipaikka Oulu
Sähköposti jaana.ukonaho@odl.fi	

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Mitkä ovat palveluyksikön ja omavalvontasuunnitelman kattamat palvelut? Mitä palveluita tuotetaan ja mille asiakasryhmille palveluita tuotetaan?

Traumakuntoutus KITU tarjoaa kuntoutuspalveluita kidutuksen kohteeksi joutuneille 16–65-vuotiaille maahan muuttaneille sekä luo toimivia hoito- ja kuntoutusketjuja kuntoutujan verkostojen kanssa.

Missä toimintayksikössä palveluja tuotetaan? Miten niitä tuotetaan (esim. onko kyseessä läsnäpalvelu vai etäpalvelu)?

Kuntoutus toteutuu Traumakuntoutus KITU:n tiloissa. Osa tapaamisista on mahdollista toteuttaa etäyhteyden välityksellä.

Mikä on palveluyksikön toiminta-ajatus? Mitkä ovat sen toimintaperiaatteet?

(Asiakas- ja potilasmäärät sekä -ryhmät. Tuotetaanko palveluja ostopalveluna tai alihankintana toiselle palveluntuottajalle tai -järjestäjälle? Tuotetaanko palveluja sopimuksen perusteella suoraan asiakkaalle tai potilaalle? Hankitaanko palveluja toiselta palveluntuottajalta?)

Oulun Diakonissalaitoksen säätiö sr. (ODL) on vastuullinen, pohjoissuomalainen hyvinvoinnin edistäjä ja suunnannäyttäjä. Traumakuntoutus KITU:ssa toimitaan asiakaslähtöisesti, vastuullisesti ja ODL:n arvojen: ihmisläheisyys, oikeudenmukaisuus, tuloksellisuus ja edelläkävijäyys mukaisesti.

Traumakuntoutus KITU on lähetteellinen, asiakkaalle maksuton palvelu. Palveluun hakeudutaan lähetteellä ja oman hyvinvointialueen myöntämällä maksusitoumuksella. Asiakkaan kuntoutus alkaa alkukartoitusjaksolla, jonka jälkeen tarjotaan kuntoutusta kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Kuntoutukseen voi kuulua terapeutin, fysioterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykiatrian erikoislääkärin vastaanottoja, psykoedukaatiota, ryhmäkuntoutusta ja retkiä. Ostopalveluna toteutetaan psykoterapeutin palvelut ja osa psykiatrian erikoislääkärin palveluista.

Traumakuntoutus KITU tarjoaa koulutus- ja konsultaatiopalveluita sosiaali- ja terveydenhuollon ja kolmannen sektorin toimijoille. Palveluiden avulla jaetaan tietoa kidutustrauaman tunnistamisesta, kohtaamisesta ja hoidosta ja siten tuetaan asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutumista.

Minkä hyvinvointialueen alueilla palveluja tuotetaan?

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Pohde, Lapin hyvinvointialue Lapha, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite, Kainuun hyvinvointialue.

Millaisia menettelytapoja noudatetaan, kun tarjotaan palveluita yksityisasiakkaille (esim. palvelusopimuksen ja palvelusuunnitelman laatiminen)?

Palveluun hakeudutaan lääkärin lähetteellä ja oman hyvinvointialueen myöntämällä maksusitoumuksella. Asiakkaille laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jonka mukaan kuntoutusta toteutetaan. Palveluun ei ohjata 1.2. alkaen uusia asiakkaita.

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelman päiväys	Omavalvontasuunnitelman versiomerkinnot
30.3.2026	versio 2

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Kuka vastaa sähköisen omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta? Kuka hyväksyy omavalvontasuunnitelman?

Omavalvontasuunnitelma laaditaan yhteistyössä ODL:n lääketieteellisen johtajan, laatu- ja henkilöstöpäällikön sekä Traumakuntoutus KITU:n palvelusta vastaavien henkilöiden, yksikön palvelupäällikön, palveluvastaavien sekä palvelukoordinaattorin, kanssa. Lääketieteellinen johtaja allekirjoittaa omavalvontasuunnitelman.

Lääketieteellinen johtaja huolehtii Traumakuntoutus KITU:n moniammatillisen tiimin sekä yksikön esihenkilöiden kanssa omavalvontasuunnitelmaa koskevien ja laissa säädettyjen velvollisuuksien ja ohjeiden päivittämisen suunnitelmaan.

Omavalvontasuunnitelma ja sen toteutuminen tarkastetaan kvartaaleittain Traumakuntoutus KITU:n tiimipalaverissa Traumakuntoutus KITU:n palvelukoordinaattorin ja palveluvastaavan toimesta. Tarkastuksen yhteydessä havaituista ja muista toiminnasta esiin nousseista päivitystarpeista sekä asiakirjan päivittämisestä vastaavat Traumakuntoutus KITU:n palvelukoordinaattori ja palveluvastaava. Lääketieteellinen johtaja allekirjoittaa ja vahvistaa omavalvontasuunnitelman päivityksen jälkeen. Muutokset käydään läpi Traumakuntoutus KITU:n henkilöstön kanssa ja päivitetty suunnitelma tuodaan sähköiseen järjestelmään sekä näkyville asiakastiloihin.

Omavalvontasuunnitelma vahvistetaan aina vuosittain.

Mitkä ovat palveluyksikön omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä? (Kuvauksessa on otettava huomioon palvelualakohtaisen lainsäädännön mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen toiminnasta vastaavat henkilöt ja heidän tehtävänsä.)

Toimintaa johtaa Lääketieteellinen johtaja, jolla on Valviran edellyttämä terveydenhuollon koulutus.

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?

Vastuuhenkilö varmistaa, että palvelua toteuttava henkilökunta on riittävästi koulutettua ja perehdytettyä ja tarvittavaa resurssia on riittävästi. Vastuuhenkilö seuraa toiminnan toteutumista käytännössä eri palaverikäytännöillä ja arjen työtä seuraamalla. Havaitut poikkeamat kirjataan ja käsitellään prosessin mukaisesti. ODL:lla on omavalvontaohjelma, joka määrittelee omavalvonnan reunaehdot ja vastuuhenkilön säännölliset toimet sen mukaisesti.

Miten varmistetaan henkilöstön omavalvonnan osaaminen ja sitoutuminen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan?

Henkilöstö tuntee omavalvontasuunnitelman ja tietää mistä sen löytää. Muutokset toiminnassa ja omavalvontasuunnitelmassa käydään yhdessä läpi säännöllisin väliajoin. Omavalvontasuunnitelman läpikäyminen henkilöstön kanssa on nivottu osaksi esihenkilötyön vuosikelloa.

Miten omavalvontasuunnitelman ja sen päivitysten asianmukainen toteutuminen varmistetaan palveluyksikön päivittäisessä toiminnassa?

Palvelun vastuuhenkilö varmistaa, että henkilöstö tuntee omavalvontasuunnitelman ja on perehdytetty siihen ja toimii sen mukaisesti. Suuremmista muutoksista toiminnassa ja omavalvontasuunnitelmassa tehdään tarvittaessa erillinen työohje. Palvelua tuotetaan sitä koskevien sopimusten ja ODL:n prosessien mukaisesti sekä noudatetaan voimassa olevia toimintaan liittyviä lakeja, asetuksia ja viranomais määräyksiä.

Miten omavalvontasuunnitelma julkaistaan (esim. tietoverkossa tai tiedotteena asiakkaille ja potilaille)? Miten omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävänä palveluyksikössä?

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan ODL:n verkkosivustolla ja pidetään henkilöstön ja asiakkaiden nähtävillä palveluyksiköissä.

Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelma pidetään ajan tasalla ja siihen tehtävät päivitykset julkaistaan viiveettä?

Toimintaa koskevat merkittävät muutokset käsitellään yhteisissä kokouksissa, jossa todetaan omavalvontasuunnitelman päivityksen tarve. Vastuuhenkilö tekee päivityksen ja huolehtii, että uusin versio on henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla.

Miten omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään?

Aiemmat versiot säilytetään sähköisessä toimintajärjestelmässä (IMS).

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon?

Asiakas pääsee palveluun lähettävien tahojen (Pohjois-Suomen hyvinvointialueet) kanssa sovitun prosessin mukaisesti. Hyvinvointialueen viranhaltijat laativat asiakkaalle lähetteen ja maksusitoumuksen ja Traumakuntoutus KITU toteuttaa palvelun asiakkaalle päätöksen mukaisesti.

Palveluun ei ohjata 1.2. alkaen uusia asiakkaita. Palvelusta vastaavat siirtymävaiheen jälkeen hyvinvointialueet.

Miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa? Miten tuottaja huolehtii ja vastaa alihankkijan tuottaman palvelun laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta?

Ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa tuottajalta edellytetään omaa omavalvontasuunnitelmaa ja sitoutumista ODL:n laatuvaatimuksiin. Osaaminen ja laatu ja varmistetaan hankintamenettelyn yhteydessä.

Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
<p><i>Palveluita koskevien riskien tunnistaminen, arviointi sekä ehkäisy- ja hallintatoimet toteutetaan ODL:lla käytössä olevan laatujärjestelmän ISO 9001 mukaisesti. Laatujärjestelmän toimivuutta ja toteutumista auditoidaan vuosittain sekä sisäisellä että ulkoisella auditoinnilla.</i></p>		

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinaatio

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan ja potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan? (Minkä tahojen kanssa palveluyksikkö muun muassa tekee monialaista yhteistyötä.)

Kirjaukset vastaanottokäynneistä tehdään potilastietojärjestelmään, Mediatrī. Asiakasta informoidaan Kanta-arkistosta asiakkuuden alussa. Asiakas voi hallita Kanta-informointia, luovutuslupaa ja -kieltojaan Omakanta-palvelussa. Hän voi lisätä tai poistaa antamansa luovutusluvan milloin tahansa Omakanta-palvelun kautta tai myös sallia tiedon luovutuksen hätähaun yhteydessä. Asiakkaan Omakanta-palvelusta lisäämät merkinnät päivittyvät automaattisesti Kanta-arkistosta Mediatrīn tietoihin. Mediatrīssa näkyvä tieto on siten aina ajantasainen kopio Kanta-arkistossa olevasta tiedosta. Uuden asiakastietolain mukainen Kanta-informointi sisältää eResepti-informoinnin.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi Jaana Ukonaho		Tehtävänimike Yksikönjohtaja
Postiosoite PL 365		Puhelinnumero 050 312 5755
Postinumero 90101	Postitoimipaikka Oulu	
Sähköposti jaana.ukonaho@odl.fi		

Mitä valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan palveluysikkötasolla? Miten näiden toimivuus varmistetaan? (Kuvaa siltä osin kuin tieto ei ole turvaluokiteltua.)

Valmius ja jatkuvuudenhallinta on osa ODL:n turvallisuustoimintaa. Turvallisuustoiminnan päämääränä on turvata ihmiset, omaisuus, tieto, maine ja ympäristö onnettomuuksilta, vahingoilta ja rikoksilta. ODL:lla toimitaan yleistä lainsäädäntöä, paikallisia määräyksiä ja ODL:n turvallisuusohjeistuksia noudattaen. Henkilöstö perehdytetään turvallisuusasioihin ODL:n perehdytysohjelman mukaisesti. Henkilöstölle järjestetään palvelutoimintaa tukevaa turvallisuuskoulutusta.

Organisaatiossa on useita määräajoin toteutettavia turvallisuuteen liittyviä tehtäviä, joista esihenkilöiden ja turvallisuuden vastuuhenkilöiden tulee huolehtia. Turvallisuuden vuosikelloon on koottu tällaisia määräajoin toteutettavia tehtäviä, päivitettäviä ja tarkastettavia asioita, sekä aikataulutettu tehtävät ja muut tulevat turvallisuuteen liittyvät tapahtumat. Turvallisuuden vuosikellon tehtävien seurantaan on olemassa turvallisuuden määräaikaistehtävien seurantalomake.

Vakavamman häiriötilanteen sattuessa, esim. pitkäkestoinen sähkökatko tai yleinen vaaratilanne, palveluysiköt tilapäisesti suljetaan tai asiakkaille järjestetään jotakin korvaavaa toimintaa ja palvelua häiriön ajaksi esim. etäyhteyksin.

Miten palveluntuottaja varmistaa, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun, esim. palveluysikön henkilöstön sairastumistilanteissa?

Asiakasprosessi käynnistetään, kun moniammatillisella työryhmällä on mahdollisuus toteuttaa koko palveluprosessi täysipainoisesti ja pitkäkestoisesti. Vastaanottoajat varataan 1–2 kuukauden ajalle ja varmistetaan viimeistään edellisen käyntikerran yhteydessä. Asiakas saa kutsukirjeen varatuista ajoista sekä luvallaan tekstiviestimuistutteen vuorokautta ennen varattua aikaa.

Työntekijöiden satunnaiset poissaolot hoidetaan sisäisin sijaisjärjestelyin tai siirtämällä asiakastapaaminen seuraavaan mahdolliseen ajankohtaan. Pitkäkestoisiin poissaoloihin palkataan sijainen, joka perehdytetään tehtävään asianmukaisesti.

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Mitkä ovat palveluntuottajan palveluysikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat? (Näihin kuuluvat palvelun arvioinnissa käytössä olevat laadunhallinnan työkalut ja mittarit sekä keinot, joilla palveluiden laatu varmistetaan. Kuvauksessa on otettava huomioon mahdolliset erityislainsäädännössä (esim. lastensuojelulaki, vammaispalvelulaki) palveluille asetetut laatuvaatimukset.)

Palveluntuottaja edellyttää henkilöstöltä pätevyysvaatimusten toteutumista sekä toimimista lain ja asetusten mukaisesti. Se edellyttää, että palveluysikön prosessit on kuvattu, asiakastytyväisyyttä mitataan säännöllisesti ja toimintaa kehitetään annettujen palautteiden pohjalta. Lisäksi huomioidaan mahdolliset ulkopuolisen rahoittajan edellyttämät laatuvaatimukset ja mittarit.

ODL:lla on käytössä laatujärjestelmä, johon edellä mainitut asiat sisältyvät ja niitä seurataan laatujärjestelmän edellyttämällä tavalla (esim. säännölliset auditoinnit).

<p>Kuka vastaa palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta ja miten riskienhallinta on organisoitu?</p> <p><i>Yksikönjohtaja</i></p>
<p>Miten palveluyksikön palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti? Millaisia menettelytapoja varmistamisessa käytetään (<i>esim. tunnistaminen, tarkistuslistat tms.</i>)?</p> <p><i>Kaikissa palveluissa asiakkaiden tunnistaminen varmistetaan tarkistamalla asiakkaiden ja potilaiden henkilöllisyys. Palvelutoiminnassa työskentelevä henkilöstö opastetaan käytössä olevien työvälineiden ja -laitteiden käyttöön. Laitteet huolletaan säännöllisesti. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan lääkeluvuin. Kiinteistöissä kiinteistöturvallisuuteen liittyvät on seikat huomioitu keskitetysti ODL:n kiinteistöpalvelun toimesta sekä palveluittain nimettyjen turvallisuuden aluevastaavien toimesta. Nämä muodostavat yhdessä työturvallisuushenkilöstön kanssa ODL:n turvallisuusorganisaation, joka kokoontuu säännöllisesti katselmoimaan ja kehittämään erilaisia esiin nousseita turvallisuuteen liittyviä havaintoja ja seikkoja.</i></p>
<p>Miten varmistetaan digitaalisten ja etänä annettavien palveluiden turvallisuus ja laatu?</p> <p><i>ODL on määritellyt tietoturvalliset toimintaperiaatteet etänä toteutuvalla asiakas- ja potilastyölle.</i></p>

3.3.2 Toimitilat ja välineet

<p>Toiminnassa käytettävät toimitilat (Näihin kuuluvat toimintaympäristö sekä välineet ja niiden turvallisuus, turvallinen käyttö ja soveltuvuus tarkoitukseensa. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset vaatimukset, jotka tulevat palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä.)</p> <p><i>Asiakkaille on varattu odotusaula. Asiakastyö toteutuu erillisissä vastaanottohuoneissa ja ryhmätoimintatiloissa. Asiakkaiden käytössä on asiakas-wc. Tilat on tarkastettu asianmukaisesti ja todettu käyttötarkoitukseen soveltuviksi. Kulku toimitiloihin on esteetön, käytössä on hissi.</i></p>
<p>Yksikön tilojen terveellisyys (<i>Terveellisyyteen vaikuttavat sekä kemialliset ja mikrobiologiset epäpuhtaudet että fysikaaliset olosuhteet. Näihin kuuluvat muun muassa sisäilman lämpötila ja kosteus, melu (ääniolosuhteet), ilmanvaihto (ilmanlaatu), säteily ja valaistus.</i>)</p> <p><i>Tilojen terveellisyyttä seurataan säännöllisesti eri menetelmin, mm. lakisääteiset työpaikkaselvitykset ja henkilöstön tekemä arviointi työn ja työympäristön riskeistä ja vaaroista. ODL Kiinteistöpalvelut seuraa tilojen terveellisyyttä säännöllisesti asiasta tehtävien poikkeamien, ilmoitusten ja havaintojen perusteella. Kiinteistöpalvelut myös toteuttaa tarvittavat toimenpiteet havaittujen puutteiden selvittämiseksi ja korjaamiseksi.</i></p>
<p>Toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä myönnetty viranomaishyväksynät ja luvat (<i>esim. klinisen mikrobiologian ja Säteilyturvakeskuksen myöntämät luvat</i>) päivämäärineen. (<i>Kuvauksessa on otettava huomioon toimitilojen omavalvonnan kannalta keskeiset havainnot, jotka ovat käyneet ilmi tarkastuksissa ja hyväksynnöissä.</i>)</p> <p><i>Yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön tarkastuskertomus. Käyttöönottotarkastus. 8. 5. 2018. Tilat ja osaaminen on todettu asianmukaisiksi.</i></p> <p><i>Yksityisen terveydenhuollon palvelujen antamista koskeva luvan muuttaminen. Dnro V/36892/2018. 14.08.2018.</i></p>

<p>Mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit? (Näihin kuuluvat asiakkaan ja potilaan yksityisyyden suoja sekä sen hallintakeinot.)</p> <p><i>Asiakas- ja vastaanottotoimintaa varten on määritelty asianmukaiset tilat, joilla varmistetaan yksityisyyden suojan säilyminen. Laitteiden laiterekisterit ovat ajan tasalla, laitteet huolletaan ja kalibroidaan säännöllisesti. Kemikaaliluettelot ovat ajan tasalla. Vanhentuneet/toimimattomat laitteet, materiaalit ja välineet poistetaan käytöstä asianmukaisella tavalla. Ohjaavat dokumentit ovat sähköisessä toimintajärjestelmässä (IMS) koko henkilöstön saatavilla ja ne päivitetään säännöllisesti vastuuhenkilöiden toimesta.</i></p>
<p>Mitkä ovat toimitilojen ylläpitoa, huoltoa sekä puutteita koskevia ilmoituksia ja tiedonkulkua koskevat menettelyt?</p> <p><i>Palveluissa on käytössä ODL Kiinteistöpalveluiden vikailmoitustilanteisiin liittyvä työilmoituskäytäntö Granlund Manager-järjestelmään ja kiinteistöhuollon päivystys.</i></p>
<p>Mitkä ovat palvelutoimintaan käytettävän kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat? (Esim. kiinteistön omistajan ja käyttäjän välinen vastuunjako-aulukko voidaan liittää osaksi omavalvontasuunnitelmaa.)</p> <p><i>Palvelutoimintaa tuotetaan ODL:n omissa kiinteistöissä. Kiinteistöillä on ajantasaiset pitkän tähtäimen suunnitelmat laadittuna. Kiinteistöistä vastaa ODL Kiinteistöpalvelut.</i></p>

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojaja

<p>Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta</p> <p><i>Yksikönjohtaja</i></p>
<p>Palveluntuottajan tietosuojavastaavan nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot</p> <p><i>Sari Pitkänen, tietosuojavastaava 044 393 2510, tietosuojavastaava@odl.fi</i></p>
<p>Miten palveluyksikön toiminnassa on otettu huomioon EU:n yleisen tietosuojasetuksen ((EU) 2016/679) ja tietosuojalain (1050/2018) vaatimukset tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisesta? (Tietosuojaperiaatteista, osoitusvelvollisuudesta, rekisteröityjen informoinnista, rekisteröidyn oikeuksista, tietosuojavastaavasta sekä tietoturvaloukkauksista löydät tietoa tietosuojavaltuutetun verkkosivuilta.)</p> <p><i>ODL:lla on olemassa tietoturva- ja tietosuojapolitiikka, mitä säännöllisesti katselmoidaan. Tietoturva- ja tietosuojapolitiikkaan liittyviä ohjeita päivitetään säännöllisesti vastaamaan kulloinkin voimassa olevia säädöksiä ja käytänteitä. Henkilötietojen käsittelystä muodostuu käyttötarkoituksen mukaisia rekistereitä, joista on laadittu rekisterikohtaiset Tietosuojaselosteet, jotka ovat asiakkaiden saatavilla toimitiloissa ja ODL:n verkkosivustolla.</i></p> <p><i>Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan lainsäädäntöä ja hyvää käsittelytapaa. Henkilötietoja käsitellään huolellisesti, ja vain ennalta määriteltyyn tarkoitukseen. Henkilöstöä sitoo salassapito- ja vaihtolovelvollisuus, johon työntekijät perehdytetään ja he sitoutuvat vaihtoloon kirjallisesti työsopimuksen laatimisen yhteydessä. Salassapito- ja vaihtolositoumus laaditaan myös eri palveluihin osallistuvien opiskelijoiden, harjoittelijoiden ja työhön tutustujien</i></p>

kanssa. Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti tietosuojaan ja tietoturvaan liittyen. Henkilötietoja saa käsitellä vain työntekijä, jonka työtehtäviin liittyy oikeus käsitellä kyseistä tietoa.

Mahdollisten tietoturvaloukkausten varalle on laadittu henkilöstölle toimintaohje, johon henkilöstö on perehdytetty.

Ajantasaiset asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista koskevat ohjeet katselmoidaan säännöllisesti ja päivitetään vastuuhenkilön toimesta.

Asiakas voi pyytää nähtäväksi itseään koskevia tietoja verkkosivustolla sijaitsevalla lomakkeella tai vapaamuotoisella kirjallisella pyynnöllä. Pyyntöön käsittelyyn on olemassa toimintaohjeet.

Mikäli asiakastietoja on tarpeen luovuttaa kolmansille osapuolille, noudatetaan tässä voimassa olevaa lainsäädäntöä ja ohjeistusta.

Mihin järjestelmiin asiakas- ja potilastietoja kirjataan? Miten tietojen arkistointi hoidetaan?

Asiakas- ja potilastiedot kirjataan käytössä olevaan potilastietojärjestelmään, Mediatri. Potilastietojen kirjaamisessa ja käsittelyssä noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön asetusta potilasasiakirjoista (298/2009) sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Potilasasiakirjojen säilyttämistä ohjaa arkistonmuodostussuunnitelma. Potilastiedot ovat salassapidettäviä ja henkilökunnalla, opiskelijoilla, itsenäisillä ammatinharjoittajilla ja muilla potilastietoja käsittelevillä henkilöillä on salassapito- ja vaitiolovelvollisuus, henkilöstöltä edellytetään vaitiolo- ja käyttäjäsitoumuksia. Potilastietojärjestelmiä käytetään henkilökohtaisesti määritellyillä salasanoilla ja käyttäjätunnuksilla. Tietojen käyttö perustuu hoitosuhteeseen ja muuhun hoitosuhteeseen liittyvään lakiperusteiseen työhön.

Miten asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöoikeuksia hallitaan? Miten varmistetaan, että kullakin työntekijällä on pääsy vain omissa työtehtävissään tarvitsemiinsa tietoihin?

Käyttöoikeuksia hallitaan Hoivatie Oy:n tietohallinnon (ostopalvelu) ja esihenkilöiden toimesta. Käyttöoikeudet määritellään järjestelmä- ja tehtäväkohtaisesti, mikä mahdollistaa asiakas- ja potilastietojen käytön vain niiden henkilöiden toimesta, joilla työtehtäviensä puolesta on niihin tarve.

Miten tietosuojan toteutumista seurataan? Miten varmistetaan, että palveluyksikössä noudatetaan tietosuojaan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä? Miten varmistetaan, että yksikölle laadittuja ohjeita ja viranomais määräyksiä noudatetaan?

Työntekijät allekirjoittavat ODL Tietosuojasitoumuksen työ sopimuksen allekirjoituksen yhteydessä. Jokaiselta työntekijältä edellytetään tietoturvapoliittikan ja -ohjeistuksen noudattamista. Niiden vastainen toiminta tai noudattamatta jättäminen voi olla peruste varoitukselle, työsuhteen irtisanomiselle tai rikosoikeudellisille seuraamuksille.

Työntekijät perehdytetään asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja työntekijät suorittavat pakollisen tietosuojakoulutuksen vuosittain, koulutuksen suorittamista seurataan esihenkilöiden sekä laatu- ja ympäristötiimin toimesta. Esihenkilöt ja henkilökunta seuraavat tietosuojan toteutumista arjen työssä päivittäin.

Lisäksi omavalvontasuunnitelman katselmoinnin yhteydessä otetaan kantaa mahdollisiin tietosuojapoikkeamiin ja tehdään tarvittavat korjaavat toimenpiteet käytänteisiin ja omavalvontasuunnitelmaan.

Tietosuojavastaava tekee asiakas- ja potilastietojärjestelmien käytönvalvontaa kvartaaleittain ja raportoi siitä tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmässä.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä?

Hoivatie Oy:n Tietohallinto (ostopalvelu) vastaa siitä, että toimintaan käytetään vain voimassa olevan asiakastietolain mukaisia järjestelmiä ja ohjeistaa näihin liittyvistä käytännöistä ja muutoksista palveluyksiköitä. Tietojärjestelmiä hankittaessa huomioidaan kunkin palvelun asiakastietolain mukaiset vaatimukset järjestelmälle.

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

ODL perehdytysohjelmassa on huomioitu työssä tarvittaviin asiakastietojärjestelmiin perehdyttäminen, perehdytyksen toteutumista seurataan esihenkilön toimesta. Tarvittaessa uusiin tietojärjestelmiin perehdyttäminen toteutetaan koko henkilöstön osalta. Asiakastietolain mukaisista tietojärjestelmistä on olemassa ajantasaiset käyttöoppaat henkilöstön saatavilla. Lisäksi kehityskeskusteluissa selvitetään mahdolliset osaamistarpeet ja koulutetaan henkilöstöä havaittujen tarpeiden mukaisesti.

Milloin asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty? Kuka palveluyksikössä vastaa sen toteutumisesta?

Tietoturvasuunnitelma on laadittu 4.2.2025 ja hyväksytty ODL:n johtoryhmässä 24.3.2025. Palveluyksikössä yksikönjohtaja vastaa tietoturvasuunnitelman toteutumisesta.

Miten huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa? Miten tästä huolehditaan ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutuminen on määritelty palveluittain laadituissa tietosuojaselosteissa. Ostopalveluissa rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutuminen on määritelty erillisessä ostopalvelusopimuksessa.

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?

ODL ilmoittaa tietoturvaloukkauksista tietosuojavaltuutetulle, viranomaisille ja rekisterinpitäjälle lain edellyttämällä tavalla. ODL ottaa tilanteessa ensin yhteyttä Hoivatie Oy:n tietohallintoon, joka antaa tarkat ohjeistukset.

Miten mahdollisen kameravalvonnan käytöstä on ohjeistettu ja informoitu?

Kameravalvonnan käytöstä on laadittu tietosuojaseloste, joka on saatavilla ODL:n verkkosivustolla. Kameravalvonnan käytöstä ja käytön ohjeistamisesta vastaa ODL Kiinteistöpalvelut. Kameravalvonnasta informoidaan kiinteistössä asioivia asianmukaisin tarramerkinkein.

Miten käytännössä varmistetaan palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarjottaviin palveluihin nähden? Miten varmistetaan henkilöstön käyttöopastus?

Käytössä olevien teknologisten laitteiden käyttöikä on määritelty ja niiden asianmukaisuutta arvioidaan säännöllisesti.

ICT-pienlaitteiden (puhelimet, tietokoneet, tabletit) hankinnasta ja huollosta vastaa Hoivatie Oy:n Tietohallinto. Henkilöstö seuraa päivittäisessä toiminnassa niiden asianmukaisuutta, soveltuvuutta ja turvallisuutta.

Lääkinnällisten laitteiden hankinta tapahtuu ODL:n ostotoiminnan prosessin mukaisesti. Terveystieteiden laitteista on olemassa laiterokisteri, jossa todennetaan kalibroinnit ja huollot. Henkilöstö perehdytetään laitteiden käyttöön, perehdytys dokumentoidaan.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Miten infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen palveluyksikössä ennaltaehkäistään?

Toiminnassa noudatetaan kulloinkin viranomaisten antamia ohjeita infektioiden ja tarttuvien sairauksien ennaltaehkäisyssä.

Miten yksikön puhtaus- ja siisteys turvataan? (Tähän kuuluu esim. ajantasainen siivoussuunnitelma tai palvelusopimus.)
Miten jätehuolto ja vaarallisten jätteiden käsittely toteutetaan? (Eryistä huomiota kuvauksessa on kiinnitettävä tartuntavaarallisiin jätteisiin liittyviin käytäntöihin.)

Palveluyksiköissä on ajantasaiset palvelusopimukset siivouspalveluita tuottavan yrityksen kanssa. Siisteyden tasoa katselmoidaan säännöllisesti. Poikkeustilanteisiin vastataan välittömästi erillisellä siivouspyyntötilauksella. ODL Kiinteistöpalvelut huolehtii asianmukaisesta jätteenkeräyksen järjestämisestä. Tartuntavaaralliset jätteet kerätään erillisiin keräysastioihin ja hävitetään ODL:n ohjeistuksen mukaisesti.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty?

Lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 30.1.2025 ja hyväksytty 13.2.2025.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot
*Riikka Syrjäpalo, psykiatrinen sairaanhoitaja, riikka.syrjapalo@odl.fi 050 409 6497
Tiina Nylander, Lääketieteellinen johtaja, tiina.nylander@odl.fi 08 313 2154*

Miten lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan? (Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.)

Lääkehoitosuunnitelma katselmoidaan osana omavalvontasuunnitelman katselmointia kvartaaleittain.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Palveluyksikön laitevastuuhenkilön/henkilöiden nimi/nimet, tehtävänimikkeet ja yhteystiedot
 Raila Vierimaa, palvelusihteeri raila.vierimaa@odl.fi, 050 312 8349

Miten lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan?

ODL:lla on määritelty ne lääkinnälliset laitteet, joiden käyttöön niitä työssään tarvitseva henkilöstö perehdytetään. Laiterekistereistä löytyvät kaikkien lääkinnällisten laitteiden käyttöohjeet.

Miten varmistetaan, että lääkinnälliset laitteet säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti?

Nämä asiat määritellään laiterekisterissä.

Miten lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään palveluyksikössä?

Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeiden aiheuttamista vaaratilanteista tehdään vaaratilanneilmoitus FIMEA:lle.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
<p>Turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi sekä ehkäisy- ja hallintatoimet toteutetaan ODL:lla käytössä olevan laatujärjestelmän ISO 9001 mukaisesti. Laatujärjestelmän toimivuutta ja toteutumista auditoidaan vuosittain sekä sisäisellä että ulkoisella auditoinnilla.</p>		

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Palveluyksikön henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet (Kuvauksesta tulee käydä ilmi, kuinka paljon vuokrattua työvoimaa tai toiselta palveluntuottajalta alihankittua työvoimaa käytetään täydentämään palveluntuottajan omaa henkilöstöä.)

Traumakuntoutus KITU:ssa työskentelee osa-aikainen palvelukoordinaattori-asiantuntija, osa-aikainen psykiatrinen sairaanhoitaja, osa-aikainen psykiatri ja kokoaikainen palvelusihteeri. Lisäksi Traumakuntoutus KITU:ssa toimii ostopalvelusopimuksella osa-aikainen psykiatri ja psykoterapeutti. Henkilöstömäärä on mitoitettu toiminnan mukaan. Työskentely tapahtuu pääsääntöisesti virka-aikaan ajanvarauksella. Työntekijöiden satunnaiset poissaolot hoidetaan

<p><i>sisäisin sijaisjärjestelyin tai siirtämällä asiakastapaaminen seuraavaan mahdolliseen ajankohtaan. Pitkäkestoisiin poissaoloihin palkataan sijainen, joka perehdytetään tehtävään asianmukaisesti. Palveluun ei ohjata 1.2. alkaen uusia asiakkaita.</i></p>
<p>Miten varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet?</p> <p><i>Työsopimusta tehtäessä tarkistetaan ammattioikeudet ammattihenkilörekistereistä (Terhikki/Suosikki).</i></p>
<p>Miten selvitetään lasten kanssa työskentelevien rikostausta perustuen tästä annettuun lakiin (504/2002)?</p> <p><i>Työsopimusta tehtäessä tarkistetaan alaikäisten kanssa pääsääntöisesti työskentelevien rikostaustaotteet.</i></p>
<p>Miten varmistetaan, että palvelun tuottamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito?</p> <p><i>Rekrytointiprosessissa on määritelty tietyt pätevyys- ja osaamisvaatimukset kuhunkin työtehtävään ja tämä varmistetaan rekrytointiprosessin yhteydessä. Lisäksi kehityskeskusteluissa selvitetään mahdolliset osaamistarpeet ja koulutetaan henkilöstöä tarpeen mukaan.</i></p>
<p>Miten huolehditaan henkilöstön riittävästä perehdyttämisestä ja ammattitaidon ylläpitämisestä? Miten huolehditaan siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen? Miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana? Miten havaittuihin epäkohtiin puututaan? Miten palveluyksikön henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta? Miten tätä palautetta käsitellään palveluyksikössä?</p> <p><i>ODL:lla on määritelty perehdytysprosessi ja perehdyttäminen dokumentoidaan. Perehdytyksen toteutumista seurataan esihenkilön toimesta. Kehityskeskusteluissa selvitetään työntekijöiden yksilölliset koulutustarpeet vuosittain ja koulutetaan henkilöstöä tarpeen mukaan. ODL:lla noudatetaan vuosittain laadittavia yksiköiden ja organisaation koulutussuunnitelmia. Lisäksi työnantaja huolehtii henkilöstölle riittävän tiedonsaannin toimintaympäristön muutoksissa (esim. erilaisia lainsäädäntömuutoksia seurataan säännöllisesti ja se on aikataulutettu palveluista vastaavien henkilöiden vuosikelloon).</i></p> <p><i>Esihenkilöt ja henkilökunta seuraavat työskentelyn asianmukaisuutta päivittäin. Mahdollisista epäkohdista kirjataan laatu järjestelmän mukaisesti poikkeamaraportti, mikä käsitellään prosessin mukaisesti. Lisäksi omavalvontasuunnitelman katselmoinnin yhteydessä otetaan kantaa asiakas/potilastyön poikkeamiin ja tehdään tarvittavat korjaavat toimenpiteet käytänteisiin ja omavalvontasuunnitelmaan.</i></p> <p><i>Henkilöstöpalautte kerätään säännöllisesti ja se käsitellään yksikkö- ja organisaatiotasolla. Mikäli kehittämistarpeita tunnistetaan, tehdään tarpeen mukaan juurisyyanalyysi ja käynnistetään korjaavat/kehittävät toimenpiteet.</i></p>
<p>Miten varmistetaan henkilöstön riskienhallinnan osaaminen? Miten varmistetaan henkilöstön ohjeiden mukainen toiminta niissä tilanteissa, joissa riski on toteutunut? Miten riskienhallinnassa on otettu huomioon muun muassa työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajan velvoitteet, joilla voi olla vaikutusta asiakas- ja potilasturvallisuuteen?</p> <p><i>Palveluista on laadittu prosessikuvaukset sekä tarvittaessa niitä täydentävät palvelukuvaukset, joissa huomioidaan keskeiset tekijät sekä työntekijän että asiakkaan/potilaan näkökulmasta (sis. myös asiakas- ja potilasturvallisuuden).</i></p> <p><i>Prosessikuvauksissa on tehty riskianalyysi sekä laadittu riskienhallintaan tarvittava suunnitelma sekä ohjeistukset.</i></p>

Prosessikuvaukset päivitetään vuosittain henkilöstön kanssa sekä tehdään tarvittavat muutokset. Mikäli ohjeistuksiin tulee muutoksia (esim. toimintaympäristön muutokset tai poikkeama/ läheltäpiti -tilanne), ne käsitellään henkilöstön kanssa ja varmistetaan toiminnan toteutuminen uusien ohjeiden mukaisesti.

Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
<p><i>Henkilöstön riittävyteen ja osaamiseen liittyvien riskien tunnistaminen, arviointi sekä ehkäisy- ja hallintatoimet toteutetaan ODL:lla käytössä olevan laatujärjestelmän ISO 9001 mukaisesti. Laatujärjestelmän toimivuutta ja toteutumista auditoidaan vuosittain sekä sisäisellä että ulkoisella auditoinnilla.</i></p>		

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

<p>Alueen sosiaaliasiavastaavan ja potilasasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot</p> <p><i>Yksityisten terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut kuuluvat Pohteen potilas- ja sosiaaliasiavastaavalle. Pohde: Potilas- ja sosiaaliasiavastaava, p. 040 318 5123</i></p> <p><i>Tehtävät: Puolueeton henkilö, ei ota kantaa lääketieteelliseen hoitoon tai viranomaispäätöksiin. Voit kysyä asiakkaan tai potilaan oikeuksista ja saada apua kantelun/muistutuksen/potilasvahinkoilmoituksen/lääkevahinkoilmoituksen tekemisessä sekä ristiriitatilanteiden selvittämisessä.</i></p>	
Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö	Tehtävänimike
<i>Lääketieteellinen johtaja</i>	<i>Ylilääkäri</i>
Postiosoite <i>PL365</i>	Puhelinnumero <i>08 3132154</i>
Postinumero <i>90101</i>	Postitoimipaikka <i>Oulu</i>
Sähköposti <i>tiina.nylander@odl.fi</i>	
Muistutusten käsittelyn määräaika	
<p><i>Muistutukset käsitellään kohtuullisessa ajassa, jona pidetään pääsääntöisesti yhtä kuukautta. Jos asia vaatii laajaa selvitystyötä, voi kohtuullinen vastausaika olla kaksi kuukautta.</i></p>	

Miten varmistetaan palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus? Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan kielellisten oikeuksien toteutuminen?

Palveluissa on pääosin esteettömät toimintatilat. Viestinnässä pyritään mahdollisimman selkokieliseen ilmaisutapaan. Palvelu toteutetaan tulkkivälitteisesti. Tulkkipalvelu on asiakkaalle maksuton.

Miten varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys? Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan asiallinen kohtelu? Miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

ODL:n toiminnan perustana ovat yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon edistäminen. Ketään ei syrjitä iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tarvittaessa sovelletaan yhdenvertaisuuslain §11 erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteita.

Työntekijöiden toimintaa ohjaa ODL:n yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelma. ODL on ilmoittautunut syrjinnästä vapaaksi alueeksi.

Mikäli epäasiallista kohtelua tulee ilmi, puututaan asiaan toiminnasta vastaavan toimesta. Asianomaisia kuullaan, tehdään tarvittavat toimenpiteet ja tarvittaessa ohjataan ottamaan yhteyttä sosiaali- tai potilasasiavastaavaan.

Miten varmistetaan palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuus? (Esim. sosiaalihuollossa palvelun antaminen perustuu päätökseen, joka on valituskelpoinen. Palvelutuotannossa tehdään päätöksiä esim. itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta välttämättömissä tilanteissa.)

Palvelu on asiakkaalle vapaaehtoista. Kaikki asiakaskohtaiset päätökset ja toimenpiteet kirjataan. Kirjauksissa pyritään läpinäkyvyyteen sekä jäljitettävyyteen. Ajantasainen ja asianmukainen dokumentaatio mahdollistaa päätösten valvonnan sekä palveluiden laadun seuraamisen. Palvelussa tehtävä päätöksenteko perustuu terveydenhuollon ammattilaisten tekemään arvioon ja palvelutarpeen selvittämiseen. Tarvittaessa käytetään moniammatillista asiantuntemusta ja yhteistyötä päätöksenteon tukena. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (Potilaslaki 785/1992) 10 §:n mukaisesti terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus.

Palveluprosessit ja päätöksentekokäytännöt tarkastetaan säännöllisesti omavalvontasuunnitelman mukaisesti. Mahdolliset virheet tai epäselvyydet käsitellään organisaation sisällä, ja käytäntöjä kehitetään havaintojen pohjalta.

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

Asiakkaan tiedonsaantioikeus varmistetaan viestimällä selkeästi ja ymmärrettävästi. Asiakkaalle annetaan tiedot häntä koskevista päätöksistä, oikeuksista ja palveluista tulkkivälitteisesti. Asiakkaalle annetaan kirjallinen päätös niistä toimenpiteistä, joihin hänellä on oikeus hakea muutosta. Asiakkaalla on oikeus pyynnöstä nähdä itseään koskevat asiakirjat, ellei siihen ole laissa säädettyä estettä.

Tiedonsaanti omista tiedoista mahdollistetaan asianmukaisesti ja kohtuullisessa ajassa. Valitusohjeet annetaan selkeässä ja helposti ymmärrettävässä muodossa.

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Potilas- ja sosiaaliasiavastaavan tiedot ovat julkisesti yksiköissä ja verkkosivustolta saatavissa.

Mitkä ovat asiakkaan tai potilaan lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien laadinnan ja päivittämisen menettelytavat? (Suunnitelmilla tarkoitetaan esim. asiakas-, palvelu- tai hoitosuunnitelmia.)

Asiakkaat ohjautuvat alkukartoitusjaksolle lääkärin läheteellä. Asiakkaalle tehdään alkukartoitus, jonka pohjalta arvioidaan palvelun soveltuvuus ja oikea-aikaisuus asiakkaalle sekä laaditaan suunnitelma moniammatillisen kuntoutuksen toteuttamisesta intensiivijaksolle yhdessä asiakkaan kanssa. Intensiivijakson jälkeen laaditaan uusi kuntoutussuunnitelma kuntoutusjaksolle. Laaditulla kuntoutussuunnitelmalla haetaan maksusitoumus kuntoutusjaksolle.

Kuntoutussuunnitelmaa päivitetään kuntoutussuunnitelmapalavereissa, johon osallistuvat asiakkaan lisäksi hänen hoitoonsa osallistuvat ammattilaiset. Kuntoutussuunnitelman päivittämisessä hyödynnetään työntekijöiden kirjaamia palautteita, joihin on kirjattu sekä työntekijän että asiakkaan oma näkemys kuntoutuksen etenemisestä ja jatkotarpeesta. Lääkäri laatii kuntoutussuunnitelman kuntoutussuunnitelmapalaverin palautteiden ja oman arvion pohjalta. Laaditulla kuntoutussuunnitelmalla haetaan jatko kuntoutusprosessille asiakkaan hyvinvointialueelta.

Palveluun ei ohjata 1.2. alkaen uusia asiakkaita. Palvelusta vastaavat siirtymävaiheen jälkeen hyvinvointialueet.

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

Asiakkaan kuntoutuksen etenemistä laaditun suunnitelman ja tavoitteiden mukaisesti seurataan moniammatillisesti, asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten toimesta. Toteutumisen seuranta tapahtuu asiakkaan ja työntekijän kahdenkeskisissä tapaamisissa sekä lääkärin vastaanottojen yhteydessä, missä arvioidaan hoidon etenemistä ja tehdään tarvittavia muutoksia tavoitteisiin pääsemiseksi. Lisäksi kuntoutuksen toteutumista arvioidaan yhteistyössä asiakkaan verkoston kanssa. Palvelun toteutumista suunnitelman mukaisesti arvioidaan lisäksi laskutusten yhteydessä (ostopalveluna toimivien työntekijöiden työpanos ja asiakkaan saama palvelu).

Palvelukoordinaattori seuraa moniammatillisen tiimin päivittäistyötä yhdessä palveluvastaavan kanssa.

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

Asiakkaat voivat antaa palautetta sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisäksi palautetta kerätään säännöllisesti tyytyväisyyskyselyn avulla.

Asiakkaalta pyydetään erikseen arvio kuntoutuksen etenemisestä ja sen tarpeellisuudesta kuntoutussuunnitelman laadinnan yhteydessä. Arvio kirjataan asiakastietojärjestelmään.

Mitkä ovat muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että nämä käsitellään asianmukaisesti?

Lääketieteellinen johtaja antaa kirjallisen vastineen muistutukseen mahdollisimman pian. Vastine annetaan viimeistään neljän viikon sisällä, jollei ole erityisiä perusteita pidempään käsittelyaikaan.

Lääketieteellinen johtaja vastaa siitä, että muistutukset käsitellään huolellisesti ja asianmukaisesti. Muistutuksessa

kuvattu asia tutkitaan puolueettomasti ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta potilas/asiakas voi pitää asian selvittämistä luotettavana ja kokee tulleensa kuulluksi. Muistutukseen annettu ratkaisu perustellaan ja vastineessa kuvataan, mihin toimenpiteisiin muistutuksen vuoksi on ryhdytty, tai miten asia on muuten ratkaistu. Muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat säilytetään omana arkistonaan erillään potilasasiakirjoista. Mikäli muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat sisältävät potilaan/asiakkaan hoidon kannalta oleellista tietoa, ne voidaan liittää siltä osin potilasasiakirjoihin.

Mikäli potilas/asiakas on tyytymätön muistutukseen annettuun ratkaisuun, ohjaamme potilaan/asiakkaan potilas- tai sosiaaliasiavastaavalle kantelun tekemiseksi. Potilasvahingon epäilyssä ohjataan potilasasiavastaavalle. Potilasvahinkoilmoituksen kohdentuessa ODL:n palveluun, vastataan potilasvakuutuskeskuksen selvitykseen heidän antamiensa ohjeiden mukaisesti.

Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
<p><i>Yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen sekä asiakkaan tai potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvien riskien tunnistaminen, arviointi sekä ehkäisy- ja hallintatoimet toteutetaan ODL:lla käytössä olevan laatujärjestelmän ISO 9001 mukaisesti. Laatujärjestelmän toimivuutta ja toteutumista auditoidaan vuosittain sekä sisäisellä että ulkoisella auditoinnilla.</i></p>		

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

<p>Miten palveluntuottaja tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta ja sen käyttöön liittyvistä asioista?</p> <p><i>Työntekijät perehdytetään ilmoitusvelvollisuuteen ja käytössä oleviin toimintatapoihin ja lomakkeisiin osana perehdytystä.</i></p>
<p>Miten varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla?</p> <p><i>Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin puututaan poikkeamaprosessin mukaisesti. Epäkohdat ja puutteet käsitellään asianosaisten kanssa, ja omavalvontasuunnitelma päivitetään tarvittaessa.</i></p>
<p>Millainen on epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyn ja niistä oppimisen prosessi?</p> <p><i>Epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien prosessit sisältyvät ODL:n poikkeamaprosessiin.</i></p>

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

<p>Miten palveluyksikössä tunnistetaan vakavat vaaratapahtumat, jotka vaativat tarkempaa tutkintaa?</p> <p><i>Vakavien vaaratapahtumien osalta tunnistus ja menettelytavat on kuvattu eri palveluita koskevissa prosessikuvauksissa. Toiminnan luonteen vuoksi vakavat vaaratapahtumat ovat erittäin epätodennäköisiä.</i></p>
--

4.3 Palaute tiedon huomioiminen kehittämisessä

<p>Miten epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä mahdollisesti esiin tullutta epäkohdista tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?</p> <p><i>Epäkohdan (poikkeama tai muuten tunnistettu kehittämistarve) tunnistamisen jälkeen tehdään juurisyyanalyysi ja korjaavat/kehittävät toimenpiteet. Mikäli kehittämistarve koskee laajempaa kokonaisuutta, käynnistetään TKI-prosessi.</i></p>
<p>Miten muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa mahdollisesti ilmi tulleet epäkohdat tai puutteet otetaan huomioon toiminnassa ja sen kehittämisessä?</p> <p><i>Muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa kuvatuista tilanteista ja tapahtumista tehdään juurisyyanalyysi. Havaitut epäkohdat korjataan vastineessa kirjatun mukaisesti ja seurataan toimintaa sekä korjaustoimenpiteiden vaikutusta. Tarvittaessa korjataan prosessia.</i></p>
<p>Miten varmistetaan, että henkilöstö on tietoinen käytössä olevista palautekanavista?</p> <p><i>Palautekanavat ovat osa perehdytysprosessia ja tarvittaessa näitä kerrataan uudelleen.</i></p>

Miten säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä? (Palautteisiin kuuluvat esim. reklamaatiot.)

Laadunvalvonnan prosessin mukaisesti asiakas- ja sidosryhmäpalautetta kerätään säännöllisesti ja saadut palautteet analysoidaan asiakastyötä ja palvelutoimintaa tekevissä tiimeissä. Palautteiden yhteydessä käsitellään sekä positiivinen että negatiivinen palaute ja käynnistetään tarvittaessa kehittämisprosessi. Laadulle on asetettu tavoitteet (asiakastyytyväisyys asteikolla 1-5 on yli 4, sidosryhmäytyytyväisyys asteikolla 1-5 on 4, nps + 50).

Miten valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?

Valvontaviranomaisten viestintää ja ohjeita seurataan säännöllisesti ja kehitetään omavalvontaa sekä toiminnan sisältö niiden mukaisesti.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Miten poikkeamien syitä ja taustatekijöitä on selvitetty?

Poikkeamien syitä ja taustatekijöitä on selvitetty juurisyyanalyysin avulla (5xmiksi?).

Mihin kehittämistoimenpiteisiin palveluyksikössä ryhdytään?

Kehittämistoimenpiteisiin ryhdytään, kun toimintaympäristön muutoksin tulee pystyä vastamaan, palvelussa havaitaan selkeä epäkohta tai puute, tai palvelun toteuttamista halutaan muusta syystä parantaa. Erityistä huomiota kiinnitetään toiminnan laadun ja turvallisuuden näkökulmiin.

Mihin kehittämistoimet kirjataan, kuka vastaa mistäkin kehittämistoimenpiteestä ja millä aikataululla?

Poikkeamatilanteessa juurisyyanalyysin avulla selvitetään, mistä tapahtuma johtuu ja kenen vastuualueelle asia kuuluu. Poikkeamavastineeseen kirjataan korjaavat toimenpiteet IMS:iin, joiden toteuttamisessa noudatetaan tarvittaessa viranomaisen antamia aikatauluja.

ODL:lla tehdään myös proaktiivista kehittämistä. Kehittämistoimenpiteestä vastaava henkilö tekee tarvittavat kirjaukset sovituille alustoille ja vastuut ja aikataulu sovitaan tapauskohtaisesti.

Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta

Korjaus tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
<p><i>Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta toteutetaan ODL:lla käytössä olevan laatujärjestelmän ISO 9001 mukaisesti. Laatujärjestelmän toimivuutta ja toteutumista auditoidaan vuosittain sekä sisäisellä että ulkoisella auditoinnilla.</i></p>			

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Millä menetelmillä ja millä mittareilla palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan? Miten riskienhallinnan toimivuutta ja seuranta arvioidaan? Miten, kenelle ja kuinka usein riskienhallinnan toteutumisen arvioinnista raportoidaan?

Sidosryhmä- ja riskianalyysit tehdään vuosittain. Käytössä olevat prosessit, jotka luovat perustan palveluiden laadulle ja turvallisuudelle, katselmoidaan ja tarvittaessa päivitetään kerran vuodessa tai palvelun muuttuessa. Eri toimintojen prosessikuvaukset sisältävät seuraavat osa-alueet: vastuut, kriittiset ja tärkeät tekijät, menetelmät, ohjeet ja mallit, syntyvä ja jäljitettävä tieto sekä riskienhallinta. Prosessikuvaus sisältää kuvauksen palveluntuottamisen kaikista eri vaiheista (palveluun hakeutuminen, palvelun tuottaminen, palvelun päättäminen).

Turvallisuustiimit ovat määritelty ja ne kokoontuvat säännöllisesti. Turvallisuustiimeissä käsitellään kaikki turvallisuuteen liittyvät mittaritiedot: poikkeamat ja läheltä piti -tilanteet.

ISO9001 laadunhallintajärjestelmän mukaisesti toimintaa (sis. laatu ja turvallisuus) auditoidaan sisäisesti ja ulkoisesti kerran vuodessa.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

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

IMS:ssä on ODL:n omavalvontasuunnitelmien seurantalomake, johon kirjataan kvartaaleittain omavalvonnan toteutumisen seuranta. Omavalvontasuunnitelmien seurantalomakkeessa vastuuhenkilöt on määritelty.

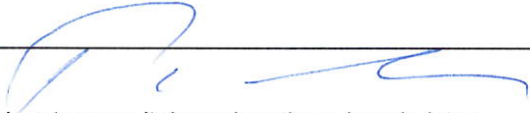
Miten varmistetaan, että seurannasta tehdään selvitys? Miten varmistetaan, että selvityksen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein?

Kun omavalvontasuunnitelmaan tehdään muutoksia, vastuuhenkilö huolehtii päivitetyn version nähtäville IMS:iin sekä sovittuihin paikkoihin asiakastiloihin nähtäville.

6. Allekirjoitus

Paikka ja päiväys

Oulu
7.4.2026


Omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa
terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja
Tiina Nylander