

Omavalvontasuunnitelma



Sisällys

1	Lukijalle.....	4
2	Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	5
2.1	Palveluntuottajan perustiedot.....	5
2.2	Palveluyksikön perustiedot.....	5
2.2.1	Henkilöstön omavalvonnan osaaminen ja sitoutuminen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan	6
2.3	Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	7
2.4	Päiväys	9
3	Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	9
4	Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	12
4.1	Palvelujen saatavuuden varmistaminen	12
4.2	Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	13
4.2.1	Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi.....	13
4.2.2	Valmius ja jatkuvuudenhallinta	14
4.3	Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen.....	15
4.3.1	Palveluiden laadulliset edellytykset	15
4.3.2	Toimitilat ja välineet.....	16
4.3.3	Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat.....	17
4.3.4	Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö.....	19
4.3.5	Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt.....	20
4.3.6	Hygieniaoheiden ja infektiorjunnan toteutumisen seuranta ja arviointi	21
4.3.7	Lääkehoitosuunnitelma	21
4.3.8	Lääkinnälliset laitteet.....	23
4.4	Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	25
4.5	Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	27
5	Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	31
5.1	Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	31
5.2	Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	32
5.3	Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	33
5.4	Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....	34
6	Omavalvonnan seuranta ja raportointi	35
6.1	Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	35
6.2	Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	36



Taulukko 1: Keskeisimmät palvelujen saatavuuteen liittyvät riskit.....	13
Taulukko 2: Keskeisimmät jatkuvuuteen liittyvät riskit	14
Taulukko 3: Keskeisimmät turvallisuuteen ja laatuun liittyvät riskit.....	16
Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta.....	25
Taulukko 5: Keskeisimmät henkilöstöön liittyvät riskit	27
Taulukko 6: Keskeisimmät potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvät riskit	31
Taulukko 7: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet	35



1 Lukijalle

Tämä omavalvontasuunnitelma koskee Loimaan Ambulanssi Oy:n ensihoitopalvelutoimintaa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Suunnitelma on laadittu sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain (741/2023) sekä Valviran määräyksen mukaisesti ja se kattaa kaikki palveluyksikön tuottamat ensihoitopalvelut.

Omavalvontasuunnitelman tarkoituksena on varmistaa toiminnan laatu, potilasturvallisuus, lainmukaisuus sekä henkilöstön riittävyys ja osaaminen. Suunnitelma toimii käytännön työvälineenä palveluyksikön johdolle ja henkilöstölle sekä antaa asiakkaille, potilaille ja viranomaisille kokonaiskuvan toiminnan järjestämisestä ja valvonnasta.

Loimaan Ambulanssi Oy on yksityinen ensihoitopalvelujen tuottaja, joka toimii sopimuksen perusteella Varsinais-Suomen hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevassa ensihoitopalvelussa. Yritys tuottaa hoitotason ensihoitopalvelua pääosin Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Reuna-alueilla palvelua tuotetaan tarvittaessa myös naapurihyvinvointialueiden alueelle, erityisesti Satakunnan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan hyvinvointialueille.

Toiminnan keskeisiä periaatteita ovat potilasturvallisuus, ammatillisuus, yhdenvertaisuus, yhteistyö viranomaisten kanssa sekä jatkuva laadun ja riskienhallinnan kehittäminen.

Tämä omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja. Se ei sisällä salassa pidettävää tietoa. Palveluyksikön ajantasainen omavalvontasuunnitelma julkaistaan palveluntuottajan internetsivuilla julkisuutta edistävällä tavalla. Ajantasainen versio on henkilöstön saatavilla sähköisesti ja se annetaan pyydettyäessä viranomaisille ja sidosryhmille.



2 Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

2.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluyksikön nimi: Loimaan Ambulanssi Oy
os. Nuijamiestentie 3 C, 00400 Helsinki

Vastuuhenkilöt:

Heini Piironen, laillistettu lääkäri, laillistettu erikoislääkäri, ensihoitolääketieteen lisäkoulutus, ilmailulääkäri, 4/2024-Medical Director Core Curriculum, 11/2015 European Trauma Course - Provider Course

Tehtävä: Lääketieteellinen johtaja, palveluyksikön kokonaisvastuu

Helena Arvola, laillistettu sairaanhoitaja, nimikesuojattu lähihoitaja, ensihoidon lisäopinnot
Tehtävä: Lähiesihenkilö

Teuvo Arvola, laillistettu sairaanhoitaja, ensihoidon johtaminen lisäopinnot

Tehtävä: Palvelupäällikkö

Kimmo Jäppinen, Operatiivinen johtaja

2.2 Palveluyksikön perustiedot

Palvelupisteen nimi: Loimaan Ambulanssi Aura

Tuotettavat palvelut:

Ensihoitopalvelu (2604), potilaan kotona



Palvelupisteen nimi: Loimaan Ambulanssi Loimaa

Tuotettavat palvelut:

Ensihoitopalvelu (2604), potilaan kotona

Palvelupisteen nimi: Loimaan Ambulanssi

Somero Tuotettavat palvelut:

Ensihoitopalvelu (2604), potilaan kotona

2.2.1 Henkilöstön omavalvonnan osaaminen ja sitoutuminen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan

Palveluyksikössä varmistetaan henkilöstön omavalvonnan osaaminen ja sitoutuminen jatkuvaan omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan perehdytyksen, henkilöstöpalaverien, koulutusten ja esihenkilötyön avulla. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä aina suunnitelman olennaisten päivitysten yhteydessä.

Ajantasainen omavalvontasuunnitelma on henkilöstön saatavilla sähköisessä muodossa koko ajan. Lisäksi suunnitelman keskeinen sisältö käsitellään säännöllisesti henkilöstöpalaverissa. Omavalvontasuunnitelmaan tehdyt muutokset käsitellään henkilöstön kanssa ja niistä tiedotetaan viivytyksettä.

Henkilöstön osaamista ja sitoutumista arvioidaan osana päivittäisjohtamista, poikkeamien käsittelyä, kehityskeskusteluja sekä sisäisiä auditointeja. Tarvittaessa henkilöstölle järjestetään lisäohjausta ja täydennyskoulutusta omavalvonnan toteutumisen varmistamiseksi.



2.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palvelujen rekisteröinti ja ajantasaisuus

Palveluyksikön tuottamat palvelut vastaavat palveluntuottajan rekisteröityä toimintaa (ensihoitopalvelu 2604). Valtakunnalliseen palveluntuottajien rekisteriin annetut tiedot tarkistetaan ja päivitetään vuosittain viimeistään 31.3. sähköisen asiointitilin kautta.

Toimintaa ohjaavat erityisesti Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki (1326/2010) sekä Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) sekä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kanssa tehty ensihoitopalvelusopimus ja ensihoidon palvelutasopäätös.

Muita toimintaa ohjaavia keskeisiä säädöksiä ovat sairausvakuutuslaki (1224/2004), lääkelaki (395/1987), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvakuutuslaki (948/2019), mielenterveyslaki (1116/1990), tartuntatautilaki (1227/2016), tieliikennelaki (729/2018) sekä valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä (583/2017).

Toiminnassa noudatetaan lisäksi kulloinkin voimassa olevaa muuta lainsäädäntöä, viranomaismääräyksiä, hyvinvointialueen ohjeita sekä palveluntuottajan omia hyväksytyjä toiminta- ja laatuohjeita.

Tuotettavat palvelut ja asiakasryhmät

Omavalvontasuunnitelma kattaa Loimaan Ambulanssi Oy:n koko ensihoitotoiminnan.

Palveluihin kuuluvat:

- Häätokeskuksen välittämät ensihoitotehtävät
- Kiireellinen ja kiireetön ensihoito
- Hoidon tarpeen arviointi ja potilaan tutkiminen tapahtumapaikalla
- Hoitotason ensihoito
- Potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön



- Hoito-ohjeiden mukainen hoito ilman kuljetusta

Palveluja tuotetaan kaikille ensihoitoa tarvitseville henkilöille iästä, sukupuolesta tai taustasta riippumatta.

Toimintayksiköt ja palvelun toteuttamistapa

Palvelua tuotetaan pääosin Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Reuna-alueilla palvelua tuotetaan tarvittaessa myös naapurihyvinvointialueiden alueelle, erityisesti Satakunnan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan hyvinvointialueille. Palvelut tuotetaan läsnäpalveluna hoitotason ensihoitoyksiköillä sopimuksen mukaisilta asemapaikoilta. Palvelua ei tuoteta etäpalveluna.

Palvelu tuotetaan omana toimintana sopimuksen perusteella Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle. Palveluja ei tuoteta palvelusetelillä. Mahdolliset erilliset yksityisasiakkaille tuotettavat palvelut (esim. tapahtumapäivystys) perustuvat kirjalliseen sopimukseen.

Toiminta-ajatus

Palveluyksikön toiminta-ajatuksena on tuottaa laadukasta, potilasturvallista ja yhdenvertaista ensihoitopalvelua osana alueellista terveydenhuollon kokonaisuutta.

Tavoitteena on:

- Turvata potilaan henki ja terveys äkillisissä sairastumis- ja onnettomuustilanteissa
- Toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitoa
- Varmistaa potilaan turvallinen jatkohoito
- Toimia hyvässä yhteistyössä muiden viranomaisten ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa



Toimintaperiaatteet

Toiminnassa noudatetaan seuraavia periaatteita:

- Potilas- ja asiakasturvallisuus
- Ammatillisuus ja osaamisen ylläpito
- Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys
- Luottamuksellisuus ja tietosuoja
- Jatkuva laadun seuranta ja kehittäminen

2.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma hyväksytty: 24.2.2026

Versio: 1.0

Seuraava tarkistus viimeistään: 31.3.2027

3 Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki palveluyksikössä tuotettavat ensihoitopalvelut.

Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, ylläpidosta, toteutumisen seurannasta ja päivittämisestä vastaa palveluyksikön lääketieteellinen johtaja. Suunnitelman hyväksyy palveluntuottajan toiminnasta vastaava johtaja.

Suunnitelma on laadittu yhteistyössä henkilöstön kanssa ja sitä päivitetään saadun palautteen, poikkeamailmoitusten, toiminnassa tapahtuvien muutosten sekä lainsäädäntömuutosten perusteella.

Omavalvontasuunnitelma ei sisällä salassa pidettävää tai turvaluokiteltua tietoa.



Vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä

Palveluyksiköllä on nimetty sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain mukainen vastuhenkilö, joka vastaa:

- Toiminnan lainmukaisuudesta
- Palvelujen laadusta ja potilasturvallisuudesta
- Henkilöstön pätevyydestä ja riittävydestä
- Omavalvontasuunnitelman toteutumisesta

Johtamisjärjestelmään kuuluvat päivittäisjohtaminen, kirjalliset toimintaohjeet, riskienhallintamenettelyt, poikkeamien käsittelyjärjestelmä sekä säännöllinen toiminnan seuranta ja arviointi.

Vastuuhenkilön käytännön johtaminen ja valvonta

Vastuuhenkilö valvoo, että ensihoitopalvelu täyttää sille säädetty vaatimukset koko palveluntuotannon ajan. Valvonta toteutuu:

- Seuraamalla toiminnan laatua ja hoitokäytäntöjen toteutumista
- Käsittelemällä poikkeamat ja vaaratapahtumat viivytyksettä
- Varmistamalla henkilöstön ammattipätevyyden ja täydennyskoulutuksen
- Seuraamalla kaluston ja lääkinnällisten laitteiden asianmukaisuutta
- Huolehtimalla lääkehoitosuunnitelman ja muiden velvoittavien suunnitelmien ajantasaisuudesta

Henkilöstön osaaminen ja sitoutuminen omavalvontaan

Henkilöstö perehdytetään omavalvontasuunnitelmaan osana työsuhteen aloitusta. Omavalvontaan liittyviä käytäntöjä käsitellään säännöllisesti henkilöstöpalaverissa.

Henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti sekä ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista ja riskeistä.



Toteutumisen varmistaminen arjessa

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisesti poikkeamaraportoinnin, sisäisten tarkastusten, palautteen käsittelyn sekä johdon katselmointien avulla. Havaitut puutteet korjataan viipymättä ja korjaavien toimenpiteiden toteutumista seurataan.

Omavalvontasuunnitelman seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelman toteutumista ja ajantasaisuutta seurataan säännöllisesti osana palveluyksikön laadunhallintaa. Suunnitelma tarkistetaan vähintään neljän kuukauden välein, ja tarvittavat muutokset tehdään saadun palautteen, poikkeamailmoitusten, toiminnassa tapahtuneiden muutosten sekä lainsäädännön muutosten perusteella. Muutokset kirjataan, hyväksytään organisaation vastuukäytännön mukaisesti ja niistä tiedotetaan henkilöstölle viivytyksettä. Omavalvonnan toteutumisesta raportoidaan tilaajalle neljännesvuosittain omavalvontaraportilla.

Julkaiseminen ja saatavuus

Ajantasainen omavalvontasuunnitelma on henkilöstön saatavilla sähköisesti ja se on julkisesti nähtävänä palveluyksikön toimitiloissa. Suunnitelma annetaan pyydetessä asiakkaalle, potilaalle tai valvontaviranomaiselle.

Palveluyksikön ajantasainen omavalvontasuunnitelma julkaistaan palveluntuottajan internetsivuilla julkisuutta edistävällä tavalla. Näin varmistetaan, että asiakkailla, potilailla, omaisilla ja valvontaviranomaisilla on mahdollisuus tutustua omavalvontasuunnitelmaan helposti ja ajantasaisesti.

Päivittäminen ja versiohallinta

Omavalvontasuunnitelma tarkistetaan vähintään neljän kuukauden välein sekä aina, kun toiminnassa, palveluissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Päivityksistä tiedotetaan henkilöstölle viivytyksettä.

Aiemmat versiot arkistoidaan sähköisesti versionumerolla ja päivämäärällä varustettuna organisaation dokumentinhallintakäytännön mukaisesti.



4 Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

4.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Ensihoitopalveluun pääsy varmistetaan ympärivuorokautisella valmiudella ja toiminnalla hätäkeskuksen välittämien tehtävien mukaisesti. Toiminta perustuu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ensihoidon palvelutasopäätökseen.

Palvelujen saatavuus varmistetaan:

- Ylläpitämällä sopimuksen mukainen hoitotason ensihoitoyksikkö valmiudessa
- Seuraamalla vasteaikoja ja tehtävämääriä
- Huolehtimalla henkilöstön riittävydestä ja sijaisjärjestelyistä
- Ylläpitämällä ajoneuvojen ja välineistön toimintakuntoa

Mahdollisissa ostopalvelu- tai alihankintatilanteissa palveluntuottaja varmistaa sopimuksin ja seurannalla, että alihankkija täyttää lainsäädännön vaatimukset sekä potilasturvallisuutta koskevat velvoitteet. Palveluntuottaja vastaa kokonaisuudessaan alihankkijan tuottaman palvelun laadusta ja turvallisuudesta.



Tunnistettu riski	Riskin arviointi (T x V)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön äkillinen sairastuminen	Keskisuuri	Varahenkilöjärjestelyt, yhteistyö hyvinvointialueen kanssa, työvuorosuunnittelu
Ajoneuvon tekninen vika	Keskisuuri	Säännölliset huollot, päivittäistarkastukset, varayksikköjärjestely
Samanaikaiset useat tehtävät	Keskisuuri-suuri	Tilannejohtaminen, yhteistyö muiden yksiköiden kanssa
Tietojärjestelmän häiriö	Keskisuuri	Varakirjaamisen menettely, tekninen tuki, jatkuvuussuunnitelma

Taulukko 1: Keskeisimmät palvelujen saatavuuteen liittyvät riskit

4.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

4.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Ensihoitopalvelu toimii osana alueellista terveydenhuollon ja viranomaisyhteistyön kokonaisuutta.

Yhteistyö varmistetaan:

- Päivittäisellä tilannejohtamisella ja viestiliikenteellä hätäkeskuksen kanssa
- Yhteistyöllä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ensihoidon kenttäjohdon kanssa
- Yhteistyöllä päivystävien sairaaloiden, perusterveydenhuollon, sosiaalipäivystyksen, pelastuslaitoksen ja poliisin kanssa
- Yhteisillä toimintamalleilla ja hoito-ohjeilla

Tiedonkulku varmistetaan ensisijaisesti potilastietojärjestelmien, viranomaisverkkojen ja kirjallisten raporttien kautta. Potilaan jatkohoitoon siirtyminen toteutetaan rakenteisen raportoinnin ja asianmukaisen kirjaamisen avulla.



4.2.2 Valmius ja jatkuvuudenhallinta

Valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaa palvelupäällikkö. Yhteystiedot on määritelty organisaation sisäisissä ohjeissa.

Valmiudella tarkoitetaan palveluyksikön kykyä vastata normaaliolojen häiriötilanteisiin sekä poikkeusoloihin. Jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan toiminnan turvaamista erilaisissa häiriötilanteissa siten, että ensihoitopalvelu voidaan tuottaa keskeytyksettä tai mahdollisimman vähäisin keskeytyksin.

Toimivuus varmistetaan:

- Valmius- ja jatkuvuussuunnitelmalla
- Säännöllisellä riskien arvioinnilla
- Henkilöstön koulutuksella ja harjoituksilla
- Varajärjestelmillä (esim. varakirjaaminen, varakalusto)
- Yhteistyöllä hyvinvointialueen kanssa

Henkilöstön sairastumistilanteissa palvelu turvataan varahenkilöjärjestelyillä, työvuorojen uudelleenjärjestelyllä sekä tarvittaessa yhteistyöllä muiden ensihoitoyksiköiden kanssa.

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (T x V)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Laaja henkilöstöpoissaolo	Suuri	Varahenkilöjärjestelyt, yhteistyöverkosto, työvuorosuunnittelu
Pitkäkestoinen tietoliikennehäiriö	Keskisuuri	Varaviestintämenetelmät, varakirjaaminen manuaalisesti SV210
Polttoaineen tai tarvikkeiden saatavuushäiriö	Keskisuuri	Pidetään ambulanssien polttoainetankit täynnä, sopimukset toimittajien kanssa
Suuronnettomuus tai poikkeusolo	Suuri	Valmiussuunnitelma, viranomaisyhteistyö, harjoitukset

Taulukko 2: Keskeisimmät jatkuvuuteen liittyvät riskit



4.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

4.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Ensihoitopalvelun tulee olla laadukasta, potilaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toiminta perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön, Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ensihoidon palvelutasopäätökseen sekä hyväksyttyihin hoito-ohjeisiin.

Palveluyksikön laatuvaatimukset:

- Hoito toteutetaan näyttöön perustuvien hoito-ohjeiden mukaisesti
- Henkilöstö täyttää hoitotason ensihoidolle asetetut pätevyysvaatimukset
- Potilasturvallisuus varmistetaan systemaattisella riskienhallinnalla
- Kirjaaminen on ajantasaista ja rakenteista

Laadunhallinnan keinoja ja mittareita:

- Vasteaikojen seuranta
- Tehtävä- ja potilaskirjausten auditoinnit
- Poikkeama- ja vaaratapahtumailmoitusten analysointi
- Asiakas- ja sidosryhmäpalaute
- Säännölliset kehityskeskustelut ja henkilöstöpalaverit

Riskienhallinnasta vastaa palveluyksikön lääketieteellinen johtaja yhdessä palvelupäällikön kanssa. Riskienhallinta on osa päivittäisjohtamista ja omavalvontaa.

Potilasturvallisuus varmistetaan mm.:

- Päivittäisillä kalusto- ja lääketarkastuksilla
- Tarkistuslistojen käytöllä



- Kaksinkertaisella lääkevarmistuksella tarvittaessa
- Rakenteisella raportoinnilla hoitoyksiköiden välillä
- Poikkeamien käsittelyllä ja niistä oppimisella

Ensihoitopalvelussa ei tuoteta digitaalisia tai etäpalveluja.

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (T x V)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Lääkehoitovirhe	Keskisuuri	Lääkehoitosuunnitelma, lääkeluvat, kaksoistarkastus
Puutteellinen kirjaaminen	Keskisuuri	Kirjaamiskoulutus, auditoinnit
Hoito-ohjeiden vastainen toiminta	Pieni-keskisuuri	Perehdytys, ohjeiden saatavuus, valvonta
Laitteen toimintahäiriö	Keskisuuri	Huolto-ohjelma, päivittäistarkastukset

Taulukko 3: Keskeisimmät turvallisuuteen ja laatuun liittyvät riskit

4.3.2 Toimitilat ja välineet

Palveluyksikön toimitilat koostuvat ensihoitoyksiköiden asemapaikoista (Aura, Loimaa ja Somero) sekä ambulanssiajoneuvoista. Toimitilat ja ajoneuvot soveltuvat ensihoitotoimintaan ja täyttävät toiminnalle asetetut vaatimukset. Toimitilat on tarkastettu ja hyväksytty pelastusviranomaisen ja tilaajan toimesta.

Ambulanssit on varusteltu hoitotason ensihoitoyksikön vaatimusten mukaisesti. Välineistöön kuuluvat mm. lääkintälaitteet, monitori-defibrillaattorit, hengityksen turvaamisen välineet, tuentavälineet, potilaan kanto- ja siirtovälineet sekä asianmukainen lääkevarasto.



Toimitilojen ja ajoneuvojen turvallisuus varmistetaan:

- Säännöllisillä huolloilla ja määräaikaistarkastuksilla
- Päivittäisillä käyttö- ja toimintakuntotarkastuksilla
- Dokumentoidulla huolto-ohjelmalla
- Laitteiden käyttöön liittyvällä koulutuksella

Tilojen terveellisyys varmistetaan asianmukaisella siivoussuunnitelmalla, ilmanvaihdoilla ja työterveyshuollon seurannalla. Ambulanssien puhtaus varmistetaan päivittäisellä siivouksella sekä tarvittaessa desinfektiolla tehtävien jälkeen.

Välineiden käyttöön liittyviä riskejä ovat laiteviat, huoltoviiveet sekä virheellinen käyttö. Riskien hallintakeinoina ovat huoltosopimukset, käyttöohjeiden saatavuus, henkilöstön koulutus sekä vaaratilanneilmoitusmenettely.

Palveluyksikössä ei ole potilaan vastaanottotiloja.

Välineiden asianmukaisuus varmistetaan siten, että käytössä ei ole vanhentuneita, huoltamattomia tai käyttötarkoitukseensa soveltumattomia laitteita. Laitteiden huollot ja tarkastukset dokumentoidaan.

Kiinteistöjen ylläpidosta vastataan vuokrasopimusten mukaisesti yhteistyössä kiinteistön omistajan kanssa.

4.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

Asiakastietolain 7 §:n mukaisena vastuuhenkilönä toimii palveluyksikön lääketieteellinen johtaja. Palveluntuottajan tietosuojavastaava on nimetty erikseen ja hänen yhteystietonsa ovat henkilöstön saatavilla.



Toiminnassa noudatetaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU 2016/679), tietosuojalakia (1050/2018), asiakastietolakia sekä terveydenhuollon erityislainsäädäntöä.

Tietosuojaperiaatteiden toteutuminen varmistetaan:

- Käsittelemällä vain tehtävän hoitamisen kannalta välttämättömiä tietoja
- Rajoittamalla käyttöoikeudet työtehtävien mukaisesti
- Käyttämällä vahvaa tunnistautumista ja henkilökohtaisia käyttäjätunnuksia
- Kirjaamalla potilastiedot ajantasaisesti ja rakenteisesti

Henkilöstö perehdytetään tietosuojaa ja tietoturvaa koskeviin ohjeisiin työsuhteen alussa. Osaamista ylläpidetään säännöllisellä koulutuksella. Henkilöstölle on ohjeistettu menettely tietoturvaloukkaustilanteissa, ja poikkeamista ilmoitetaan viipymättä vastuuhenkilölle.

Potilas- ja asiakastiedot kirjataan käytössä olevaan hyvinvointialueen hyväksymään potilastietojärjestelmään. Tiedot arkistoidaan lainsäädännön mukaisesti Kanta-palveluihin.

Käyttöoikeudet myönnetään tehtäväkohtaisesti ja ne tarkistetaan säännöllisesti. Käyttölokitietoja seurataan tarvittaessa.

Mikäli potilas haluaa tarkastaa tai korjata tietonsa, pyyntö ohjataan rekisterinpitäjän ohjeiden mukaisesti käsiteltäväksi. Tietojen luovutus sivullisille tapahtuu vain lainsäädännön perusteella tai potilaan suostumuksella.

Tietosuojan toteutumista seurataan osana omavalvontaa, poikkeamaraportointia ja sisäistä valvontaa.



4.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Palveluyksikössä käytetään tilaajan (Varsinais-Suomen hyvinvointialue) järjestelmää KEJO (Kenttäjohtamisjärjestelmä) ensihoitotehtävien vastaanottamiseen, kirjaamiseen ja raportointiin. Lisäksi käytössä ovat hyvinvointialueen hyväksymät potilastietojärjestelmät ja Kanta-yhteensopivat järjestelmät.

Varmistetaan, että käytössä olevat tietojärjestelmät täyttävät asiakastietolain olennaiset vaatimukset ja että ne ovat Valviran tietojärjestelmärekisterin mukaisia.

Tietojärjestelmien asianmukainen käyttö varmistetaan:

- Perehdyttämällä henkilöstö KEJO-järjestelmän ja potilastietojärjestelmän käyttöön
- Antamalla käyttöoikeudet tehtäväkohtaisesti
- Seuraamalla käyttöoikeuksien ajantasaisuutta
- Huolehtimalla järjestelmäpäivityksistä tilaajan ohjeiden mukaisesti

Palveluyksikön tietoturvasuunnitelma on laadittu ja sitä päivitetään säännöllisesti. Tietoturvasuunnitelmasta sekä sen päivittämisestä vastaa tietosuojavastaava Matias Lustig.

Mahdollisista tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista tai tietoturvahäiriöistä ilmoitetaan viipymättä tilaajalle ja toimitaan annettujen ohjeiden mukaisesti. Häiriötilanteissa käytetään varakirjaamisen menettelyä ja varmistetaan potilasturvallisuuden säilyminen.

Teknologian soveltuvuus varmistetaan ennen käyttöönottoa arvioimalla sen käyttötarkoituksen, tietoturvan ja yhteensopivuuden toimintaan. Henkilöstölle annetaan tarvittava käyttöopastus.

Mahdollisiin teknologian vikatilanteisiin on varauduttu jatkuvuussuunnitelmassa määritellyin menettelyin.



4.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Ensihoitotoimintaan liittyy riski tarttuvien tautien leviämisestä, koska potilaskontaktit tapahtuvat vaihtelevissa ympäristöissä ja usein kiireellisissä tilanteissa. Tyypillisiä riskejä ovat hengitystieinfektiot, veriteitse tarttuvat taudit sekä epidemiatilanteet.

Infektioiden leviämistä ehkäistään:

- Noudattamalla tavanomaisia varotoimia kaikissa potilaskontakteissa
- Käyttämällä tilanteen mukaista suojausta (esim. suojakäsineet, maskit, suojalasit, suojatakki)
- Huolehtimalla käsihygieniasta (käsihuuhde aina saatavilla yksiköissä)
- Puhdistamalla ja desinfioimalla välineet ja ajoneuvo jokaisen tehtävän jälkeen tarpeen mukaan
- Noudattamalla hyvinvointialueen infektio-ohjeita

Hoitoon liittyvä infektio tunnistetaan potilaan oireiden, altistushistorian ja epidemiologisen tilanteen perusteella. Tartuntatauteihin liittyvissä tilanteissa toimitaan viranomaisohjeiden mukaisesti.

Mahdollisista altistumisista tai poikkeamista tehdään ilmoitus vastuuhenkilölle ja tarvittaessa työterveyshuoltoon.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä ja säännöllisellä koulutuksella. Rokotussuoja tarkistetaan työterveyshuollon kautta.

Hygieniakäytäntöjen toteutumista seurataan osana päivittäistarkastuksia ja omavalvontaa.

Yksikössä on nimetty hygieniayhdyshenkilö, joka seuraa ohjeistuksia ja välittää ajankohtaista tietoa henkilöstölle.

Jätehuolto toteutetaan lainsäädännön mukaisesti. Tartuntavaarallinen jäte kerätään asianmukaisesti, merkittyihin säiliöihin ja toimitetaan hävitettäväksi sopimuskumppanin kautta.



4.3.6 Hygieniaohjeiden ja infektiorjunnan toteutumisen seuranta ja arviointi

Palveluyksikössä seurataan hygieniaohjeiden ja infektiorjunnan toteutumista osana päivittäistä toimintaa, omavalvontaa sekä esihenkilötyötä. Seurannan tavoitteena on varmistaa, että työskentely tapahtuu ajantasaisia hygieniaohjeita noudattaen ja että infektioiden leviämisen riskiä ehkäistään systemaattisesti.

Seurantaa toteutetaan muun muassa havainnoimalla käsihygienian toteutumista, suojainten ja suojakäsineiden asianmukaista käyttöä sekä ajoneuvojen, välineiden ja hoitotilojen puhdistus- ja desinfektiokäytäntöjen toteutumista. Lisäksi seurataan hygieniaatarvikkeiden, kuten käsihuuhteen, suojakäsineiden ja muiden suojainten kulutusta.

Hygieniaan liittyvät poikkeamat, vaaratapahtumat ja kehittämishavainnot kirjataan RiskiPulssi-järjestelmään ja käsitellään viivytyksettä. Seurannassa havaitut puutteet johtavat tarvittaviin korjaaviin toimenpiteisiin, joiden toteutuminen dokumentoidaan ja joiden vaikuttavuutta arvioidaan osana omavalvontaa.

Henkilöstön hygieniaosaamista ylläpidetään perehdytyksellä, ohjeistuksella ja täydennyskoulutuksilla. Hygieniakäytäntöjen toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja tarvittaessa ohjeita ja toimintamalleja päivitetään havaintojen perusteella.

4.3.7 Lääkehoitosuunnitelma

Palveluyksikössä on laadittu erillinen, ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu STM:n Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaisesti ja se päivitetään säännöllisesti sekä aina toiminnan tai lääkevalikoiman muuttuessa.



Palveluyksikössä on kirjallinen lääkehoitosuunnitelma, joka ohjaa lääkehoidon toteuttamista, seurantaa ja turvallisuuden varmistamista. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu 17.10.2024 ja päivitetty viimeksi 30.3.2026.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa palveluyksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri yhteistyössä palveluyksikön vastuuhenkilöiden kanssa. Lääkehoitosuunnitelman ajantasaisuus tarkistetaan säännöllisesti sekä aina toiminnan, ohjeistuksen tai lainsäädännön muuttuessa.

Lääkehoitosuunnitelma on henkilöstön saatavilla sähköisessä muodossa, ja sen sisältö käydään läpi perehdytyksessä sekä tarvittaessa osana henkilöstön täydennyskoulutusta.

Palveluyksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta, lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta vastaa palveluyksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri yhteistyössä palvelupäällikön ja esihenkilön kanssa.

Vastuu sisältää lääkehoidon toteutumisen seurannan, henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamisen, lääkehoitoon liittyvien poikkeamien käsittelyn sekä lääkehoitoa koskevien ohjeiden ajantasaisuuden varmistamisen. Lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan osana omavalvontaa, päivittäisjohtamista ja poikkeamien käsittelyä.

Havaittujen puutteiden perusteella määritellään tarvittavat korjaavat toimenpiteet, joiden toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan osana palveluyksikön omavalvontaa.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa palveluyksikön lääketieteellinen johtaja. Lääkehoidon asianmukaisuudesta, toteutumisesta ja seurannasta vastaa lääketieteellinen johtaja yhteistyössä palvelupäällikön kanssa.



Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu muun muassa:

- Lääkehoidon vastuut ja työnjako
- Lääkelupakäytännöt ja osaamisen varmistaminen
- Lääkkeiden tilaaminen, säilytys, kuljetus ja hävittäminen
- Lääkevaraston tarkastukset ja dokumentointi
- Kaksinkertaisen tarkistamisen käytännöt
- Toimintamallit lääkehoitopoikkeamien varalta
- Haittavaikutusilmoitusten tekeminen
- Menettelytavat lääkevarkauksien varalta

Lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan osana päivittäistä toimintaa, poikkeamaraportointia sekä sisäistä valvontaa. Havaitut lääkehoitoon liittyvät poikkeamat käsitellään viivytyksettä ja niistä johdetaan tarvittavat korjaavat toimenpiteet.

Ajantasainen lääkehoitosuunnitelma on henkilöstön saatavilla sähköisessä muodossa ja siihen perehdytään osana työntekijän perehdytystä.

4.3.8 Lääkinnälliset laitteet

Ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä toimii palveluyksikön lääketieteellinen johtaja. Palveluyksikössä on nimetty laitevastuuhenkilö, joka vastaa laiteluettelon ylläpidosta, huoltojen seurannasta ja dokumentoinnista.

Toiminnassa noudatetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) velvoitteita.



Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö varmistetaan:

- Perehdyttämällä henkilöstö laitteiden käyttöön
- Varmistamalla käyttöosaaminen ennen itsenäistä työskentelyä, jokainen suorittaa laitepassin
- Ylläpitämällä ajantasaista laiteluetteloa
- Toteuttamalla valmistajan ohjeiden mukaiset huollot ja määräaikaistarkastukset
- Dokumentoimalla huollot ja tarkastukset

Laitteiden jäljitettävyyys varmistetaan yksikkökohtaisilla tunnistetiedoilla ja huoltokirjanpidolla.

Mahdollisista lääkinällisten laitteiden vaaratilanteista tehdään ilmoitus viipymättä vastuuhenkilölle ja tarvittaessa Fimealle voimassa olevan ohjeistuksen mukaisesti.

Vaaratilanteet käsitellään osana poikkeamamenettelyä ja niistä johdetaan tarvittavat korjaavat toimenpiteet.

Laitteiden toimintakunto tarkistetaan päivittäin osana yksikön lähtötarkastusta.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu taulukossa 4.



Tunnistettu riski	Riskin arviointi	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Puutteellinen käyttöosaaminen	Merkittävä	Henkilöstö perehdytetään laitteiden käyttöön ja käyttöosaaminen varmistetaan laitepassilla ennen itsenäistä työskentelyä.
Laitteen virheellinen käyttö	Merkittävä	Käyttöohjeet ovat saatavilla, henkilöstön osaamista ylläpidetään säännöllisesti ja poikkeamat käsitellään viipymättä.
Huollon tai määräaikaistarkastuksen laiminlyönti	Kohtalainen	Laiteluettelo pidetään ajan tasalla ja huollot sekä määräaikaistarkastukset seurataan ja dokumentoidaan.
Laiterikko tai toimintahäiriö potilastilanteessa	Vakava	Laitteiden toimintakunto tarkistetaan päivittäin ja viat ilmoitetaan sekä korjataan viivytyksettä.
Puutteellinen jäljitettävyys	Kohtalainen	Laitteet yksilöidään tunnistetiedoilla ja huoltohistoria kirjataan asianmukaisesti.
Vaaratilanteen ilmoittamatta jääminen	Merkittävä	Vaaratilanteista ilmoitetaan viipymättä vastuuhenkilölle ja tarvittaessa Fimealle ohjeistuksen mukaisesti.
Puutteellinen dokumentointi	Kohtalainen	Huollot, tarkastukset, viat ja poikkeamat dokumentoidaan yhtenäisen käytännön mukaisesti.

Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

4.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Palveluyksikössä työskentelee hoitotason ensihoitohenkilöstöä sopimuksen edellyttämä määrä. Henkilöstörakenne koostuu laillistetuista sairaanhoitajista ja ensihoitajista, joilla on hoitotason ensihoidon edellyttämä koulutus ja voimassa olevat pätevyudet. Vuorokohtainen miehitys vastaa palvelutasopäätöksen vaatimuksia.



Sijaisten käytössä noudatetaan samoja pätevyysvaatimuksia kuin vakituksessa henkilöstössä. Vuokrattua tai alihankittua työvoimaa käytetään vain tarvittaessa ja tällöin varmistetaan ammattioikeudet ja osaaminen ennen työvuoron aloittamista.

Ammattioikeudet tarkistetaan JulkiTerhikki-rekisteristä ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana.

Palveluyksikössä arvioidaan tehtäväkohtaisesti, edellyttääkö tehtävä rikosrekisteriotteen tarkistamista voimassa olevan lainsäädännön perusteella. Ensihoitotehtävissä rikosrekisteriotetta ei lähtökohtaisesti pyydetä, koska työ ei yleensä ole lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä annetussa laissa tarkoitettua olennaista ja pysyväisluonteista työskentelyä lasten kanssa eikä valvontalain 28 §:ssä tarkoitettua iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden sosiaali- ja terveyspalveluissa tapahtuvaa työskentelyä. Mikäli tehtäväkuva muuttuu siten, että lain edellytykset täyttyvät, toimitaan voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti.

Henkilöstön riittävyys varmistetaan:

- Työvuorosuunnittelulla
- Varahenkilöjärjestelyillä
- Seuraamalla tehtävämääriä ja kuormitusta
- Yhteistyöllä hyvinvointialueen ensihoidon johdon kanssa

Mikäli henkilöstöä ei ole riittävästi, tilanteesta ilmoitetaan viipymättä tilaajalle ja toteutetaan sovitut varajärjestelyt potilasturvallisuuden turvaamiseksi.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan:

- Perehdytysohjelmalla
- Lääkelupakäytännöillä
- Säännöllisellä täydennyskoulutuksella



- Simulaatioharjoituksilla ja hoito-ohjekoulutuksilla

Perehdytys dokumentoidaan. Ammattitaidon ylläpitämistä seurataan kehityskeskusteluissa ja koulutusseurannalla.

Henkilöstön työskentelyn asianmukaisuutta seurataan kirjaamisauditoinneilla, poikkeamailmoituksilla ja esihenkilövalvonnalla. Havaittuihin epäkohtiin puututaan viivytyksettä.

Henkilöstöltä kerätään palautetta säännöllisesti henkilöstöpalavereissa ja kehityskeskusteluissa. Palautetta hyödynnetään toiminnan kehittämässä.

Riskienhallinnan osaaminen varmistetaan koulutuksella ja poikkeamien käsittelyllä. Työturvallisuuslain mukaiset velvoitteet huomioidaan riskien arvioinnissa, työolosuhteiden seurannassa sekä työterveyshuollon yhteistyössä.

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (T x V)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstövaje	Suuri	Varahenkilöjärjestelyt, työvuorosuunnittelu
Osaamipuute	Keskisuuri	Perehdytys, täydennyskoulutus, lääkeluvat
Työuupumus	Keskisuuri	Kuormituksen seuranta, työterveyshuolto
Puutteellinen perehdytys	Keskisuuri	Dokumentoitu perehdytysohjelma

Taulukko 5: Keskeisimmät henkilöstöön liittyvät riskit

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

Palveluyksikössä kunnioitetaan potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta ja yhdenvertaisuutta kaikissa tilanteissa. Ensihoitopalvelua tuotetaan yhdenvertaisesti kaikille ensihoitoa tarvitseville henkilöille riippumatta iästä, sukupuolesta, kielestä, vakaumuksesta, terveydentilasta tai muusta henkilöön liittyvästä syystä.



Potilaan oikeudet perustuvat potilaslakiin ja muuhun terveydenhuollon lainsäädäntöön. Potilaalle annetaan hänen tilansa edellyttämä tieto ymmärrettävässä muodossa ja mahdollisuuksien mukaan huomioidaan hänen mielipiteensä ja toiveensa hoitoa koskevassa päätöksenteossa.

Palveluyksikön toiminnassa kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta kaikissa hoito- ja palvelutilanteissa. Potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, saada ymmärrettävää tietoa terveydentilastaan, hoidostaan ja hoitovaihtoehtoistaan sekä ilmaista oma tahtonsa hoidon toteuttamisesta lain sallimissa rajoissa.

Potilaan hoito toteutetaan ensisijaisesti yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Henkilöstö toimii vuorovaikutteisesti, rauhallisesti ja potilaan tilannetta arvioiden siten, että potilaan oikeudet, ihmisarvo ja yksilölliset tarpeet huomioidaan kaikissa tilanteissa.

Palveluyksikössä ei käytetä pakkokeinoja eikä rajoittamistoimenpiteitä osana tavanomaista toimintaa. Mikäli ensihoitotilanteessa ilmenee uhkaavaa käyttäytymistä tai tilanne vaarantaa henkilöstön, potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuuden, toimitaan voimassa olevan lainsäädännön, viranomaisohjeiden sekä alueellisten toimintamallien mukaisesti.

Tarvittaessa tilanteeseen pyydetään virka-apua poliisilta potilas-, työturvallisuus- ja yleisen turvallisuuden varmistamiseksi. Tällaisissa tilanteissa henkilöstö arvioi tilannetta ensisijaisesti turvallisuuden näkökulmasta ja dokumentoi tapahtumat asianmukaisesti.

Poikkeavat tilanteet käsitellään jälkikäteen organisaation poikkeamienhallintamenettelyn mukaisesti, ja tarvittaessa toimintatapoja tarkennetaan henkilöstön ohjauksen, perehdytyksen ja koulutuksen avulla.

Palveluiden esteettömyys varmistetaan siten, että ensihoitoyksiköt on varustettu potilaan siirtämiseen soveltuvilla apuvälineillä ja henkilöstö on koulutettu toimimaan erilaisissa toimintaympäristöissä.

Kielelliset oikeudet huomioidaan käyttämällä tarvittaessa tulkkauspalveluita tai viranomaisverkoston kautta saatavaa kielitukea.



Mahdollinen epäasiallinen kohtelu käsitellään viivytyksettä esihenkilön toimesta. Henkilöstölle on ohjeistettu toimintamalli epäasiallisen kohtelun ehkäisemiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Potilasta informoidaan hänen oikeusturvakeinoistaan, kuten mahdollisuudesta tehdä muistutus tai kantelu. Muistutusten käsittelystä vastaa palveluyksikön lääketieteellinen johtaja ja ne käsitellään ilman aiheetonta viivytystä.

Potilas- ja sosiaaliasiavastaavien yhteystiedot annetaan potilaalle pyydettyäessä ja ne ovat saatavilla hyvinvointialueen verkkosivuilla.

Potilaspalautetta kerätään hyvinvointialueen palautekanavien kautta sekä suullisesti tehtävien yhteydessä. Palautteet käsitellään osana omavalvontaa ja toiminnan kehittämistä.

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakas ja potilas saavat tarvittaessa tiedon käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista. Asiakkaalle ja potilaalle annetaan tarvittaessa ohjausta muistutuksen, kantelun, potilasvahinkoilmoituksen sekä potilas- ja sosiaaliasiavastaavan palveluiden käyttämisestä.

Henkilöstö ohjaa asiakasta, potilasta tai hänen läheistään oikeusturvakeinojen käytössä tilanteen edellyttämällä tavalla. Tieto oikeusturvakeinoista annetaan suullisesti palvelutilanteessa sekä tarvittaessa kirjallisesti. Menettelyä sovelletaan erityisesti tilanteissa, joissa asiakas, potilas tai hänen läheisensä ilmaisee tyytymättömyyttä saatuun palveluun, kohteluun tai hoitoon.

Oikeusturvakeinoihin liittyvät toimintatavat käydään läpi henkilöstön perehdytyksessä sekä omavalvontasuunnitelman päivitysten yhteydessä henkilöstöpalavereissa. Käytäntöjen toteutumista seurataan saadun palautteen, muistutusten, kanteluiden ja poikkeamailmoitusten käsittelyn yhteydessä. Havaittujen puutteiden perusteella toimintatapoja tarkennetaan ja henkilöstölle annetaan tarvittaessa lisäohjausta.



Potilasasiavastaava neuvoo potilasta potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa, avustaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä sekä tiedottaa potilaan oikeuksista ja käytettävissä olevista oikeusturvakeinoista.

Sosiaaliasiavastaava neuvoo sosiaalihuollon asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä asioissa, avustaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä sekä tiedottaa asiakkaan oikeuksista ja oikeusturvakeinoista.

Potilas- ja sosiaaliasiavastaavien ajantasaiset yhteystiedot pidetään nähtävillä palveluyksikössä sekä annetaan asiakkaalle tai potilaalle tarvittaessa palvelutapahtuman yhteydessä. Lisäksi yhteystiedot ovat saatavilla Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla.

Potilasasiavastaava:

Potilasasiavastaavana toimii kulloinkin vuorossa oleva potilasasiavastaava.

Puh: 02 313 2399

Sähköposti: potilasasiavastaava@varha.fi

Sosiaaliasiavastaava:

Sosiaaliasiavastaavana toimii kulloinkin vuorossa oleva sosiaaliasiavastaava.

Puh: 02 313 2399

Sähköposti: sosiaaliasiavastaava@varha.fi

Palveluyksikön vastuhenkilö vastaa siitä, että yhteystiedot tarkistetaan säännöllisesti ja päivitetään viivytyksettä, mikäli tiedoissa tapahtuu muutoksia.



Tunnistettu riski	Riskin arviointi (T x V)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Potilaan puutteellinen informointi	Keskisuuri	Henkilöstön koulutus, selkeät toimintamallit
Epäasiallinen kohtelu	Pieni-keskisuuri	Ohjeistus, esihenkilövalvonta
Kielellisten oikeuksien toteutumattomuus	Keskisuuri	Tulkkauspalveluiden käyttö
Muistutuksen käsittelyn viivästyminen	Pieni	Selkeä vastuunjako ja seuranta

Taulukko 6: Keskeisimmät potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvät riskit

5 Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

5.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Palveluysikössä on käytössä Riskipulssi-ohjelma haitta- ja vaaratilanteiden sekä riskihavaintojen raportointiin. Lisäksi käytössä ovat HaiPro- ja Posipro-järjestelmät tilaajan ohjeistuksen mukaisesti.

Henkilöstöllä on velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, puutteista, vaaratilanteista ja niiden uhasta viipymättä. Ilmoitukset tehdään ensisijaisesti Riskipulssi-järjestelmään tai tilaajan edellyttämään järjestelmään (HaiPro/Posipro).

Ilmoitukset käsitellään säännöllisesti palveluysikön johdon toimesta sekä yhteenveto kuukausipalavereissa henkilöstölle. Tarvittaessa ilmoituksista tiedotetaan tilaajalle ja valvontaviranomaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain 29 §:n mukaisesti.

Vakavista epäkohdista tai potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista ilmoitetaan viivytyksettä tilaajalle.



Asiakkaalla tai potilaalla sekä hänen omaisellaan on mahdollisuus antaa palautetta tai tehdä ilmoitus vaaratapahtumasta hyvinvointialueen palautekanavien kautta.

Poikkeamien käsittelyprosessi sisältää:

- Tapahtuman kuvaamisen
- Syiden ja taustatekijöiden analysoinnin
- Korjaavien ja ehkäisevien toimenpiteiden määrittelyn
- Toimenpiteiden seurannan

Ilmoituksista saatua tietoa hyödynnetään omavalvonnassa, riskienhallinnassa ja toiminnan kehittämisessä.

Henkilöstölle tiedotetaan ilmoitusvelvollisuudesta perehdytyksen yhteydessä ja säännöllisesti henkilöstöpalavereissa.

Poikkeamien käsittelyssä noudatetaan avoimuuden ja syyllistämättömän toimintakulttuurin periaatteita.

5.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavaksi vaaratapahtumaksi katsotaan tapahtuma, joka on johtanut tai olisi voinut johtaa potilaan vakavaan haittaan, kuolemaan tai merkittävään potilasturvallisuuden vaarantumiseen.

Vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan poikkeamailmoitusten, esihenkilöhavainnon tai tilaajan ilmoituksen perusteella. Kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan, asiasta ilmoitetaan viipymättä palveluyksikön lääketieteelliselle johtajalle ja tilaajalle.



Tutkintaprosessi sisältää:

- Tapahtumien kulun selvittämisen
- Taustasyiden analysoinnin
- Riskitekijöiden tunnistamisen
- Korjaavien ja ehkäisevien toimenpiteiden määrittelyn

Tarvittaessa hyödynnetään laajempaa juurisyyanalyysiä. Tutkinnassa noudatetaan syyllistämätöntä toimintakulttuuria ja henkilöstölle tarjotaan tarvittaessa tukea (esim. purkukeskustelu, debriefing).

Tutkinnasta saatu tieto käsitellään henkilöstön kanssa ja hyödynnetään toiminnan kehittämisessä, koulutuksessa ja ohjeistuksen päivittämisessä.

5.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Palautetietoa kerätään useista lähteistä, kuten Riskipulssi-, HaiPro- ja Posipro-järjestelmistä, hyvinvointialueen palautekanavista, muistutuksista, kanteluista sekä suullisesta palautteesta potilailta ja yhteistyötahoilta. Asiakaspalautetta kerätään lisäksi ambulansseissa olevan QR-koodin kautta, jonka avulla asiakas voi täyttää asiakaspalautekyselyn.

Palautteet käsitellään säännöllisesti palveluyksikön johdon ja henkilöstön palavereissa. Tarvittaessa palaute analysoidaan tarkemmin ja siitä johdetaan korjaavia tai kehittäviä toimenpiteitä.

Muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa esiin tulleet havainnot käsitellään viivytyksettä ja niiden perusteella arvioidaan toiminnan muutostarpeet.

Valvontaviranomaisten antama ohjaus, tarkastushavainnot ja päätökset huomioidaan omavalvonnan kehittämisessä ja tarvittavat muutokset kirjataan sekä toimeenpannaan sovitussa aikataulussa.



Henkilöstölle tiedotetaan käytössä olevista palautekanavista perehdytyksen yhteydessä sekä säännöllisesti henkilöstöpalavereissa.

Palautetiedon perusteella tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta seurataan osana omavalvontaa ja riskienhallintaa.

5.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Poikkeamien, palautteiden ja riskien arvioinnin perusteella tunnistetut kehittämistarpeet käsitellään palveluyksikön johdon toimesta. Tarvittaessa toimenpiteet suunnitellaan yhteistyössä henkilöstön ja tilaajan kanssa.

Kehittämistoimenpiteet voivat liittyä esimerkiksi:

- Toimintaohjeiden päivittämiseen
- Koulutuksen lisäämiseen
- Työvuorosunnittelun muutoksiin
- Välineistön tai teknologian kehittämiseen
- Riskienhallintamenettelyjen tarkentamiseen

Jokaiselle kehittämistoimenpiteelle määritellään vastuutaho ja aikataulu. Toimenpiteiden etenemistä seurataan säännöllisesti henkilöstöpalavereissa ja johdon katselmoinneissa.



Kehittämistoimet dokumentoidaan seurantataulukkoon.

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Kirjaamiskäytäntöjen tarkennus ja koulutus KEJO	2026	Palvelupäällikkö	Auditointi
Lääkehoidon kaksoistarkistuksen vahvistaminen	2026	Palvelupäällikkö	Poikkeamaseuranta
Säännöllinen simulaatiokoulutus	Vuosittain	Lähiesihenkilö	Koulutusseuranta
Riskipulssi-ilmoitusten käsittelyn tehostaminen	2026	Johto	Neljännesvuosiraportointi

Taulukko 7: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet

6 Omavalvonnan seuranta ja raportointi

6.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan seuraavilla menetelmillä ja mittareilla:

- Vasteaikojen seuranta
- Tehtävämäärien ja kuormituksen seuranta
- Kirjaamisauditoinnit
- Lääkehoitopoikkeamien seuranta
- Riskipulssi-, HaiPro- ja Posipro-ilmoitusten analysointi
- Asiakas- ja sidosryhmäpalaute

Laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan säännöllisesti palveluyksikön johdolle sekä tilaajalle sopimuksen mukaisesti. Sisäinen käsittely tapahtuu vähintään neljännesvuosittain.



Riskienhallintakeinojen toimivuutta arvioidaan poikkeamien määrän, laadun ja toistuvuuden perusteella. Tarvittaessa riskienhallintatoimenpiteitä tarkennetaan.

Riskienhallinnan toteutumista arvioidaan osana omavalvontasuunnitelman tarkistusta.

6.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelman toteutumista sekä valvonnassa, poikkeamailmoituksissa, palautteissa, reklamaatioissa ja sisäisissä auditoinneissa tunnistettujen kehittämistoimenpiteiden etenemistä seurataan säännöllisesti johdon katselmoinneissa, henkilöstöpalavereissa sekä organisaation laatujärjestelmän mukaisessa poikkeamien ja korjaavien toimenpiteiden hallinnassa.

Seurannassa havaitut puutteet käsitellään viivytyksettä, ja tarvittavat korjaavat sekä kehittävät toimenpiteet määritellään. Kehittämistoimenpiteet, vastuuhenkilöt, määräajat, seurannan toteuma sekä toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi dokumentoidaan erilliseen taulukkoon.

Taulukon ajantasaisuus tarkistetaan vähintään neljän kuukauden välein sekä aina merkittävän poikkeaman, valvontahavainnon tai omavalvontasuunnitelman päivityksen yhteydessä.

Omavalvonnan seurannasta laaditaan yhteenveto, jonka perusteella tarvittavat muutokset päivitetään omavalvontasuunnitelmaan, henkilöstölle tiedotettaviin toimintaohjeisiin sekä organisaation laatujärjestelmän asiakirjoihin ilman aiheetonta viivytystä.

