Ombrelo Oy

Omavalvontasuunnitelma

Palveluyksikkö Ombrelo Etelä-Pohjanmaa
Lieskatie 2, 60510 Hyllykallio
www.ombrelo.fi

päivitetty 09.06.2026

Omavalvontasuunnitelman lukijalle

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta astui voimaan 1.1.2024. Sen mukaan palveluntuottajan on valvottava oman ja alihankkijansa toiminnan laatua ja asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien sekä niiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien, jotka antavat palveluja useammassa kuin yhdessä palveluyksikössä, pitää laatia toiminnastaan omavalvontaohjelma.

Palveluntuottajan on laadittava jokaiselle palveluyksiköllеen omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelut, jotka tuotetaan palveluyksikössä tai sen lukuun. Omavalvontasuunnitelman avulla varmistetaan toiminnan laatua, asianmukaisuutta ja turvallisuutta sekä seurataan asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyttä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira julkaisi 14.5.2024 määräyksen omavalvontasuunnitelman laatimisesta ja seurannasta. Määräyksessä annetaan ohjeistusta suunnitelman sisällöstä. Omavalvontasuunnitelman laajuus ja sisältö määräytyvät palveluyksikössä tuotettavien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan.

Keskeiset lähteet:

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023 (linkki)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain soveltaminen (linkki)
- Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta (linkki)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (linkki)

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Yritys: Ombrelo oy
Y-tunnus: 2188035-0
Päätoimipaikka: Ombrelo Seinäjoki, Lieskatie 2, 60510 Hyllykallio

Palvelut: Puheterapia ja toimintaterapia
Kohderyhmä: Lapset, nuoret, aikuiset ja ikäihmiset
Toiminnan tavoitteet: Asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun tukeminen yksilöllisesti suunniteltujen ja turvallisesti toteutettujen kuntoutuspalvelujen avulla.

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi: Ombrelo Etelä-Pohjanmaa
Yhteystiedot palvelupisteeseen: Lieskatie 2, 60510 Hyllykallio

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukainen vastuuhenkilö ja palvelualojen vastuuhenkilöt:

- Nina Brigatti, terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja, tietosuojavastaava
  Puh. 050 307 8555, nina.brigatti@ombrelo.fi
- Katja Kuokkanen, palvelupäällikkö, puheterapian palveluala
  Puh. 044 307 8027, katja.kuokkanen@ombrelo.fi
- Sanna Kuusisaari, palvelupäällikkö, toimintaterapian palveluala
  Puh. 050 307 8027, sanna.kuusisaari@ombrelo.fi
- Heidi Hjerppe, palvelusihteeri, tietosuojavastaava
  Puh. 050 307 8612, heidi.hjerppe@ombrelo.fi, info@ombrelo.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palveluyksikössä tuotetaan puheterapia- ja toimintaterapiapalveluja.

Palvelut on suunnattu kaikille ikäryhmille sekä kehityksellisissä häiriöissä että ns. hankituissa häiriöissä.
Palvelut toteutetaan vastaanotolla, asiakkaiden arkiympäristöissä ja etäyhteydellä. Arkiympäristökäyntejä toteutetaan Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella.

Palveluyksikön toiminta-ajatus on tarjota laadukasta ja yksilöllistä puhe- ja toimintaterapiaa kaikenikäisille ihmisille. Tavoitteena on tukea asiakkaiden arjen toiminta- ja vuorovaikutuskykyä kokonaisvaltaisesti kunkin omat vahvuudet huomioiden.

Palveluyksikön toimintaperiaatteita ovat

- Asiakaslähtöisyys: Jokainen terapiaprosessi suunnitellaan ja toteutetaan asiakkaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet huomioiden.

- Yhteistyö: Teemme tiivistä yhteistyötä perheiden, arjen lähihenkilöiden, hoitotahojen ja muiden ammattilaisten kanssa asiakkaan parhaaksi.
- Tieteellisyys ja vaikuttavuus: Käytämme näyttöön perustuvia tai yleisesti vaikuttavaksi todettuja menetelmiä ja seuraamme jatkuvasti alan kehitystä.
- Kokonaisvaltainen lähestymistapa: Huomioimme asiakkaan fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä ympäristön vaikutukset kuntoutumiseen.
- Eettisyys ja kunnioitus: Kunnioitamme asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja kulttuurista taustaa kaikessa toiminnassamme.

Palveluyksikön asiakasmäärä vuonna 2025 oli noin 240 asiakasta, mistä noin 2 % tuotettiin alihankkijoiden toteuttamana. Valtaosa asiakkaista oli alle kouluikäisiä tai vasta koulunsa aloittaneita lapsia. Palveluista noin 65 % tuotettiin Kelan rahoittamina ja 35 % Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ostopalveluna tai palvelusetelillä. Satunnaisesti palveluja ostivat myös yksityishenkilöt ja vakuutusyhtiöt.

Terapiaprosessiin kuuluu aina terapiasitoumuksen ja -suunnitelman laatiminen. Dokumenttiin kirjataan mm. sovitut käytännöt, luvat tietojen vaihtamiseen, suunnitelma terapian toteutuksesta sekä alustavat tavoitteet.

1.4. Päiväys

Omavalvontasuunnitelma on päivitetty 09.06.2026.

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki palveluyksikön tuottamat palvelut. Omavalvontasuunnitelma on työväline, joka ohjaa henkilöstön käytännön työtä ja toimintaa. Vastuuhenkilöillä ja palveluyksikön henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista.

Omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka pidetään asiakkaiden, heidän läheistensä sekä henkilöstön saatavilla. Asiakkaat, heidän läheisensä ja henkilöstö voivat antaa palautetta omapalvelusuunnitelman sisällöstä milloin tahansa ottamalla yhteyttä omavalvontasuunnitelmassa nimettyihin vastuuhenkilöihin. Palaute huomioidaan päivitettäessä omavalvontasuunnitelmaa. Muutoksista tiedotetaan henkilöstöä. Päivittämisessä huomioidaan myös palveluissa, niiden laadussa sekä asiakasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset.

Päivittämisen yhteydessä tarkistetaan myös muiden toimintaa ohjaavien suunnitelmien ajantasaisuus:
- Tietoturva- ja tietosuojasuunnitelma
- Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma
- Pelastussuunnitelma
- Poistumisturvallisuusselvitys

Sähköisen omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä, hyväksymisestä ja julkaisemisesta vastaa terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja yhdessä omavalvontatiimin kanssa. Palveluyksikön omavalvonnasta vastaavat yhteistyössä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja Nina Brigatti sekä palvelualakohtaiset vastuuhenkilöt Katja Kuokkanen ja Sanna Kuusisaari.

Johtaminen ja valvonta tapahtuvat käytännössä seuraavasti:

1. Toiminnan seuranta ja valvonta
    - Säännölliset tapaamiset henkilöstön kanssa, joissa käydään läpi palvelutoiminnan tavoitteita, laatuvaatimuksia ja mahdollisia kehityskohteita.
    - Asiakaspalautteen ja haittatapahtumien systemaattinen käsittely ja analysointi parannustoimenpiteiden suunnittelemiseksi.
2. Laadunhallinta
    - Yhtenäiset toimintamallit ja ohjeistukset, jotka on laadittu palvelun laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi.
    - Omavalvontasuunnitelman säännöllinen päivittäminen sekä henkilöstön sitouttaminen sen toteuttamiseen.
3. Henkilöstön osaamisen varmistaminen
    - Säännöllinen koulutus ja perehdytys palveluun liittyvistä ohjeista, laadunhallinnasta ja asiakasturvallisuudesta.
    - Henkilöstön osaamisen seuranta ja kehitystarpeiden arviointi osana jatkuvaa laadunhallintaa.
4. Riskienhallinta
    - Riskien tunnistaminen ja hallintatoimenpiteiden toteuttaminen osana palvelun kehittämistä.
    - Tapahtumien juurisyiden selvittäminen ja korjaavien toimenpiteiden toteuttaminen.
5. Raportointi ja tiedonkulku
    - Toiminnan poikkeamista ja korjaavista toimenpiteitä raportoidaan tarvittaessa viranomaisille.
    - Säännöllinen raportointi johdolle palvelujen laadusta ja turvallisuudesta.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosikellon mukaisesti tammikuussa, toukokuussa ja syyskuussa tai aina, kun muutoksia tapahtuu. Omavalvontasuunnitelma julkaistaan palveluntuottajan verkkosivuilla ja se on nähtävissä paperimuodossa palveluyksikössä. Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään sähköisenä suojatussa tietoverkossa.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaiden pääsy palvelujen piiriin varmistetaan

- huolehtimalla sopimusten ylläpitämisestä Kelan ja hyvinvointialueiden kanssa
- tavoitettavuudella
- joustavilla ajanvarauskäytännöillä ja palvelujen toteutustavoilla (mm. käynnit arkiympäristöissä ja etäyhteydet)
- henkilöstöresurssien mitoituksella

Alihankinta

- Alihankkijoilta edellytetään kirjallista sopimusta, jossa määritellään laatu- ja turvallisuusvaatimukset.
- Palveluntuottaja vastaa alihankkijan laadun ja asiakasturvallisuuden seurannasta säännöllisen yhteydenpidon avulla.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu tarkemmin dokumenteissa Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma ja Riskienhallintasuunnitelma.

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö palveluntuottajan muiden palveluyksiköiden kanssa valmistetaan yhteisen asiakastietojärjestelmän, tietoverkon ja viestintäkanavien avulla.

Monialainen yhteistyö muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa toteutuu yhteispalavereissa ja tiedonvaihdon protokollilla. Palveluyksikkö tekee yhteistyötä mm. Kelan, hyvinvointialueiden ja muiden kuntoutuspalvelujen tuottajien kanssa.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaa terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja. Konkreettiset toimet on kuvattu erillisessä valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelmassa.

Valmiudella ja jatkuvuuden hallinnalla tarkoitetaan toimintakyvyn säilyttämistä äkillisissä häiriötilanteissa, kuten teknisten ongelmien, vastaanottotiloihin kohdistuvien häiriöiden tai terapeutin auton rikkoutumisen aikana. Jatkuvuuden hallinta varmistetaan ohjeistamalla henkilöstöä toimimaan häiriötilanteissa ja varmistamalla toimintojen varajärjestelyt.

Asiakkaan palvelujen jatkuvuus pyritään järjestämään häiriötilanteissa kuntoutuksen joustavilla toteutustavoilla.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu tarkemmin dokumenteissa Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma ja Riskienhallintasuunnitelma.

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palvelut toteutetaan laadukkaasti ja asiakaskeskeisesti noudattaen STM:n asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaa. Laadunhallinnassa käytetään asiakaspalautetta, itsearviointeja ja auditointeja. Palveluiden arviointiin käytetään tunnistettuja mittareita, kuten asiakastyytyväisyyskyselyjä.

Palveluyksikön riskienhallinnasta vastaavat terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja ja palvelualojen vastuuhenkilöt yhdessä. Riskienhallinta on organisoitu säännöllisten arviointien ja tarkistuslistojen avulla. Henkilöstöllä on ohjeet turvallisista toimintatavoista ja ne käydään läpi työsuhteen alussa ja sen jälkeen vuosittain.

Suojatut yhteydet ja GDPR:n mukaiset tietosuojakäytännöt varmistavat digitaalisten palveluiden turvallisuuden. Henkilöstö saa koulutusta tietoturvallisuudesta, asiakastietojärjestelmän, tietoverkon ja viestintäkanavien käytöstä.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Toiminnassa käytettävät toimitilat sijaitsevat katutasossa ja lyhytaikainen pysäköinti on mahdollista aivan ulko-oven läheisyydessä. Tilat ovat esteettömät myös WC-tilojen osalta. Kalustuksessa on huomioitu liikkuminen pyörätuolilla tai muilla apuvälineillä. Käytettävät kuntoutusmateriaalit ja -välineet valitaan asiakkaalle yksilöllisesti ja varmistetaan niiden sopivuus ja turvallisuus.

Toimitilojen ja toimintaympäristöjen terveellisyyttä ja turvallisuutta varmistetaan seuraavin tavoin.

- Sisäilman laatu, äänieristys, ilmanvaihto, valaistus ja muut fysikaaliset olosuhteet arvioidaan ja seurataan säännöllisesti.
- Palvelupiste on rekisteröity Lupa- ja valvontaviraston SOTERI-rekisteriin.
- Asiakkaiden yksityisyyden suoja varmistetaan erillisillä tilaratkaisuilla ja henkilöstön ohjeistuksella.
- Toimitilojen puutteista tehdään ilmoitukset joko suoraan vastuuhenkilöille tai nimettömästi ilmoituskanavalle.
- Kuntoutusmateriaalit ja välineet huolletaan säännöllisesti. Epäasianmukaiset/käyttöön sopimattomat välineet poistetaan käytöstä heti, kun puutteita on havaittu.

3.3.3 Asiakastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietojen käsittelyn käytännöistä vastaava tietosuojavastaava on Heidi Hjerppe.

Asiakastietojen käsittelyssä ja dokumentoinnissa otetaan huomioon EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ja tietosuojalain vaatimukset. Henkilöstölle annetaan ajantasaiset ohjeet henkilötietojen suojaamisesta ja koulutetaan säännöllisesti tietosuojakäytännöistä ja tietoturvaloukkausten hallinnasta.

Asiakastiedot kirjataan Diarium-asiakastietojärjestelmään. Ostopalvelunvaltuutus on otettu käyttöön soveltuvin osin. Niiltä osin kuin tietoja ei voida liittää Diariumiin, esim. kuvat ja videot, ne arkistoidaan suojattuun palvelintilaan. Henkilöstöllä on pääsy vain tehtävän edellyttämiin tietoihin. Tietosuojan toteutumista seurataan raportoinnin avulla ja lokitietojen säännöllisellä tarkastuksella.
Asiakas voi pyytää omien tietojensa tarkistamista ja korjaamista kirjallisella pyynnöllä.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Tietojärjestelmien ja teknologian asianmukainen käyttö varmistetaan seuraavin keinoin:

- Asiakastietojärjestelmä on Valviran rekisteröimä ja käyttötarkoitukseen soveltuva.
- Henkilöstö on koulutettu tietojärjestelmän käyttöön ja heillä on käytettävissään kirjalliset ohjeet.
- Tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty viimeksi 23.10.2025. Tietoturvasuunnitelmaan on kirjattu toimintatavat, mikäli tietojärjestelmässä tai tietoverkossa havaitaan tietoturvallisuuden häiriö tai poikkeama.
- Teknologian vikatilanteisiin on varauduttu varajärjestelyin.
- Asiakkaan suostumus teknologian käyttämiseen pyydetään tarvittaessa.
- Asiakasta informoidaan siitä, mitä tietoja kerätään ja miten niitä käytetään.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Tyypillisimpiä infektioita ovat flunssat ja vatsataudit, joita terapeutit kohtaavat erityisesti asiakaskäynneillä päiväkodeissa, kouluissa ja kodeissa.

Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviämistä ehkäistään huolehtimalla säännöllisestä ja huolellisesta käsienpesusta sekä käsihuuhteen käytöstä ennen ja jälkeen asiakaskontaktien. Käsihuuhdetta on helposti saatavilla vastaanotolla ja mukana asiakaskäynneillä. Tarvittaessa käytetään suojavarusteita, kuten kertakäyttökäsineitä ja kasvomaskeja.

Käytettävät materiaalit ja välineet puhdistetaan aina tarvittaessa. Kehon eritteiden, kuten syljen, kanssa kosketuksissa olevat välineet desinfioidaan jokaisen käytön jälkeen. Vastaanottotilat siivotaan säännöllisesti siivoussuunnitelman mukaisesti. Jätehuolto toteutetaan asianmukaisesti ja tartuntavaaralliset jätteet käsitellään erikseen ja hävitetään turvallisesti.

Mikäli asiakkaalla tai käyntiin osallistuvalla lähihenkilöllä tiedetään olevan herkästi leviävä infektio, asiakaskäynti perutaan. Mikäli henkilöstön edustaja tunnistaa saaneensa infektion, hän jää kotiin, kunnes infektio on ohi.

Henkilöstöllä on mahdollisuus päivittää rokotesuojansa työterveyden kautta: influenssarokotus, koronarokotus ja MPR-rokotus. Epidemiatilanteissa seurataan aktiivisesti viranomaisten tiedotteita ja annetaan tarvittaessa lisäohjeita henkilöstölle.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Palveluyksikön laitevastuuhenkilö on terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

Palveluyksikössä on käytössä yksi lääkinnällinen laite: VitalStim plus -elektroterapialaite.

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisten velvoitteiden noudattaminen

- Laitetta käyttävät vain laitemyyjän tai muun asiantuntevan ulkopuolisen tahon toteuttaman käyttökoulutuksen saaneet henkilöt.
- VitalStim-laitteen käytössä, huollossa ja niiden dokumentoinnissa noudatetaan lainsäädännön ja valmistajan ohjeita. Laitteen kunto ja toimintakyky tarkistetaan ennen jokaista käyttöä. Mikäli laitteessa havaitaan poikkeavuuksia, se poistetaan välittömästi käytöstä ja toimitetaan laitetoimittajan järjestämään huoltoon.
- Mikäli VitalStim-laitteen käytössä ilmenee vaaratilanne, siitä tehdään yrityksen sisäisen käytännön mukainen uhka- tai vaaratilanneilmoitus sekä ilmoitus Fimealle (Fimean ohje vaaratilanneilmoituksesta 1/2023).
- Vaaratilanteen havainnut henkilö ja laitevastuuhenkilö kirjaavat yhdessä vaaratilanteen yksityiskohtaisesti ja varmistavat tarvittavien toimenpiteiden toteutuksen.
- Laite poistetaan käytöstä välittömästi ja toimitetaan laitetoimittajan tarkistettavaksi.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu tarkemmin dokumenteissa Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma ja Riskienhallintasuunnitelma.

3.4 Asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Palveluyksikön asiakasturvallisuus, palvelujen saatavuus ja laatu perustuvat riittävään, osaavaan ja tehtäväänsä sitoutuneeseen henkilöstöön. Henkilöstöresurssien suunnittelu ja seuranta ovat keskeinen osa omavalvontaa.

Henkilöstömäärä ja rakenne

- Palveluyksikössä työskentelee yhteensä 15 puhe- ja toimintaterapeuttia, joko koko- tai osa-aikaisesti. Henkilöstö koostuu laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä, joilla on tehtäviin vaadittava koulutus ja Valviran rekisteröinti.
- Alihankintaa käytetään palvelutarpeen kattamiseksi. Alihankkijat ovat terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä, ja heidän pätevyytensä ja oikeutensa tarkistetaan ennen yhteistyön aloittamista.

Henkilöstöresurssien riittävyyden varmistaminen

- Henkilöstön riittävyyttä suhteessa asiakasmäärään seurataan jatkuvasti. Mahdollisuuksien mukaan henkilöstöresurssia vahvistetaan uusilla rekrytoinneilla. Sijaisia käytetään mahdollisuuksien mukaan työntekijän pitkien poissaolojen, kuten perhevapaiden aikana. Asiakkaan palvelun jatkuvuus pyritään varmistamaan henkilömuutoksista huolimatta.
- Alihankintaa käytetään tarvittaessa palvelutarpeen kattamiseksi. Alihankkijat ovat terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä, ja heidän pätevyytensä ja oikeutensa tarkistetaan ennen yhteistyön aloittamista.

Ammattioikeuksien ja opiskelijoiden oikeuden varmistaminen

- Kaikkien työntekijöiden ammattioikeudet tarkistetaan Valviran Julkiterhikki-palvelusta.
- Asiakastyötä tekeviltä opiskelijoilta edellytetään, että heillä on suoritettuna kaksi kolmannesta opinnoista. Opiskelijoille nimetään aina ohjaava laillistettu ammattilainen, joka vastaa työtehtävien asianmukaisesta ohjauksesta ja tuesta. Valvonnasta vastaa viimekädessä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

Rikostaustan selvittäminen

- Kaikilta asiakastyötä tekeviltä työntekijöiltä tarkistetaan rikostausta ennen työsuhteen alkua (laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 504/2002 3 §, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023 28 §).

Henkilöstön perehdytys ja osaamisen kehittäminen

- Uusi henkilöstö ja pitkän poissaolon, esim. perhevapaan, jälkeen työhön palaava henkilö perehdytetään kattavasti toimintayksikön toimintaperiaatteisiin, käytäntöihin ja asiakastyön vaatimuksiin.
- Ammatillisen osaamisen ylläpitämistä tuetaan mahdollistamalla säännöllinen osallistuminen täydennyskoulutuksiin ja työnohjaukseen. Henkilöstön koulutustarpeita arvioidaan 1-2 kertaa vuodessa henkilökohtaisissa keskusteluissa.

Toiminnan seuranta ja palaute

- Henkilöstön toimintaa seurataan omavalvontatiimin tekemillä toiminnan katsastuksilla, havainnoimalla arjessa työskentelyä, käymällä keskusteluja säännöllisissä palavereissa ja henkilökohtaisesti sekä keräämällä asiakaspalautetta. Epäkohtiin puututaan matalla kynnyksellä esimiehen toimesta.
- Henkilöstöllä on milloin tahansa mahdollisuus antaa palautetta anonyymisti. Esiin tuodut asiat käsitellään palautteen lähettäneen toiveen mukaan joko yhteisissä palavereissa tai tukitiimin toimesta.

Riskienhallinta ja ohjeiden noudattaminen

- Henkilöstön kanssa käydään läpi turvallisuusohjeet vuosittain ja kaikilla on käytettävissä ajantasaiset ohjeistukset esimerkiksi poikkeamatilanteiden hallintaan.
- Työturvallisuuslain mukaiset työnantajan velvoitteet on huomioitu sisäisessä ohjeistuksessa ja työterveyshuolto toimii yhteistyökumppanina työhyvinvoinnin ja turvallisuuden tukemisessa.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu tarkemmin dokumenteissa Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma ja Riskienhallintasuunnitelma.

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Vastuuhenkilöt

- Itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaava henkilö

  Nina Brigatti, terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja
  Puh. 050 307 8555, nina.brigatti@ombrelo.fi

- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen potilasasiavastaava

  Potilasasiavastaava neuvoo ja avustaa asiakkaita oikeusturva-asioissa ja hoitoon liittyvissä ristiriitatilanteissa.

  Marjo-Riitta Kujala, potilasasiavastaava, YTM
  Elina Puputti, potilasasiavastaava, YTM, potilasasiavastaavien toiminnan vastuuhenkilö

  Puhelinajat: maanantaisin 12.30–14.00 sekä tiistaisin, keskiviikkoisin ja torstaisin klo 8.30–10.00, puh. 06 415 4111 (vaihde).

- Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö

  Nina Brigatti, terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja
  Puh. 050 307 8555, nina.brigatti@ombrelo.fi

  Muistutukset käsitellään 14 päivän kuluessa niiden saapumisesta.

Palveluiden toteutuksen periaatteet

1. Esteettömyys ja saavutettavuus
   - Toimitilat ovat esteettömät, ja palvelut ovat saatavilla myös etäterapiana. Verkkosivut ovat saavutettavuusdirektiivin mukaiset. Tarvittaessa käytetään tulkkauspalveluja.
2. Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys
   - Kaikki asiakkaat ovat yhdenvertaisia riippumatta iästä, sukupuolesta, kielestä, toimintakyvystä, kulttuuritaustasta tai muista henkilökohtaisista ominaisuuksista.
3. Tiedonsaantioikeus ja osallisuus
   - Asiakas osallistuu aktiivisesti palvelunsa suunnitteluun ja toteutukseen. Tiedot annetaan ymmärrettävässä muodossa. Alaikäisen osallisuus varmistetaan kehitystason mukaisesti ja huoltajien kautta.
4. Kielelliset oikeudet
   - Palvelua tarjotaan asiakkaan toivomalla kielellä (suomi, ruotsi, englanti). Muita kieliä varten käytetään tarvittaessa tulkkipalveluja.

5. Asiallinen kohtelu
    - Asiakkaat kohdataan kunnioittavasti ja yksilöllisesti. Epäasialliseen kohteluun puututaan välittömästi, ja tilanteet selvitetään asiakkaan kanssa. Tarvittaessa asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus tehdä muistutus tai kantelu.
6. Oikeusturvakeinoista informointi
    - Asiakkaille tiedotetaan potilasasiavastaavasta, muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoilmoituksista.
7. Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen
    - Asiakkaan itsemääräämisoikeus turvataan kaikessa toiminnassa. Mahdolliset rajoitustoimet (esim. oven lukitseminen karkailevan asiakkaan terapian ajaksi) tehdään vain perustelluissa, välttämättömissä tilanteissa ja kirjataan asianmukaisesti. Näistä keskustellaan asiakkaan ja omaisten kanssa.
8. Terapiaa koskevat suunnitelmat
    - Terapiapalvelut perustuvat asiakkaalle laadittuun kuntoutussuunnitelmaan tai suositukseen. Asiakkaalle laaditaan yksilöllinen terapiasuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.
9. Suunnitelmien toteutumisen seuranta
    - Suunnitelmien toteutumista seurataan kirjauksin ja säännöllisissä arviointipalavereissa. Henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti.
10. Palaute asiakkailta ja läheisiltä
    - Palautetta kerätään säännöllisesti lomakkein ja keskusteluin. Palaute käsitellään henkilöstön kanssa yhteisesti ja siihen reagoidaan kehittämistoimin.
11. Muistutusten käsittely
    - Muistutukset käsitellään luottamuksellisesti ja asiallisesti 14 päivän sisällä. Asiakkaalle ilmoitetaan käsittelyn etenemisestä ja lopputuloksesta.
12. Kanteluiden käsittely
    - Asiakkaita ohjeistetaan tekemään kantelu tarvittaessa aluehallintovirastoon. Kantelun käsittely tapahtuu viranomaisen toimesta, ja yritys toimittaa tarvittavat tiedot viipymättä.
13. Potilasvahinkoilmoitukset
    - Asiakkaille kerrotaan oikeudesta tehdä potilasvahinkoilmoitus Potilasvakuutuskeskukselle. Tarvittaessa asiakasta autetaan ilmoituksen tekemisessä.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu tarkemmin dokumentissa Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelma.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Palveluntuottaja raportoi keskeisimmät riskit tilaajalle tai palvelun järjestäjälle osana yhteistyötä, kuten valvontakäynneillä ja sopimusseurannoissa. Mahdollisista riskeistä ilmoitetaan viivytyksettä myös erikseen, mikäli ne voivat vaarantaa asiakasturvallisuutta.

Palveluntuottaja on velvollinen ilmoittamaan havaitsemistaan epäkohdista omassa tai alihankkijan toiminnassa valvontalain (741/2023) 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus tehdään kirjallisesti valvontaviranomaiselle (Valvira) ja palvelunjärjestäjälle.

Henkilöstöllä on oikeus ja velvollisuus ilmoittaa havainnoistaan palveluyksikön vastuuhenkilölle, joka käsittelee asian luottamuksellisesti ja tilanteen vaatimalla tavalla. Ilmoituksia voidaan tehdä nimettömästi sisäisellä sähköisellä poikkeamailmoituksella tai suoraan esihenkilölle.

Muut lakisääteiset ilmoitusvelvollisuudet (esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, potilasvahinkoepäilyt) on koottu henkilöstölle jaettuun ilmoitusvelvollisuusohjeeseen. Se sisältyy henkilöstön ohjeisiin ja se käydään läpi perehdytyksessä.

Omavalvonnassa esiin nousseisiin epäkohtiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla: kiireellisissä tapauksissa välittömästi, muissa aikataulutetusti ja suunnitelmallisesti.

Vaaratilanteiden ja haittatapahtumien ilmoitusmenettelyt on määritelty henkilöstön ohjeissa ja ne käydään läpi perehdytyksessä. Ilmoituksia voivat tehdä henkilöstö sekä asiakkaat tai heidän läheisensä. Ilmoitukset käsitellään vastuuhenkilöiden toimesta ja dokumentoidaan.

Haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyssä korostetaan oppimista ja kehittämistä, ei syyllistämistä. Toimenpiteet dokumentoidaan, ja tuloksista tiedotetaan avoimesti.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan, kun tilanteessa on ilmennyt tai ollut todellinen riski vakavalle asiakasturvallisuuden vaarantumiselle. Näitä voivat olla esimerkiksi terapian laiminlyönti, vakava viivästys palvelussa tai sen osassa tai terapiatilanteessa tapahtunut vaaratapahtuma, esim. tapaturma.

Tunnistamisen jälkeen vastuuhenkilö käynnistää vakavan tapahtuman tutkintaprosessin. Tämä sisältää:

- Tapahtuman dokumentointi
- Henkilöstön haastattelu
- Juurisyyanalyysi
- Toimenpiteiden suunnittelu

Organisaatiossa noudatetaan syyllistämätöntä kulttuuria (just culture). Tarvittaessa tarjotaan debriefing-keskusteluja ja tukea henkilöstölle (second victim -periaate).

Tutkinnan tulokset analysoidaan ja käytetään palveluiden ja toimintamallien kehittämiseen. Kehittämistoimenpiteet dokumentoidaan ja aikataulutetaan selkeästi.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Ilmoituksista ja palautteista nousseet kehittämistarpeet dokumentoidaan ja käsitellään säännöllisesti. Esimerkiksi epäkohtailmoitukset voivat osoittaa puutteita asiakasohjauksessa tai dokumentoinnissa. Myös muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset analysoidaan yhdessä vastuuhenkilöiden kanssa.

Henkilöstölle muistutetaan säännöllisesti palautekanavien olemassaolosta ja merkityksestä (esim. sähköinen lomake, jonka voi täyttää anonyymisti tai suora ilmoitus esimiehelle).

Kerätty asiakaspalaute, reklamaatiot ja suorat yhteydenotot hyödynnetään omavalvonnan arvioinnissa ja palveluprosessien kehittämisessä. Valvontaviranomaisten antama ohjaus ja mahdolliset päätökset käsitellään johdon kokouksessa ja toimenpiteet kirjataan kehittämissuunnitelmaan.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Poikkeamien ja haittatapahtumien yhteydessä selvitetään niiden syyt ja taustatekijät yhteistyössä henkilöstön kanssa. Tämä voi sisältää asiakastapauksen uudelleenarviointia, sisäistä koulutusta tai ohjeistuksen tarkistamista.

Kehittämistoimenpiteet valitaan vaikutuksen, toteutettavuuden ja kiireellisyyden mukaan. Ne kirjataan omavalvontasuunnitelman liitteeseen ja toimintasuunnitelmaan. Jokaiselle toimenpiteelle nimetään vastuuhenkilö ja aikataulu.

Seuranta toteutetaan vähintään neljän kuukauden välein omavalvontaraportoinnin yhteydessä.

Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta on kuvattu dokumentissa Riskienhallintasuunnitelma.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan systemaattisesti osana päivittäistä toimintaa sekä säännöllisten arviointien avulla. Seurantamenetelminä käytetään muun muassa asiakaspalautteita, toiminnan katsastuksia, henkilöstökyselyitä sekä dokumentaation tarkastelua.

Laatua ja turvallisuutta seurataan seuraavien mittareiden avulla:

- Asiakaspalautteen tyytyväisyysprosentti
- Terapioiden toteutumisaste (suunnitellut vs. toteutuneet käynnit)
- Reklamaatioiden ja poikkeamien määrä
- Dokumentaation ajantasaisuus
- Riskien ja vaaratilanteiden raportointimäärät

Laatu- ja turvallisuusseurannasta raportoidaan:

- Sisäisesti henkilöstöpalavereissa vähintään neljän kuukauden välein
- Mahdolliset kriittiset havainnot raportoidaan välittömästi ja käsitellään nopeasti korjaavien toimenpiteiden käynnistämiseksi

Riskienhallintakeinojen toimivuutta ja riittävyyttä arvioidaan seuraamalla havaittujen riskien käsittelyn sujuvuutta, korjaavien toimenpiteiden vaikuttavuutta ja henkilöstön ilmoittamien vaaratilanteiden määrää.

Lisäksi toteutetaan vuosittainen riskiarviointi, jossa tarkastellaan käytössä olevien toimintamallien toimivuutta suhteessa havaittuihin riskeihin.

Riskienhallinnan toteutumisen arvioinnista raportoidaan:

- Sisäisesti johdolle ja henkilöstölle vähintään kerran vuodessa
- Välittömästi, jos ilmenee vakava asiakasturvallisuutta uhkaava riski tai tapahtuma

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisesti osana johtamis- ja kehittämiskäytäntöjä. Jokaisella osa-alueella vastuuhenkilöt tarkistavat omien toimialueidensa toteutuksen vähintään neljän kuukauden välein.

Jos seurannassa havaitaan puutteita tai poikkeamia, ne kirjataan, käsitellään ja niihin sovitaan korjaavat toimenpiteet aikatauluineen. Seurantatieto tallennetaan yrityksen sisäiseen dokumentointijärjestelmään.

Seurannasta tehdään selkeä kirjallinen selvitys vähintään kaksi kertaa vuodessa. Selvityksen perusteella tarvittavat muutokset omavalvontasuunnitelmaan laaditaan ja julkaistaan henkilöstölle vähintään neljän kuukauden välein. Henkilöstölle tiedotetaan muutoksista sähköpostitse, Teams-kanavalla sekä palavereissa. Asiakkaille tiedottaminen toteutetaan tarvittaessa esimerkiksi nettisivujen tai vastaanoton ilmoitustaulun kautta.