

Omavalvontasuunnitelma

Suuntasi Päihdepalvelut Oy

Ruusulan päihdepalveluyksikkö

2025

Sisällys

Lukijalle	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot	3
1.3 Palvelupisteen perustiedot	3
1.4 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
1.5 Päiväys	5
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	6
2.1 Julkaisu, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	6
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	6
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	6
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	7
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	9
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	15
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	18
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	20
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	20
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	21
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	21
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	22
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	22
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	22
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	23
Liitteet	

Lukijalle

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) 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 palveluyksikölleen omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelut, jotka tuotetaan palveluyksikössä tai sen lukuun. Omavalvontasuunnitelman avulla varmistetaan toiminnan laatua, asianmukaisuutta ja turvallisuutta sekä seurataan asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyttä.

Tämä omavalvontasuunnitelma on laadittu Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n Ruusulan palvelupisteelle.

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Suuntasi Päihdepalvelut Oy
- 3423230–1
- C/o Sininauha Oy, Elimäenkatu 5, 00510 Helsinki

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Suuntasi Päihdepalvelut Oy
- Päihdepalveluyksikkö Ruusula
- Ruusulankatu 10, 00260 Helsinki
- puhelinnumero: 044 7377 502

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukainen vastuuhenkilö:

- Rea Keskinen, päihdepalvelujen päällikkö
- sairaanhoitaja AMK
- rea.keskinen@suuntasi.fi, puh. 044 901 3689

1.3 Palvelupisteen perustiedot

- Suuntasi Päihdepalvelut Oy
- Päihdepalveluyksikkö Ruusula
- Ruusulankatu 10, 00260 Helsinki, puhelinnumero: 044 7377 502

Palvelupisteen vastuhenkilö ja yhteystiedot:

- Ella Henriksson, yksikön vastaava
- sairaanhoitaja amk
- sähköposti: ella.henriksson@suuntasi.fi, p. 0505645956

Palvelualojen perustason vastaanotto, päihdeavohoito- ja kuntoutus, laboratoriopikadiagnostiikka (virtsanäytteiden otto ja analysointi) vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot:

- Antti Mikkonen, ylilääkäri
- lääketieteen lisensiaatti ja psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys
- antti.mikkonen@addiktum.fi, puh. 050 521 2812

1.4 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Suuntasi Päihdepalvelut Oy on Sininauhasäätiö-konserniin kuuluva kasvava ja kehittyvä yritys, jolla on ajankohtaisesti toimintaa pääkaupunkiseudulla sekä Pirkanmaalla. Suuntasi päihdepalvelut Oy:n toiminta-ajatus on tarjota asiakkaalle asiakaslähtöisiä ja kuntouttavia päihde- ja riippuvuushoidon palveluita.

Toimintaamme ohjaavat terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023). Erityislakina sovelletaan lakia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Päihdepalveluyksikkö Paalupaikalla toteutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 a §:n tarkoittamaa opioidiriippuvaisten korvaushoitoa sekä terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 §:n tarkoittamaa päihde- ja riippuvuushoitoa ja sosiaalihoitolain (1301/2014) 24 a §:n tarkoittamia päihde- ja riippuvuustyön erityisiä palveluja. Palvelut pitävät sisällään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön antamia palveluita: lääkärin- ja hoitajien sekä sosiaaliohjaajan vastaanottotoimintaa, lääkehoidon toteuttamista, rokottamista sekä valvottujen virtsaseulanäytteiden ottamista.

Palveluja tuotetaan toimintayksikössä sekä kotiin vietävänä palveluna. Myös etäpalvelut ovat mahdollisia, vaikkakin pääpaino palvelutuotannossa on tuottaa lähipalvelua.

Tuotettavien palvelujen keskiössä on asiakkaan päihderiippuvuuden sekä niiden kanssa samanaikaisesti esiintyvien lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden psykososiaalinen ja lääketieteellinen hoito ja seuranta. Palvelu perustuu palvelun alkaessa asiakkaan kanssa yhdessä laadittavaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, joka sisältää toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvion asiakkaan elämän eri osa-alueilla, päihdehoidon tavoitteet sekä keinot niihin pääsemiseksi. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan asiakkaan mahdolliset somaattiset ja psykiatriset sairaudet ja oireet. Nimetty omahoitaja tukee asiakasta hoitoprosessin ajan. Yksilöllisen hoidon ja ohjauksen lisäksi palvelu sisältää ryhmämuotoista ja yhteisöllistä toimintaa.

Yksikkö on erikoistunut opioidikorvaushoidon aloittamiseen- ja opioidikorvaushoidon toteuttamiseen sekä hoidon vasteen seuraamiseen. Palveluumme kuuluvat lisäksi asiakkaan ohjaus, neuvonta sekä avustaminen mahdollisten asiakkaan tarvitsemien muiden palvelujen ja etuuksien hakemissa. Tavoitteena on varmistaa, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja toimimme asiakkaan tukena satunnaisesti asioimistilanteissa.

Palveluja tuotetaan päihderiippuvaisille Helsingin kaupungin, Länsi-Uudenmaan- ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueen täysi-ikäisille asiakkaille, joille tarjottavat päihdepalvelut ovat tarkoituksenmukaisia päihderiippuvuuden hoitamiseksi. Arvion asiakkaaksi ohjaamisesta tekee palvelun tilaaja eli hyvinvointialue.

Suuntasi Päihdepalvelut Oy:lla on sopimus tilapäisestä vuokralääkäryövoiman hankinnasta Addiktum Oy:n kanssa. Palveluyksikköön hankittava vuokratyövoima työskentelee Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n työnjohton alla. Yksikön vastaava yhdessä päihdepalvelujen päällikön kanssa valvoo palvelupisteessä tehtävää työtä ja alihankintana ostettuja palveluja. Mikäli asetetut sisältö-, laatu- ja asiakasturvallisuusvaatimukset eivät toteudu sopimuksen mukaisesti yksikön vastaava raportoi tästä päihdepalvelujen päällikölle, joka reklamoi palvelusta toimittajalle.

Alihankintana tuotettavat palvelut listattuna:

- laboratoriopalveluita tuottaa Synlab Oy
- järjestyksenvalvonta- ja vartiointipalvelut tuottaa Securitas Oy
- Jätehuoltoa tuottaa Sininauha Oy:n toimesta ja tietosuojajätteen osalta Lassila & Tikanoja Oy
- lääkkeiden toimituksen tuottaa Yliopiston apteekki
- kiinteistöpalvelut tuottaa Sininauhasäätiö
- IT- palvelut tuottaa ICT Elmo Oy
- Talous- ja henkilöstöhallintopalvelut tuottaa Sininauhasäätiö
- Siivouspalvelut tuottaa Sininauha Oy

1.5 Päiväys

- 29.10.2025/Yksikön vastaava Ella Henriksson

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Palveluyksikön henkilöstö veloitetaan perehtymään ajantasaiseen omavalvontasuunnitelmaan ja toimimaan työssään sen mukaisesti. Omavalvontasuunnitelman lukeminen vahvistetaan lukukuittauksella.

Yksikön vastaava esittelee suunnitelman sisällön ja siihen tehdyt muutokset henkilöstölle ja huolehtii siitä, että ohjeet otetaan käyttöön päivittäisessä työssä. Henkilöstö saa tukea omavalvonnan ymmärtämiseen ja soveltamiseen osana perehdytystä, työhön ohjausta ja opastusta sekä tiimipalavereita. Näissä tilaisuuksissa käsitellään myös omavalvontaan liittyviä käytännön tilanteita, kysymyksiä ja kehittämistarpeita.

Omavalvonnan toteutuminen kiinnittyy yksikön arkeen asiakastyön ja toimintakäytäntöjen tasolla. Henkilöstön sitoutumista omavalvontaan tuetaan jatkuvasti, ja omavalvonnan näkökulmat ovat osa arjen johtamista ja työn laatua.

2.1 Julkaisu, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, sekä on saatavilla asiakkaille yksikön yleisissä tiloissa. Omavalvontasuunnitelma on henkilöstön saatavilla sekä yksikön toimistotiloissa tulosteena että sähköisessä työtilassa ja siihen tutustumisesta edellytetään kirjallinen kuittaus. Lisäksi omavalvontasuunnitelma julkaistaan yrityksen verkkosivuilla. Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus varmistetaan säännöllisellä tarkastelulla, ja muutokset dokumentoidaan selkeästi. Päivityksistä tiedotetaan henkilöstölle viipymättä, ja niiden yhteydessä tarkennetaan mahdolliset käytännön vaikutukset toimintaan.

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan yksikön päivittäisessä toiminnassa esimerkiksi poikkeamailmoitusten käsittelyn, asiakastilanteiden tarkastelun ja dokumentoinnin laadun kautta. Havaintojen perusteella suunnitelmaa arvioidaan ja kehitetään tarvittaessa. Omavalvontasuunnitelmat hyväksyy päihdepalvelujen päällikkö ja ylilääkäri. Omavalvontasuunnitelmaa päivitetään vähintään vuosittain tai silloin, kun lainsäädäntö, viranomaisohjeet tai yksikön toiminta sitä edellyttävät.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaan pääsy palveluihin ja hoitoon varmistetaan resurssien ennakoivalla suunnittelulla ja toimivilla asiakasohjausprosesseilla. Palveluyksikkö varaa riittävästi vastaanottoaikoja uusien asiakkaiden tarpeisiin ja seuraa hoitoon pääsyn toteutumista säännöllisesti. Hoidon aloitus pyritään järjestämään viimeistään 1–5 arkipäivän kuluessa tilaajan yhteydenotosta, asiakkaan tilanteen kiireellisyys huomioiden. Lisäksi asiakkailla ja yhteistyötahoilla on mahdollisuus saada päivittäin puhelimitse ohjausta ja neuvontaa palveluun hakeutumiseen liittyen.

Palveluntuottaja vastaa myös siitä, että mahdollisissa ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa omavalvonnan mukainen riskienhallinta ja asiakas- sekä potilasturvallisuus toteutuvat. Alihankkijoilta edellytetään vastaavien laatu- ja turvallisuusvaatimusten noudattamista kuin omassa toiminnassa. Tämä sisältää myös sen, että

työntekijöillä (mukaan lukien alihankkijoiden henkilöstö) on valvontalain (741/2023) 29 §:n mukainen lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, jotka voivat vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuuden. Alihankkijoiden toimintaa seurataan säännöllisesti esimerkiksi sopimuseurannalla, palvelun laadun mittareilla sekä palautteiden, poikkeamien ja reklamaatioiden käsittelyn kautta. Tarvittaessa alihankkijoille annetaan ohjeistusta ja koulutusta yksikön toimintakäytännöistä.

Palveluntuottaja vastaa kokonaisuudessaan alihankkijan palvelun laadusta ja turvallisuudesta. Riskienhallinnan toteutumista arvioidaan säännöllisesti myös alihankkijoiden osalta osana omavalvontaa, ja havaituista puutteista raportoidaan johdolle sekä tehdään tarvittavat korjaavat toimenpiteet viipymättä.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 1.

TAULUKKO 1: PALVELUYKSIKÖN KESKEISIMPIÄ PALVELUITA JA HOITOON PÄÄSYÄ KOSKEVIEN RISKIEN TUNNISTAMINEN, ARVIOINTI JA HALLINTA

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Riittämätön henkilökuntaresurssi uusien potilaiden vastaanottoon	Keskisuuri riski	Sujuva henkilöstöhallinta ja riittävät sijaisjärjestelyt
Haasteet asiakasohjauksen yhtenäisyydessä ja ennakoitavuudessa	Matala riski	Riittävät prosessikuvaukset sisäisesti, yhteydenpito aktiivista hyvinvointialueille
Asiakasohjausprosessin epäselvyys tai viiveet	Keskisuuri riski	Selkeät asiakaspolut, ohjeistukset henkilöstölle, asiakasohjauksen laadun säännöllinen arviointi
Palautteen, poikkeamien ja reklamaatioiden käsittelyn viivästyminen	Matala riski	Selkeä vastuujako palautteiden käsittelyssä, raportoinnin aikarajat
Alihankkijoiden laadun tai turvallisuusvaatimusten laiminlyönti	Matala riski	Sopimusehdot, auditoinnit, säännöllinen raportointi ja palautejärjestelmä

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yksikössä varmistetaan palvelujen jatkuvuus ja sujuva yhteistyö sekä saman palveluntuottajan muiden yksiköiden että ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Tarvittaessa järjestetään sisäisiä moniammatillisia palavereita, joissa varmistetaan hoidon ja tuen yhtenäinen linja. Asiakastietojen asianmukainen ja tietoturvallinen dokumentointi sekä tiedonvaihto mahdollistavat saumattoman yhteistyön yksiköiden välillä.

Yhteistyö muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa perustuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja palvelusuunnitelmaan. Yhteistyöstä sovitaan aina asiakkaan suostumuksella, ja tiedonkulku toteutetaan tietosuojalainsäädännön mukaisesti.

Palveluyksikkö tekee säännöllisesti monialaista yhteistyötä muun muassa seuraavien tahojen kanssa:

- Hyvinvointialueen päihde- ja mielenterveyspalvelut

- Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido
- Sosiaalipalvelut (esim. lastensuojelu, aikuissosiaalityö)
- Kuntoutuspalvelut
- Asumispalvelut
- TE-palvelut ja kuntouttava työtoiminta
- Kolmannen sektorin toimijat ja vertaistukipalvelut

Yhteistyötä koordinoi asiakkaan omahoitaja tai muu nimetty työntekijä. Tarvittaessa järjestetään verkostopalavereita, joissa kaikki osapuolet osallistuvat palvelukokonaisuuden suunnitteluun ja arviointiin. Yhteistyön ja palvelujen yhteensovittamisen tavoitteena on varmistaa hoidon jatkuvuus, välttää päällekkäisyyksiä ja tukea asiakkaan kokonaisvaltaista toipumista ja osallisuutta.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Valmius- ja jatkuvuudenhallinnan tavoitteena on varmistaa yksikön toiminnan häiriötön jatkuminen myös poikkeus- ja kriisitilanteissa. Suunnittelu kattaa ennakoinnin, varautumisen sekä toipumisen eri vaiheissa. Valmiussuunnittelu sisältää esimerkiksi henkilöstön riittävyyden turvaamisen, kriisiviestinnän järjestämisen, lääkkeiden ja muiden kriittisten resurssien saatavuuden sekä teknologian käyttökatkoihin ja tilahäiriöihin varautumisen.

Yksikön valmius- ja jatkuvuussuunnitelma perustuu sosiaali- ja terveysministeriön ohjeisiin:

– *Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille (STM julkaisuja 2019:10)*

– *Sopimusperusteinen varautuminen. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille (STM julkaisuja 2019:9)*

Suunnitelma on konsernitasoinen ja henkilöstö perehdytetään valmius- ja jatkuvuustoimiin ja tarvittaessa järjestetään harjoituksia tai simulaatioita esimerkiksi häiriötilanteiden varalta. Päivitykset suunnitelmaan tehdään säännöllisesti tai aina tilanteen niin edellyttäessä (esim. laitteistomuutokset, henkilöstömuutokset tai ohjeistuksen päivitykset). Yksikkökohtaisesta valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaa yksikön vastaava. Valmius- ja jatkuvuussuunnitelman laadinnasta ja päivityksestä vastaavat päihdepalvelujen päällikkö ja toimitusjohtaja konsernitasoisen ohjauksen mukaisesti. Suunnitelman päivitys on osa konsernitasoista valmius- ja jatkuvuudenhallintaa.

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot:

- Sanni Joutsenlahti, toimitusjohtaja
- sanni.joutsenlahti@suuntasi.fi, puh. 040 764 9105

- Rea Keskinen, päihdepalvelujen päällikkö
- rea.keskinen@suuntasi.fi, puh. 044 901 3689

PALVELUYKSIKÖN TOIMINNAN KESKEISIMPIEN JATKUVUUTTA KOSKEVIEN RISKIEN TUNNISTAMINEN, ARVIOINTI JA HALLINTA ON KUVATTU TAULUKOSSA 2.

Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstöön liittyvät riskit (poissaolot, vaihtuvuus)	Keskisuuri riski	Riittävä henkilöstöresurssi, sijaisjärjestelmä, perehdytysohjelma
Tietojärjestelmäkatkokset	Keskisuuri riski	IT-tuki, varmuuskopiointi
Puutteet tiedonkulussa	Keskisuuri riski	Selkeät tiedonsiirtokäytännöt, säännöllinen yhteistyö muiden hoitotahojen kanssa
Poikkeustilanteet (sähkökatko, vesivahinko, pandemia, lääketoimitusten häiriöt, maanpuolustukselliset kriisitilanteet)	Keskisuuri riski	Varautumissuunnitelma, ennakoiva lääkkeiden tilaaminen

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n toimintaa ohjaavat keskeisesti terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihoitolaki (1301/2014) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Päihdepalveluyksikkö Paalupaikalla palvelut perustuvat näyttöön perustuvaan, asiakaslähtöiseen ja tavoitteelliseen päihde- ja riippuvuushoitoon sekä valtakunnalliseen opioidikorvaushoitosuositukseen. Palveluiden laatua mitataan sekä prosessi- että tulostimittareilla.

Palvelun laadulle asetetut vaatimukset:

- Hoidon ja palvelun tulee perustua yksilölliseen hoitosuunnitelmaan
- Asiakkaan tulee saada vaikuttavaa ja oikea-aikaista hoitoa
- Palvelun tulee toteutua turvallisesti, asiakasta kunnioittaen ja yhdenvertaisesti
- Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on hoitotyön ja palveluohjauksen keskiössä
- Palvelujen on oltava sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti yhdenmukaisia ja viranomaisvaatimusten mukaisia
- Laadunhallinta perustuu jatkuvaan arviointiin, henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja palvelun vaikuttavuuden seurantaan.

Käytössämme on seuraavat laadunhallinnan keinot:

- Sisäinen auditointi ja itsearviointi

- Säännöllinen toiminnan läpikäynti suhteessa lainsäädäntöön, palvelusopimuksiin ja sisäisiin ohjeisiin
- Koulutussuunnitelma
- Henkilöstön osaamista ylläpidetään täydennyskoulutuksilla, mm. lääkehoito, asiakasturvallisuus ja erityisosaaminen (esim. opioidikorvaushoito)
- Asiakaspalautejärjestelmä
- Kerätään jatkuvaa palautetta anonymisti ja asiakaskeskustelujen kautta
- Haittatapahtumien raportointi, kuten lääkehoidon poikkeamat ja uhka- ja vaaratilanteet
- Tapahtumista tehdään ilmoitukset, jotka käsitellään moniammatillisesti ja niiden pohjalta kehitetään toimintaa
- Laatupoikkeamien käsittelymalli
- Jokaisesta merkittävästä poikkeamasta laaditaan selvitys ja kehittämissuunnitelma

Käytössä olevia mittareita on asiakastyytyväisyys, jota seurataan jatkuvasti (NPS), hoidon toteutuminen hoitosuunnitelman mukaisesti, lääkehoidon turvallisuustapahtumien määrä sekä henkilöstön koulutusprosessin toteutuminen suhteessa suunnitelmaan.

Palvelun laatua varmistetaan seuraavilla tavoilla: jokaiselle asiakkaalle laaditaan hoidon alkuvaiheessa yksilöllinen hoitosuunnitelma sekä hoitoa toteutetaan moniammatillisesti lääketieteellisin ja psykososiaalisin keinoin. Yksikön vastaava seuraa laadunhallinnan toteutumista ja raportoi päihdepalvelujen päällikölle. Kehittämistoimenpiteet perustuvat asiakaspalautteeseen, viranomaisvalvontaan ja sisäiseen arviointiin. STM:n asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026 otetaan huomioon toiminnan kehittämisessä (esim. haittatapahtumien raportointi, asiakasosallisuuden lisääminen, turvallisuuskulttuurin vahvistaminen).

Asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen on osa palvelun laadullisia edellytyksiä. Tämä tarkoittaa järjestelmällisiä toimia, joilla ehkäistään vältettävissä olevia haittoja ja riskejä.

Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n yksikössä turvallisuus varmistetaan seuraavilla konkreettisilla tavoilla:

- Lääkehoidon toteutus tapahtuu koulutetun henkilöstön toimesta lääkehoitosuunnitelman mukaisesti
- Opioidikorvaushoidon seuranta tehdään lääketieteellisten kriteerien pohjalta, hoitovaste arvioidaan säännöllisesti
- Tilojen turvallisuus (esim. esteettömyys, hygienia, lääkesäilytys) tarkistetaan säännöllisesti
- Haittatapahtumien ilmoitus- ja käsittelyjärjestelmä on käytössä koko henkilöstöllä
- Asiakasturvallisuuden havainnoinnista keskustellaan säännöllisesti tiimipalaverissa
- Perehdytys ja ohjaus sekä opastus työhön sisältävät asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvät keskeiset menettelyt
- Tietosuoja ja tietoturvan varmistaminen toteutetaan asiakastietojen käsittelyn osalta voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti

Asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisessä noudatetaan Sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026 tavoitteita, kuten:

- Osallistumista turvallisuuden varmistamiseen yhdessä asiakkaiden kanssa
- Haittatapahtumien ilmoittaminen ja niistä oppimista
- Turvallisuuskulttuurin vahvistamista kaikilla tasoilla

Työntekijä vastaa työnsä laadusta omassa perustyössään sekä osallistuu yksikön laatutyöhön. Yksikön vastaava vastaa yksikössä potilastyön laadusta ja työn koordinoinnista sekä päivittäisestä johtamisesta. Palveluyksikön vastuuhenkilö on päihdepalvelujen päällikkö ja palvelupisteen vastuuhenkilö on yksikön vastaava. Lääketieteellisin perustein annettavasta hoidosta vastaa ylilääkäri.

Yksikön vastaava toimii lähiesihenkilönä palvelupisteen henkilöstölle. Lisäksi hän vastaa arjen toiminnasta ja toimintojen varmistamisesta sekä huolehtii siitä, että palvelupisteessä toteutuu sovitut henkilöstölinjaukset ja toimintamallit. Yksikön vastaava huolehtii myös siitä, että palvelusopimuksia ja viranomaismääräyksiä noudatetaan ja työtä kehitetään sopimusten mukaisesti. Hänen vastuullaan on huolehtia, että palvelupisteen henkilöstö on saanut asianmukaisen perehdytyksen, opastuksen ja ohjauksen työhön. Yksikön vastaavan esihenkilönä toimii päihdepalvelujen päällikkö.

Päihdepalvelujen päälliköllä on hallinnollisiin tehtäviin painottuva kokonaisvastuu palveluyksiköstä, johon palvelupiste kuuluu. Tehtäviin kuuluu vastata palvelutuotannosta, ja sen laadusta, vaikuttavuudesta ja vastuullisuudesta sekä varmistaa toiminnan olevan toimintaa ohjaavien lakien ja asetusten sekä palvelusopimusten mukaista. Päihdepalvelujen päällikön esihenkilönä toimii toimitusjohtaja.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Päihdepalveluyksikkö Ruusula sijaitsee Helsingin Töölössä samassa kiinteistössä Sininauha Oy:n Ruusulankadun asumisyksikön kanssa. Päihdepalveluyksikkö Ruusulalla on omat toimitilat, jotka muodostuvat yhteisötilasta, wc-tiloista, kolmesta vastaanottohuoneesta ja lääkehuoneesta. Tilat ovat soveltuvat polikliniisten päihde- ja riippuvuushoidon palveluiden sekä opioidikorvaushoidon toteuttamiseen. Tilat ovat kooltaan noin 250m² ja näihin on oma, erillinen sisäänkäynti.

Lääkesäilytyshuoneet ja lääkkeiden antamiseen tarkoitettut tilat ovat toiminnaltaan turvalliset ja kattavat. Lääkkeet säilytetään murtosuojatuissa kassakaapeissa, ja lukituissa lääkejääkaapeissa. Potilaiden yksityisyyden suoja on huomioitu lääkkeidenjakotiloissa.

Toimitilat ovat Helsingin pelastuslaitoksen tarkastamat ja hyväksymät. Toimitiloissa on hätäensiapu- ja alkusammutusvalmius. Tiloissa on automaattinen palosammutusjärjestelmä (sprinklerit) sekä väestönsuoja. Toimitilat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon lupaviranomaisen Valviran hyväksymät.

Tilojen käyttöön liittyviä riskejä (esim. kaatumisriskit, päihteiden vaikutuksen alaiset asiakkaat, välineiden väärinkäyttö, tietosuojaja) hallitaan seuraavilla tavoilla:

- Riskinarviointi tehdään säännöllisesti, ja se päivitetään muutosten yhteydessä.
- Yksityisyyden suoja on huomioitu lääkkeenjakotiloissa ja vastaanottotiloissa.
- Väkivallan ehkäisyn toimintamallit ovat käytössä, ja henkilöstö on koulutettu häiriötilanteiden hallintaan.
- Tietoturvallisuus on osa tilasuunnittelua ja laitekäyttöä – asiakastietoja ei käsitellä avoimissa tiloissa ja tietosuojapapereille on oma lukittu jäteastia.

Toimitilojen huollosta ja ylläpidosta vastaa vuokranantaja Sininauha Oy. Kiinteistöhuollon yhteyshenkilö on nimetty, ja yksikön henkilöstö voi ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista suoraan vuokranantajalle tai yksikön vastaavalle. Epäkohtailmoitukset (esim. tekniset viat, siisteys, turvallisuushuomiot) dokumentoidaan sisäisesti ja käsitellään viikoittain osana yksikön arjen johtamista. Yksikön vastaava vastaa siitä, että tilojen turvallisuus säilyy asianmukaisena ja että tarpeelliset toimenpiteet toteutetaan.

Pitkäjänteinen suunnittelu toteutetaan yhteistyössä vuokranantajan kanssa, esimerkiksi tulevia remontteja, ilmanvaihtoratkaisuja tai kiinteitä kalustohankintoja suunniteltaessa. Toimitiloja kehitetään vastaamaan päihdepalvelujen kehittyviä tarpeita ja asiakasmäärän vaihtelua.

Palveluysikössä ei käytetä säteilyä tai mikrobiologisia tutkimuksia edellyttäviä laitteita. Välineistö kattaa päivittäiseen hoitoon ja lääkkeenjakoon liittyvät perusvälineet, kuten lääkännosteluvälineet, verenpainemittarit, injektiovälineet sekä virtsanäytteenoton välineet. Kaikki välineet ovat huollettuja, turvallisia ja käyttötarkoitukseen sopivia. Niiden huollosta vastaa joko laitevalmistajan huolto-ohjelma tai yksikön vastuuhenkilö. Henkilöstö perehdytetään välineiden oikeaan ja turvalliseen käyttöön osana perehdytystä ja lääkehoidon koulutusta. Epäkuntoiset tai käyttöön soveltumattomat välineet poistetaan käytöstä välittömästi ja korvataan uusilla.

Yksikön väestönsuoja sijaitsee kiinteistön kellarikerroksessa. Tarkempi kuvaus ja pohjakartta ovat osa yksikön pelastussuunnitelmaa. Pelastussuunnitelma on päivitetty lokakuussa 2025.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietolain (703/2023) mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu konsernitasolla 5.1.2025 ja päivitetty viimeksi 8.7.2025. Suunnitelma on laadittu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) määräyksen 3/2024 mukaisesti, ja se sisältää selvitykset vaadituista tietoturvakäytännöistä, teknisistä ja hallinnollisista suojatoimista sekä poikkeamien hallintamenettelyistä.

Tietoturvasuunnitelman toteutumisesta vastaa yksikön vastaava yhteistyössä ICT-palveluntuottaja Elmon ja tietosuojavastaavan kanssa. Tietoturvasuunnitelman ajantasaisuudesta vastaa tietoturvakomitea, johon kuuluvat Sininauhasäätiö-konsernin talousjohtaja, ICT-asiantuntija, tietosuojavastaava sekä ICT-palveluntuottaja Elmon asiantuntijat. Suuntasi päihdepalveluja komiteassa edustaa päihdepalvelujen päällikkö. Suunnitelman toteutumista seurataan osana omavalvontaa ja tietosuojatyötä. Henkilöstö on perehdytetty tietoturvakäytäntöihin työsuhteen alussa, ja osaamista ylläpidetään säännöllisesti.

Yksikön toiminnassa huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta noudattamalla asiakastietolakia (703/2023), EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (GDPR) sekä palvelun tilaajan (hyvinvointialueen) tietosuojaselostetta ja ohjeistusta.

Palveluysikkö toimii henkilötietojen käsittelijänä ja vastaa siitä, että asiakkaiden ja potilaiden tietoja käsitellään ainoastaan rekisterinpitäjän määrittelemien periaatteiden ja ohjeiden mukaisesti. Tietojen käsittely perustuu hoitosuhteeseen ja työntekijän työtehtäviin. Jokaisella työntekijällä on käyttöoikeus vain tehtäviensä edellyttämässä laajuudessa.

Tietosuoja ja rekisterinpitäjän ohjeistukset huomioidaan myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa. Sopimuksissa määritellään tietosuojan ja henkilötietojen käsittelyn vastuut, ja palveluntuottaja varmistaa, että myös alihankkijat sitoutuvat rekisterinpitäjän antamiin ohjeisiin.

Henkilöstö perehdytetään rekisterinpitäjän käytäntöihin ja tietosuoja-asioihin työsuhteen alussa ja osaamista ylläpidetään säännöllisellä ohjeistuksella ja koulutuksilla. Käytössä olevat kirjalliset ohjeet ja tietosuojaselosteet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä työtilassa.

Paalupaikan päihdepalveluyksikössä huolehditaan asiakastietolain (703/2023) 90 §:n mukaisesta velvollisuudesta ilmoittaa tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista sekä tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvahäiriöistä. Tietoturvapoikkeamien hallinta on osa yksikön omavalvontaa ja tietoturvasuunnitelmaa.

Henkilöstö on perehdytetty ilmoittamaan havaitsemistaan poikkeamista tai häiriöistä yksikön vastaavalle ja/tai suoraan ICT-palveluntuottajalle Elmoon. Ilmoitus tehdään sähköisellä tukipyyynnöllä (tiketti) tai kiireellisessä tapauksessa puhelimitse.

Kaikki poikkeamat dokumentoidaan ja käsitellään tietoturvakomiteassa, joka ohjeistaa yksiköitä jatkotoimista ja arvioi tarvittaessa muutostarpeet toiminnassa. Poikkeamat, jotka edellyttävät välittömiä toimenpiteitä, käsitellään ja ratkaistaan ensisijaisesti yksikössä yksikön vastaavan, tietosuojavastaavan ja ICT-palvelujen yhteistyönä. Näiden lisäksi ne käsitellään myös tietoturvakomiteassa.

Poikkeamat raportoidaan viipymättä päihdepalvelujen päällikölle.

Tarpeenmukaiset omavalvonnalliset toimet käynnistetään välittömästi ja niitä ylläpidetään koko poikkeaman tai häiriötilanteen keston ajan. Näihin voi sisältyä esimerkiksi järjestelmien käytön rajoittaminen, väliaikaiset manuaaliset vararatkaisut, viestintä henkilöstölle sekä lisäohjeistuksen antaminen. Poikkeamat ja niihin liittyvät korjaavat toimenpiteet käsitellään yksikössä ja dokumentoidaan asianmukaisesti.

Tietosuojavastaavaksi on nimetty Sininauhasäätiö-konsernin tietosuojavastaava Jari-Juhani Helakorpi (jari-juhani.helakorpi@sininauhasaatio.fi, puh. 040 7498 105), joka vastaa konsernitasolla tietosuojavelvoitteiden toteutumisesta sekä ohjaa ja tukee Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n yksiköitä tietosuojakysymyksissä. Yksikön henkilöstö on velvollinen toimimaan konsernin tietosuojaohjeiden mukaisesti ja olemaan tarvittaessa yhteydessä tietosuojavastaavaan.

Tietosuojan omavalvontaa toteutetaan esimerkiksi tarkastamalla potilastietojärjestelmän lokitiedot satunnaisotannalla sovituin väliajoin.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Yksikössä on käytössä asiakastietolain (703/2023) vaatimukset täyttävä potilastietojärjestelmä DomaCare 1.0. Järjestelmä on Valviran ylläpitämässä Astori-tietojärjestelmärekisterissä hyväksytty ja se vastaa yksikön toiminnan käyttötarkoitusta. Järjestelmän tekninen ja tietoturallinen ylläpito toteutetaan järjestelmätoimittajan ja palveluntuottajan tietohallinnon yhteistyönä.

Käyttöoikeudet järjestelmään myöntää yksikön vastaava. Myönnettävät käyttöoikeudet perustuvat työntekijän työtehtäviin ja ovat työtehtävien edellyttämät. Potilastietoja saavat käsitellä vain ne työntekijät, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, ja vain siinä laajuudessa kuin hoidon toteuttaminen edellyttää. Järjestelmän käyttöä seurataan lokiseurannan avulla ja mahdolliset poikkeamat käsitellään tietosuojakäytännön mukaisesti. Henkilöstö perehdytetään järjestelmän käyttöön työsuhteen alussa ja osaamista ylläpidetään säännöllisesti järjestettävien koulutusten avulla. Tietosuojan ja tietoturvan osaamista vahvistetaan vuosittaisilla verkkokoulutuksilla sekä sisäisillä ohjeistuksilla. Käyttöön liittyvät ohjeet ovat henkilöstön saatavilla yksikön sähköisessä työtilassa.

Yksikössä on käytössä tallentava kameravalvonta, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä väkivaltaa, vahingontekoja ja muuta rikollista toimintaa sekä varmistaa henkilökunnan ja potilaiden turvallisuus. Kamerateat sijaitsevat yksikön yleisissä tiloissa. Kameravalvonnasta on asianmukaiset kyltit ja siitä on tiedotettu henkilöstölle ja asiakkaille. Kameravalvonnan tallenteiden katseluun on oikeus vain työnantajan nimeämällä

henkilöillä, joilla on tehtävään liittyvä perusteltu syy. Katselu tapahtuu aina rajatusti ja asianmukaisesti dokumentoituna. Katseluoikeuden raja, tarkoitussidonnaisuus ja dokumentointi ovat lakiin perustuvia ja tukevat rekisteröityjen oikeuksien toteutumista henkilötietojen käsittelyssä.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Hygieniaoheiden ja infektiorjunnan toteutumista seurataan arjen havainnoinnin, siivouspalvelujen palautteen ja henkilöstön toiminnan arvioinnin avulla. Henkilöstö on perehdytetty tartuntatautilain (1227/2016) sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen hygieniaoheistuksen mukaisiin toimintatapoihin, ja ohjeistuksia käydään säännöllisesti läpi. Mahdolliset poikkeamat kirjataan ja niihin reagoidaan yksikön vastaavan toimesta.

Yksikön toimintaan liittyviä yleisimpiä infektioita on hengitystieinfektiot, veriteitse tarttuvien infektioita sekä ihoinfektioita. Näiden ja muiden tarttuvien sairauksien leviäminen yksikössä ennaltaehkäistään riittävin hygieniakäytännöin, tarvittavien henkilöstösuojainten käytöllä, tartuntavaarallisten jätteiden asianmukaisella hävittämisellä sekä ajankohtaisella asiakkaiden tiedottamisella. Henkilökunta on perehdytetty tarkkailemaan ja tunnistamaan asiakkaita infektioiden merkkejä. Yksikössä on saatavilla käsidesiä sekä mahdollisuus ylläpitää riittävää käsihygieniaa. Henkilöstön osaamista seurataan säännöllisesti, jotta he tuntevat infektioiden ehkäisyn peruseräatteen, kuten käsihygienia, suojavarusteiden käyttö ja tartuntatilausten oikea käsittely.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Yksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu toiminnan alkaessa ja se on päivitetty viimeksi 10/2025.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa yksikön vastaava yhteistyössä yksikön lääkärin kanssa. Suunnitelman hyväksyy ylilääkäri.

Yksikön lääkehoidon asianmukaisuudesta sekä lääkehoitosuunnitelman mukaisen lääkehoidon toteutumisesta ja seurannasta vastaavat yksikön vastaava ja ylilääkäri yhdessä.

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vähintään vuosittain tai silloin, kun lainsäädäntö, viranomaisohjeet tai yksikön toiminta sitä edellyttävät. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen edellytetään perehdytysvaiheessa sekä aina muutosten tullessa henkilöstöltä. Suunnitelmaan tutustumisen jälkeen henkilöstö kuittaa asiakirjan kirjoittamalla nimensä lukukuittauslistaan.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot:

- Ella Henriksson, yksikön vastaava
 - amanda.vesterlund@suuntasi.fi, puh. 050 564 5956
- Maarit Rauhala, yksikön lääkäri
 - maarit.rauhala@suuntasi.fi, puh. 044 7377 502

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Yksikössä noudatetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) vaatimuksia. Yksikön vastaava vastaa lääkinnällisten laitteiden turvallisuudesta ja asianmukaisesta käytöstä. Yksikössä ylläpidetään ajantasaisia laiterakisteriä, johon merkitään käytössä olevat lääkinnälliset laitteet ja niiden huollot- ja huolto-ohjelmat. Laittehuollot toteutetaan valmistajan ohjeiden mukaisesti, ja huoltojen seuranta kuuluu yksikön laitevastaavan

vastuulle. Henkilöstö perehdytetään laitteiden käyttöön työsuhteen alussa. Mahdollisissa vaaratilanteissa tehdään lääkinällisestä laitteesta ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus.

Ammattimaisen käytön vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot:

- Rea Keskinen, päihdepalvelujen päällikkö
- rea.keskinen@suuntasi.fi, puh. 044 901 3689

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 3.

TAULUKKO 3: PALVELUYKSIKÖN TOIMINNAN KESKEISIMPIEN TURVALLISUUTTA JA LAATUA KOSKEVIEN RISKIEN TUNNISTAMINEN, ARVIOINTI JA HALLINTA

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakasturvallisuus	Keskisuuri riski	Esteettömän ja turvallisen ympäristön ylläpitäminen, henkilökunnan läsnäolo ja valvonta, yksilöllinen riskinarviointi ja hoidon suunnittelu, fyysisen ympäristön jatkuva arviointi ja parantaminen. Muuttuneisiin tilanteisiin reagointi herkästi.
Lääkkeiden virheellinen käyttö tai väärinkäyttö	Keskisuuri riski	Lääkehoidon prosessien selkeys (kaksoistarkastus), riittävä perehdytys ja ohjaus liittyen lääkkeiden annosteluun ja valvontaan, lääkkeiden kulutusmäärien seuranta. Toiminta lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.
Asiakaspalautteen keräämisen puutteet	Matala riski	Säännölliset asiakaspalautteen keräämiset, anonymien palautekanavien tarjoaminen, asiakaspalautteen systemaattinen käsittely ja seurantatoimenpiteet.

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Yksikössä työskentelevä henkilöstö muodostuu sairaanhoitajista, sosionomista sekä klinistä työtä tekevästä yksikön lääkäristä.

Yksikön vastaava: 0,5

Sairaanhoitaja: 2,0

Sosionomi: 0,2

lääkäri: 0,2

Palvelutuotantoa täydentää alihankintana (Addiktum Oy) päihdelääketieteeseen perehtynyt lääkäri yksikön lääkärin suunnitelluista (vuosilomat) ja suunnittelemattomissa (äkilliset) poissaoloissa. Addiktum Oy:lle ilmaistaan lääkäritarve ja sovitaan lääkäriyön sisällöstä ja lääkäripäivistä tai vaihtoehtoisesti puhelinkonsultaatiomahdollisuudesta.

Palkattaessa henkilöä ammattipätevyys varmistetaan Valviran ylläpitämästä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilörekisteristä. Henkilöstöltä edellytetään tilanteen mukaan joko sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa (lähihoitaja) tai sosiaali- tai terveydenhuollon korkeakoulututkintoa (sairaanhoitaja AMK, sosionomi AMK). Henkilöstön osaaminen varmistetaan käyttäen apuna Sininauhasäätiö-konsernin perehdytysohjelmaa ja hyödyntäen riittävän pitkää ja tarpeen mukaista perehdytystä. Jokaisen työntekijän kanssa suunnitellaan yksilöllinen perehdytys. Henkilöstön kielitaitovaatimuksena on hyvä suomen kielen suullinen ja kirjallinen taito.

Suuntasi Päihdepalvelut Oy:ssa on sisäiset toimipaikkakohtaisesti perehdytetyt sijaistyöntekijät äkillisiä tai ennalta suunniteltuja poissaoloja sekä suunnitelmallisia sijaistustarpeita varten. Koulutusvaatimuksena tehtävään on vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Sijaisena voi toimia myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat opiskelijat, joilla on tutkinto-oikeus ja vähintään 140 opintopistettä. He toimivat laillistetun sairaanhoitajan ohjauksen, johdon ja valvonnan alla tehden laillistetun sairaanhoitajan ohjaamia työtehtäviä. Opiskelijoilta tarkistetaan opintorekisteriotteesta suoritettut opintopisteet ja varmistetaan opintorekisteriotteesta tutkinto-oikeuden voimassaolo.

Niin ennalta suunnitelluissa kuin äkillisissä poissaoloissa yksikön vastaava arvioi sijaistarpeen ja sijaisen koulutusvaateen. Yksikön vastaava huolehtii sijaisjärjestelyistä, tai tarpeen mukaan ohjeistaa työryhmää sijaisjärjestelyissä. Yksikössä on sijaislista, josta ilmenee sijaisen koulutus ja yhteystiedot. Sijaisia tavoitellaan puhelimitse tai tekstiviestitse. Mikäli sijaista ei saada, kartoitetaan sisäisen työvoiman siirtämisen mahdollisuuksia tai halukkuutta tehdä työvuoro lisätyönä. Yksikössä on samanaikaisesti työskenneltävä vähintään kaksi sosiaali- ja terveysalan koulutuksen omaavaa henkilöä, joista toisen on oltava laillistettu sairaanhoitaja. Yksikön henkilöstömitoitus perustuu tuotettavien palvelujen sisältöön, asiakkaiden palvelutarpeisiin ja asiakasmäärään. Yksikön lääketieteellisten palvelujen riittävyydestä vastaa päihdepalvelujen päällikkö ja ylilääkäri.

Suuntasi Päihdepalvelut Oy järjestää täydennyskoulutusta sekä sisäisesti että ulkoisten koulutustahojen kautta. Yksikön vastaava suunnittelee yhdessä työntekijän kanssa täydennyskoulutukset, jotka tukevat työntekijän ammatillista osaamista, kehittymistä ja omia kiinnostuksen kohteita. Näihin koulutuksiin työntekijä osallistuu osana jatkuvaan osaamisen kehittämistä.

Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n johtamisperiaatteena on valmentava johtaminen. Jos työntekijän osaamisessa havaitaan kehittämistarpeita, niistä käydään rakentava keskustelu työntekijän kanssa ja etsitään yhdessä keinoja osaamisen vahvistamiseen. Mahdollisiin epäkohtiin puututaan avoimesti, reflektoiden ja palautetta kehittävästi antaen.

Henkilöstön työvuorot laaditaan kuuden viikon jaksoissa työvuorosuunnitteluohjelman avulla. Työvuoroihin suunnitellaan pääsääntöisesti kolme työntekijää. Yksikön vastaava seuraa henkilöstön riittävyyttä tarkastelemalla muun muassa peruutettuja käyntejä, hoidollisia viiveitä sekä asiakaspalautteita.

Käytännön toimintamallit tilanteissa, joissa henkilöstöä ei ole riittävästi:

- Ensisijaisesti otetaan yhteyttä sijaisiin

- Henkilöstöä siirretään tarvittaessa ja mahdollisuuksien mukaan toisesta yksiköstä ja mikäli tämä ei ole mahdollista toissijaisesti yksikön sisällä toiminnallisesti kiireellisiin tehtäviin
- Yksikön vastaava priorisoi välttämättömät palvelut, kuten valvotun lääkehoidon toteutuksen
- Päihdepalvelujen päällikköä konsultoidaan, mikäli joudutaan tekemään muutoksia hoidon sisältöön tai aikatauluihin, esimerkiksi henkilöstövajeen takia keskittämään toimintoja
- Asiakkaille tiedotetaan muutoksista selkeästi ja pyritään löytämään korvaavat ajat tai tuki

Henkilöstön riittävyyttä seurataan osana laatutyötä, ja poikkeamat raportoidaan sisäisesti. Säännölliset tiimipalaverit ja henkilöstön palautteet toimivat tärkeinä työkaluina resurssien toimivuuden arvioinnissa.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 4.

TAULUKKO 4: PALVELUYKSIKÖN TOIMINNAN KESKEISIMPIEN HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYTTÄ JA OSAAMISTA KOSKEVIEN RISKIEN TUNNISTAMINEN, ARVIOINTI JA HALLINTA

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön riittämättömyys tai uupumus	Keskisuuri riski	Säännöllinen työhyvinvointikysely henkilöstölle 2x/vuodessa, työajan hallinta ja riittävän lepoajan varmistaminen, tuki ja työnohjaus henkilöstölle, toimivat sijaisjärjestelyt ja tiimityön kehittäminen, yhteistyö työterveyshuollon kanssa
Lääkäriresurssin turvaaminen kokoaikaisesti ja poikkeustilanteissa	Korkea riski	Sijaisjärjestelmä lääkärin poissaolojen ajalle ja konsultointimahdollisuuden kehittäminen
Tehtävään liittyvän osaamisvaatimuksen ja työkokemuksen arviointi ja kehittämistarve	Keskisuuri riski	Aiemman työkokemuksen tunnistaminen, riittävä ja yksilöllinen perehdytys sekä jatkuva koulutus, henkilöstön soveltuvuuden arviointi, esihenkilön tarjoama tuki, yhteistyö työterveyshuollon kanssa
Johtamisen ja esihenkilötyön puutteet	Keskisuuri riski	Jatkuva kouluttautuminen, säännölliset keskustelut henkilöstön kanssa, selkeät roolit ja vastuutehtävät yksikössä, toiminnan kehittäminen palautteen pohjalta, esihenkilöiden ja johdon keskinäinen sujuva yhteistyö, sijaistamisjärjestelyt

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

Asiakas voi hakeutua palveluihin hyvinvointialueen ohjaamana. Palveluun pääsy turvataan varaamalla riittävät resurssit uusien asiakkaiden vastaanottamiseen. Palvelun aloitus pystytään järjestämään 1–5 arkipäivän kuluessa tilaajan yhteydenotosta, asiakkaan tarve huomioiden. Puhelimitse on päivittäin saatavilla ohjausta ja neuvontaa palveluun hakeutuville tai jo palvelussa oleville. Palveluun pääsyä seurataan ja tarvittaessa tehdään toimenpiteitä palvelujen saatavuuden parantamiseksi.

Asiakkaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan ja osallistua palvelunsa suunnitteluun. Jokaisella asiakkaalla on omahoitaja ja opioidikorvaushoidossa hoidosta vastaava lääkäri. Asiakkuuden alkaessa laaditaan yksilöllinen palvelu- tai hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan ja asiakkaan halutessa hänen läheistensä sekä tarvittaessa muiden toimijoiden kanssa. Suunnitelmaa tarkastellaan säännöllisesti ja aina tilanteen muuttuessa. Suunnitelmissa käytetään selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Asiakkaan näkemyksiä ja toiveita kuullaan ja dokumentoidaan osana suunnitelmia ja hoitoprosessia.

Asiakkaita kohdellaan kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti. Henkilöstöä koulutetaan säännöllisesti asiakaskohtamiseen ja eettiseen työotteeseen. Asiakkaille on mahdollisuus antaa palautetta nimettömästi tai suoraan henkilökunnalle. Epäasiallisesta kohtelusta voi ilmoittaa myös kirjallisesti tai puhelimitse yksikön vastaavalle. Ilmoitukset käsitellään asianmukaisesti ja tarvittaessa ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin. Asiakkaan kielellinen saavutettavuus varmistetaan tarvittaessa tulkkauspalveluiden avulla. Palveluyksiköllä on käytössään Tulka-tulkkipalvelu, jota hyödynnetään tilanteissa, joissa asiakkaan ja henkilökunnan välisen viestinnän tueksi tarvitaan tulkkausta.

Asiakkaille annetaan tietoa hänen oikeuksistaan, kuten oikeudesta tehdä muistutus tai kantelu sekä potilasasiavastaavan palveluista. Informointi tapahtuu suullisesti hoitosuhteen alussa. Lisäksi yhteystiedot ja ohjeet ovat nähtävillä yksikön tiloissa ja verkkosivuilla.

Palvelu perustuu vapaaehtoisuuteen ja asiakkaan omaan motivaatioon. Itsemääräämisoikeutta vahvistetaan tarjoamalla mahdollisuus vaikuttaa palvelun sisältöön ja tavoitteisiin liittyvissä asioissa. Rajoitustoimia ei pääsääntöisesti sovelleta, mutta tilanteissa, joissa asiakkaan päihtymys tai haitallinen toiminta vaarantaa turvallisuuden, voidaan soveltaa toimenpiteitä, jotka asiakkaat saattavat kokea rajoitustoimina. Näistä tilanteista laaditaan tarvittavat kirjaukset ja ne käsitellään asiakkaan kanssa.

Potilaalla on mahdollisuus saada itseään koskevat tiedot ja kirjatukset rekisterinpitäjältä, pääsääntöisesti oman hyvinvointialueensa kirjaamosta.

Asiakas voi tehdä muistutuksen, mikäli hän kokee saaneensa epäasiallista kohtelua tai palvelussa on ollut puutteita. Muistutus voi olla vapaamuotoinen tai asiakas voi käyttää tarkoitukseen laadittua hyvinvointialueen lomaketta, joka on saatavilla hyvinvointialueen verkkosivuilla ja tulostettuna yksikössä. Yksikön henkilökunta tukee asiakasta tarvittaessa muistutuksen tekemisessä ja kertoo muistutusoikeudesta sekä muista oikeusturvakeinoista, kuten kantelun mahdollisuudesta. Asiakas voi jättää muistutuksen suoraan yksikköön, josta muistutus toimitaan hyvinvointialueelle tai suoraan hyvinvointialueen potilasasiavastaavalle tai muulle sovitulle hyvinvointialueen edustajalle.

Saapuneet muistutukset käsitellään lain mukaisesti yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa.

Muistutusten käsittelyssä noudatetaan seuraavaa prosessia:

- Yksikön vastaava vastaanottaa muistutuksen ja ilmoittaa asiasta päihdepalvelujen päällikölle. Vaihtoehtoisesti päihdepalvelujen päällikkö vastaanottaa muistutuksen ja ilmoittaa asiasta yksikön vastaavalle
- Päihdepalvelujen päällikkö arvioi muistutuksen sisällön ja päättää tarvittavista selvityksistä, ellei hyvinvointialue ole asiassa ohjeistanut. Tarvittaessa päihdepalvelujen päällikkö ottaa yhteyttä muistutuksen tehneeseen asiakkaaseen lisätietojen saamiseksi
- Päihdepalvelujen päällikkö pyytää henkilöstöltä tai muilta osallisilta tarvittavat selvitykset tilanteesta. Mikäli muistutus liittyy lääketieteelliseen hoitoon kuten lääkehoitoon tai hoidon turvallisuuteen tai tilanteisiin, joissa on käytetty lääketieteellistä harkintaa tai potilasturvallisuuden on katsottu vaarantuneen lääketieteellisestä näkökulmasta, ylilääkäri antaa asiantuntijalausunnon
- Päihdepalvelujen päällikkö tekee muistutukseen kirjallisen vastauksen lain edellyttämässä ajassa. Vastauksessa selvitetään asian käsittely, tehdyt havainnot ja mahdolliset toimenpiteet. Vastaus muistutukseen toimitetaan hyvinvointialueen ohjeistuksella hyvinvointialueelle ja tai asiakkaalle kirjattuna kirjeenä tai muulla tietoturvalisella menetelmällä
- Jos muistutus osoittaa palvelussa olleen puutteita, sovitaan korjaavista toimenpiteistä. Yksikön vastaava seuraa, että toimenpiteet toteutuvat käytännössä ja niiden vaikutuksia seurataan. Hyvinvointialueelle raportoidaan tehdyt toimenpiteet.

Helsingin kaupungin Sosiaali- ja potilasasiavastaavina toimivat yksikön päällikkö Tove Munkberg Jenni Hannukainen, Ninni Purmonen, Taru Salo, Teija Tanska, Katariina Juurioksa ja Anders Häggblom. Sähköpostiyhteydenotot sotepe.potilasasiavastaava@hel.fi (Linkki avaa oletussähköpostiohjelman) puh. [09 310 43355](tel:0931043355)

Vantaa-Keravan hyvinvointialueella sosiaali- ja potilasasiavastaavina toimivat:

- Clarissa Kinnunen ja Satu Laaksonen
 - sosiaali-japotilasasiavastaava@vakehyva.fi, puh. 09 419 10230

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella sosiaali- ja potilasasiavastaavina toimivat:

- Jenni Henttonen, Terhi Willberg ja Anne Hilander
 - sosiaali.potilasasiavastaava@luvn.fi, puh. 029 151 5838

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 5.

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 = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Potilaan kielellinen saavutettavuus ei toteudu	Keskisuuri riski	Tulka-palvelun käyttö, henkilöstön ohjeistus tulkin käytöstä, selkeä ja ymmärrettävä asiakasviestintä
Potilaan oikeudet eivät ole tiedossa tai toteudu	Keskisuuri riski	Oikeuksista tiedottaminen hoitosuhteen alussa, potilasasiamiehen yhteystiedot ja tukea muistutuksen tekoon saatavilla
Asiakkaan osallistuttaminen hoitoon jää vajaaksi	Keskisuuri riski	Mahdollisuus vaikuttaa hoidon ja palveluiden sisältöön, kuulluksi tulemisen varmistaminen, asiakaspalautteen keruu
Läheisten osallisuuden puutteet hoidossa	Keskisuuri riski	Henkilöstön perehdytys ja koulutus

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Yksikössä riskienhallinnan tavoitteena on ehkäistä ja hallita toimintaan sekä asiakas- tai potilasturvallisuuteen kohdistuvia riskejä ennaltaehkäisevästi. Riskienhallinta on osa yksikön päivittäistä toimintaa, ja se tukee palvelun laatua, asiakasturvallisuutta sekä henkilöstön työhyvinvointia.

Keskeisiä käytännön keinoja riskien ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa ovat yksikön selkeät toimintamallit, lääkehoitosuunnitelman ja kirjaamiskäytäntöjen noudattaminen, riittävä perehdytys ja henkilöstön koulutus sekä työskentelyä tukevat ohjeistukset. Esimerkiksi lääkehoitoa toteutettaessa pyritään siihen, että lääkehoitoa on toteuttamassa työpari, uhkaaviin tilanteisiin pyritään varautumaan ennalta ja potilaille tarjotaan mahdollisuuksien mukaan omat asiointiajat tilanteiden rauhoittamiseksi. Turvallisen tilan periaatteet ovat osa yksikön arkea. Yksiköllä on sopimus Avarn Securityn kanssa vartiointipalveluista, ja yksikössä on käytössä hälytyspainikkeet sekä muut turvallisuusratkaisut.

Yksikön vastaava seuraa toiminnan toteutumista ja havaitsee poikkeamia arjen havainnoinnin ja palautekeskustelujen kautta. Riskienhallinnan riittävyyttä arvioidaan säännöllisesti tiimipalaverissa ja palautetilanteissa. Poikkeamat ja kehittämistarpeet voivat nousta esiin myös asiakaspalautteesta, viranomaisohjauksesta tai työterveyden tarkastuskäynneiltä. Tarvittaessa käytäntöjä kehitetään tai

täsmennetään havaintojen perusteella, ja korjaavien toimenpiteiden vaikutuksia seurataan sovitun aikataulun mukaisesti.

Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla. Yksikön vastaava arvioi tilanteen vakavuuden ja tarvittavat toimet, jotka voivat sisältää esimerkiksi välittömän korjauksen, lisäohjeistuksen, koulutustarpeen arvioinnin tai laajemman prosessitarkastelun. Vakavissa tapauksissa toimitaan STM:n oppaan "*Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*" (STM:n julkaisuja 2023:31) mukaisesti. Tarpeen mukaan suoritetaan tapahtuman juurisyyanalyysi ja laaditaan kirjallinen selvitys, johon liitetään suunnitelma korjaavista toimenpiteistä.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Palveluyksikössä on käytössä vaaratapahtumien ilmoitusmenettely, joka mahdollistaa sekä henkilöstön että johdon tiedonsaannin poikkeamista. Vaaratapahtumista tehdään ilmoitus sähköisellä lomakkeella tai suullisesti yksikön vastaavalle. Tapahtumat kirjataan ja analysoidaan yksikön sisäisesti, ja niistä viestitään henkilöstölle oppimisen näkökulmasta esimerkiksi tiimipalaverissa. Tarkoituksena on edistää avointa ja syylistämätöntä turvallisuuskulttuuria.

Palveluyksikössä toteutetaan myös valvontalain 29 §:n mukaista ilmoitusvelvollisuuden ja -oikeuden toteutumista. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa, jos hän huomaa asiakkaan tai potilaan saavan vaarantavaa tai muutoin lainvastaista kohtelua tai hoitoa. Henkilöstö on perehdytetty tähän oikeuteen ja velvollisuuteen osana perehdytystä sekä säännöllisissä koulutuksissa. Ilmoitus voidaan tehdä yksikön sisäisesti, hyvinvointialueelle tai suoraan valvovalle viranomaiselle (esimerkiksi Valviraan tai aluehallintovirastoon). Ilmoittamiseen liittyvä suoja ja toimintatapa on kuvattu erillisessä ohjeessa, joka on kaikkien työntekijöiden saatavilla.

Valvovien viranomaisten antamat ohjeet, selvityspyynnot ja päätökset käsitellään yksikön johdon toimesta. Tarvittaessa ne viedään yksikköön henkilöstön tietoon ja niiden edellyttämät toimenpiteet toteutetaan. Kaikki ohjaus- ja valvontatoimet dokumentoidaan ja niistä seuraavat muutokset huomioidaan omavalvonnan ja toiminnan kehittämisessä.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Yksikössä kerätään asiakas- ja potilaspalautetta säännöllisesti ja suunnitelmallisesti. Käytössä on palautejärjestelmä Roidu, joka sisältää kuusi asiakaskokemusta mittaavaa väittämää. Väittämät liittyvät palvelun saatavuuteen, asiakaslähtöisyyteen, vuorovaikutukseen, tiedonsaantiin, tuen kokemukseen, palvelun laatuun ja yleiseen tyytyväisyyteen. Potilaspalautetta kerätään jatkuvasti arjen toiminnan yhteydessä QR-koodien avulla. Tämän lisäksi palautetta kerätään systemaattisesti neljä kertaa vuodessa järjestettävien keräysviikkojen aikana.

Lisäksi asiakkailla ja potilailla on mahdollisuus osallistua Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan kansalliseen sosiaali- ja terveystalouden asiakaskyselyyn. Myös hyvinvointialueet keräävät säännöllisesti asiakastytyytyväisyyspalautetta palveluntuottajiltaan.

Palautteen koosteen saa nähtäväkseen päihdepalvelujen päällikkö, joka toimittaa sen yksikön vastaavalle. Yksikön vastaava jakaa palautteen edelleen työryhmälle käsiteltäväksi. Asiakaspalautteesta esiin nousevat keskeiset huomiot ja kehitysehdotukset otetaan huomioon toiminnan ja palveluprosessien kehittämisessä.

Asiakkaan läheiset ja omaiset voivat asioimistilanteissa tai puhelimitse antaa palautetta.

THL:n kansallisen kyselyn tuloksia hyödynnetään Suuntasi Päihdepalvelut Oy:n palvelujen arvioinnissa ja suunnittelussa laajemmin. Palautteella on tärkeä rooli myös omavalvonnan toteuttamisessa ja yksikön laadunhallinnan kehittämisessä.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Palveluyksikössä kehittämistoimenpiteet perustuvat asiakaspalautteisiin, henkilöstön havaintoihin, muistutuksiin sekä säännölliseen omavalvontatiedon tarkasteluun. Poikkeamien ja kehitystarpeiden taustatekijöitä selvitetään analysoimalla yksittäisten tilanteiden kulkua, tunnistamalla toistuvia ilmiöitä ja kartoittamalla mahdollisia puutteita toimintatavoissa, resursseissa tai viestinnässä. Tarvittaessa tehdään sisäisiä selvityksiä, joissa kuullaan sekä henkilöstöä että asiakkaita. Kehittämistoimenpiteisiin ryhdytään aina, kun havaitaan riski toiminnan laadulle tai asiakas- tai potilasturvallisuudelle.

Kehittämistoimenpiteet dokumentoidaan yksikön sisäisiin kehittämissuunnitelmiin sekä tarvittaessa hyvinvointialueen kanssa jaettaviin raportteihin. Jokaiselle toimenpiteelle nimetään vastuuhenkilö, joka vastaa sen toteutuksesta ja aikataulusta. Toimenpiteiden etenemistä ja vaikutuksia arvioidaan säännöllisesti osana yksikön laatutyötä, ja tarvittaessa suunnitelmia päivitetään uuden tiedon tai palautteen perusteella.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Yksikössä seurataan toiminnan laatua, turvallisuutta ja omavalvonnan toteutumista. Seurantaan käytetään sekä laadullisia että määrällisiä mittareita, kuten asiakaspalautteita, poikkeamaraportteja, asiakas- ja henkilöstökyselyitä, muistutuksia sekä palvelun saatavuuteen ja hoitoon pääsyyn liittyviä tilastoja. Lisäksi tarkastellaan hoitosuunnitelmien toteutumista, lääkitysturvallisuutta sekä asiakastietolain (703/2023) määrittelemää dokumentoinnin laatua.

Laatua ja turvallisuutta koskeva tieto kootaan ja analysoidaan säännöllisesti. Tietoa käsitellään sisäisesti työryhmäpalavereissa sekä johdon kokouksissa. Raportointi tapahtuu yksikön johdolle ja hyvinvointialueelle sovittun raportointikäytännön mukaisesti. Tarvittaessa raportoidaan myös erillisistä tapahtumista tai poikkeamista heti niiden ilmettyä.

Riskienhallintakeinojen toimivuutta arvioidaan käytännön toteutumisen ja vaikutusten kautta. Riskienhallintatoimien riittävyyttä tarkastellaan vertaamalla havaittuja riskejä toteutuneisiin tilanteisiin ja kehityssuuntiin. Tarvittaessa riskienhallintakeinoja päivitetään tai tehostetaan. Henkilöstö osallistuu riskien arviointiin ja seurantaan esimerkiksi säännöllisissä palavereissa ja omavalvontakatselmuksissa.

Riskienhallinnan toteutumista arvioidaan osana yksikön laadunhallintaa vähintään kaksi kertaa vuodessa tai useammin, mikäli tilanne sitä edellyttää. Dokumentointi tehdään osaksi yksikön sisäistä laatutyötä ja omavalvontasuunnitelmaa. Tulosten perusteella tehdään tarvittavat kehittämistoimenpiteet, joiden toteutumista seurataan systemaattisesti.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omaevalvontasuunnitelman toteutumista seurataan systemaattisesti osana yksikön arjen toimintaa ja laadunhallintaa. Seurantavastuu on yksikön vastaavalla, joka koordinoi kehittämistoimenpiteiden toteutumisen arviointia yhdessä henkilöstön kanssa. Toteutumista seurataan neljännesvuosittain, tai useammin, jos toiminnassa tapahtuu muutoksia tai ilmenee poikkeamia. Seurannan yhteydessä havaitut puutteet dokumentoidaan ja niihin sovitaan korjaavat toimenpiteet. Vastuuhenkilöt on nimetty kullekin kehittämiskohteelle, ja he vastaavat sovittujen muutosten käytännön toimeenpanosta sovitussa aikataulussa.

Seurannasta laaditaan selvitys, ja sen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan neljännesvuosittain. Omaevalvontasuunnitelman ajantasaisuus ja kehittämistoimenpiteiden tarve varmistetaan säännöllisellä tarkastelulla, ja muutokset dokumentoidaan selkeästi. Päivityksistä tiedotetaan henkilöstölle viipymättä, ja samalla tarkennetaan mahdolliset käytännön vaikutukset toimintaan.

Liite 2 Omaavontasuunnitelman valmisteluun osallistuneet

Vantaalla 6.11.2025

Ella Henriksson
Yksikön vastaava

Rea Keskinen
Päihdepalvelujen päällikkö

Antti Mikkonen
Lääketieteellinen johtaja, ylilääkäri

Suunnitelma on sähköisesti allekirjoitettu