

Omavalvontaohjelma (OVO) - Med Group -konserni

Hyväksytty: 30.10.23



Riika Merivirta SV329193,
vastuulääkäri

Sisällys

1. Johdanto	3
2. Arvot, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
3. Omavalvonnan organisointi ja johtaminen	4
4. Palvelun sisällön omavalvonta	5
5. Lääkehoito	6
6. Laitteet, tarvikkeet ja toimitilat	7
7. Henkilöstö	7
8. Varautuminen poikkeusoloihin	8
9. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet	8
10. Asiakkaan asema ja oikeudet	9
11. Asiakas ja potilastietojen käsittely	10
12. Potilasasiavastaava	10
13. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa	11
14. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi	11
Liite 1. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen omavalvontasuunnitelman sisältö	12
Liite 2. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskuksen omavalvontasuunnitelman sisältö	14

1. Johdanto

Med Group -konsernissa (ONNI) on sekä yksityisen terveydenhuollon että sosiaalipalvelujen luvan- ja ilmoituksenvaraista toimintaa. ONNIssa terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan tehtävänä on ohjeistaa ja valvoa laadunhallintaa koskevat asiat konsernitasoisesti. Omavalvontaohjelman osana ovat myös päivittäisen toiminnan sisältämät palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmat ja lääkehoitosuunnitelmat, joissa huomioidaan palvelu- ja toimipaikkakohtaiset tarpeet ja olosuhteet. Näiden suunnitelmien tulee perustua tähän konsernitasoiseen suunnitelmaan, tai jos tästä poikkeamiselle on perusteltu syy, poikkeukset tulee hyväksyttäväksi konsernin vastuulääkärillä. Tämä ONNIn omavalvontaohjelma kattaa kaikki konserniin kuuluvat yhtiöt ja toiminnot.

Omavalvontaohjelma on asiakirja, johon kirjataan kaikki keskeiset toimenpiteet, joilla palvelujen tuottaja itse valvoo toimintayksikköitään, henkilökunnan toimintaa sekä tuottamiensa palvelujen laatua. Omavalvontaohjelma on palvelujen laadun ja kehittämisen työväline. Palvelujen tuottajalta edellytetään ammattitaitoa, tietoa ja kokemusta arvioida, minkälaisella omalla ohjauksella ja valvonnalla toiminnan laatu ja säädöstenmukaisuus varmistetaan.

Omavalvonnan asiakirja muodostuu kaikista niistä toiminta- ja menettelyohjeista, joita laaditaan yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi kaikissa palveluketjun vaiheissa. Omavalvontaohjelmassa sovitaan menettelytavat palvelutoiminnassa havaittujen riskien, vaaratilanteiden ja laadullisten puutteiden ennaltaehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen osaamisen varmistamiseksi. Suunnitelman on oltava sitä laajempi ja yksityiskohtaisempi mitä monimuotoisempaa ja riskialttiimpaa palvelujen tuottajan toiminta on. Omavalvontaohjelmassa ja palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmissa määritellään muun muassa yrityksessä noudatettavat toimintatavat ja niiden toteuttamisen seuranta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnassa korostuu palveluntuottajien oma vastuu toiminnan asianmukaisuudesta ja tuottamiensa palvelujen laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta. ONNIssa on erillinen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Omavalvontaohjelma ja omavalvontasuunnitelmat kuvaavat niitä toimenpiteitä, joilla laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman toimeenpanoa ja toteutumista yrityksen omasta toimesta seurataan.

Omavalvonnan avulla asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohdat ja palvelun onnistumisen kannalta epävarmat ja riskiä aiheuttavat tilanteet pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan nopeasti. Tarkoituksena on ennaltaehkäistä riskien toteutuminen ja reagoida havaittuihin kriittisiin työvaiheisiin tai kehittämistä vaativiin asioihin suunnitelmallisesti ja nopeasti.

Tämä omavalvontaohjelma sekä palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmat ovat saatavissa ONNIn Internet-sivuilta. Yksikkö- ja toimintokohtaiset omavalvontasuunnitelmat ovat lisäksi saatavissa ko. toimipisteestä ja toiminnosta vastaavalta johtajalta sekä potilasasiavastaavalta.

Sosiaalitoimen yksiköiden omavalvontasuunnitelmat tehdään Valviran sosiaalitoimen omavalvontasuunnitelmasta muokatulle ONNIn lomakkeelle. Terveydenhuollon omavalvontasuunnitelmat tehdään Valviran yksityisen terveydenhuollon omavalvontasuunnitelmalomakkeelle.

Tämä konsernitasoinen omavalvontaohjelma on toteutettu Valvontalain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023) mukaisesti.

2. Arvot, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Med Group -konsernin arvot ovat: luottamus, ystävällisyys ja joustavuus. Huolehdimme kaikessa toiminnassamme siitä, että nämä arvot toteutuvat myös käytännössä. Tavoitteenamme on olla sosiaali- ja terveysalan vastuullisin yksityinen palveluntuottaja.

Tuotamme palveluja ensisijaisesti julkisen sektorin kumppanina tämän lukuun. Noudatamme tilaaja-asiakkaiden meille antamia ohjeita ja veloitteita.

Med Groupin laatupolitiikan mukaiset kolme laatuperiaatetta, joista pidämme kiinni jokaisen palvelun kohdalla ovat seuraavat:

- 1) Teemme työtä potilaitamme ja asiakkaitamme varten
- 2) Laadusta on vastuussa jokainen työntekijä
- 3) Laatu mitataan joka päivä asiakastyön onnistumisen kautta

Keskeisimmät toimintaperiaatteemme ovat:

- 1) Potilasturvallisuus: Olemme sitoutuneet siihen, että palvelumme ovat turvallisia ja korkeatasoisia. Seuraamme toimintaamme jatkuvasti. Arvioimme säännöllisesti toimintaamme liittyviä riskejä.
- 2) Asiakslähtöisyys: Otamme kaikessa toiminnassamme huomioon sekä potilaan/asiakkaan että tilaajan edun. Pyrimme siihen, että näiden välillä ei ole ristiriitaa. Jos näin kävisi, potilaan/asiakkaan etu on ensisijainen.
- 3) Vaikuttavuus: Vastuamme potilaasta ei pääty palvelutapahtuman loppumiseen. Olemme sitoutuneet potilaan/asiakkaan koko elinkaaren aikaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kohdennamme voimavaramme oikein.
- 4) Avoimuus: Raportoimme epäkohdat, ongelmat ja läheltä piti -tilanteet avoimesti ja syyllistämättä; pyrimme oppimaan paitsi omista myös toistemme tekemisistä.
- 5) Yhteiskuntavastuullisuus: Toimimme yhteiskuntavastuullisesti ja huolehdimme yhteiskunnallisista veloitteistamme; otamme käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon parhaita käytäntöjä ja luomme niitä itse.

Kunkin toimintayksikön omassa omavalvontasuunnitelmassa voidaan kuvata ko. yksikössä toteutuvat/sovellettavat tarkemmat periaatteet. Näissä ei voida poiketa yllä mainituista periaatteista, mutta niitä voidaan tarkentaa ja laajentaa.

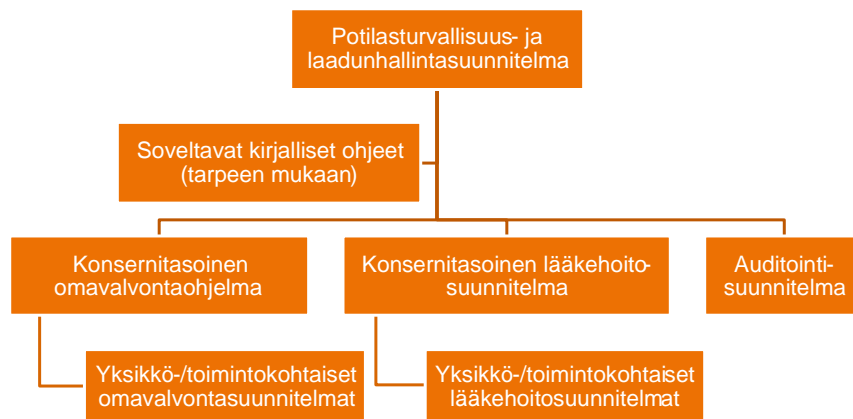
3. Omavalvonnan organisointi ja johtaminen

Tämä omavalvontaohjelma ohjaa omavalvonnan toteutumista konsernitasoisesti. Kussakin toimintayksikössä tehdään erillinen omavalvontasuunnitelma, jossa huomioidaan ko. toimintayksikön erillistarpeet ja erityispiirteet. Toimintayksiköiden suunnitelmat tehdään Valviran lomakkeita hyödyntäen tämän dokumentin liitteiden 1 tai 2 mukaisesti riippuen siitä, onko kyse sosiaali- vai terveysterveystalusta.

Konsernin yhtiöillä voi olla erillisiä vastaavia lääkäreitä. Lääketieteellinen johtaja (konsernin vastaava lääkäri) vastaa toiminnasta konsernitasoisesti, ja kukin erikseen nimetty vastuulääkäri omalta osaltaan. Konsernin vastuulääkärin tehtävänä on ohjata muita vastuulääkäreitä ja -henkilöitä sekä huolehtia siitä, että nämä omassa toiminnassaan ja omavalvonnassa noudattavat konsernitasoisia ohjeita ja määräyksiä.

Kunkin esihenkilövastuussa olevan henkilön, joka vastaa sosiaali- tai terveyspalvelujen tuottamisesta, tulee tuntea tämä omavalvontaohjelma, oman yksikkönsä/toimintonsa omavalvontasuunnitelma sekä soveltuvien osien konsernin muut keskeiset laadunhallinta-asiakirjat (mm. laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma sekä lääkehoitosuunnitelma). Kukin esihenkilö vastaa laadunhallinnasta ja omavalvonnasta oman toimintansa osalta.

Laadunhallinnan dokumentointi on ONNIssa toteutettu seuraavasti:



Med Group -konsernin lääketieteellisenä johtajana ja vastaavana lääkärinä toimii Riika Merivirta, riika.merivirta@onnion.fi (+358417316593).

Potilasasiavastaavan yhteystiedot on kerrottu kohdassa 11.

4. Palvelun sisällön omavalvonta

Med Groupin palvelut pyritään tuottamaan oikein, oikea-aikaisesti ja asianmukaisesti. Inhimillisessä toiminnassa tapahtuu kuitenkin välillä virheitä. Virheet pitää raportoida avoimesti ja niistä tulee ottaa opiksi, jotta vastaavat virheet tulevaisuudessa vältettäisiin. Omavalvonnan tehtävänä ei ole etsiä syyllisiä vaan tunnistaa virheet, löytää niihin ratkaisut sekä pyrkiä ennaltaehkäisemään vastaavien virheiden toistumisen.

Palvelut tulee tuottaa ammattitaitoisesti sekä yrityksen toimintaohjeita, lakeja ja asetuksia sekä ko. toiminnan ammattinormeja noudattaen. Näiden ohjeiden ja säännösten perehdytys- ja koulutus- sekä seurantavastuu on ko. toiminnasta vastaavilla esihenkilöillä. Tuotettujen palvelujen valvonta sekä asiakaspalautteen kerääminen ja siihen vastaaminen on olennainen osa esimiestehtävää. Mikäli esihenkilö tunnistaa vakavan vaaran tai puutteen, tulee tästä viipymättä informoida omaa esihenkilöä sekä konsernin vastaavaa lääkärää.

Med Groupissa toteutetaan sisäisiä ja ulkoisia auditointeja laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti. Näiden avulla pyritään varmistumaan mm. siitä, että omavalvontaa toteutetaan tehtyjen suunnitelmien mukaisesti.

Pyrimme asiakkaiden fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämiseen kussakin toiminrossa tarkoituksenmukaisesti katsotussa laajuudessa ja keinoin. Jatkuvassa hoidossa tai valvonnassa olevien asiakkaiden toimintakykyä, hyvinvointia ja kuntouttavaa toimintaa koskevien tavoitteiden toteutumista seurataan ko. toimintayksikön omavalvontasuunnitelmassa tarkemmin kuvatuin keinoin.

Kaikessa toiminnassa noudatetaan sen edellyttämiä hygieniavaatimuksia. Kädet pestään aina kuin mahdollista ennen asiakkaaseen koskemista ja sen jälkeen, tai käytetään suojakäsiteitä. Muita suojavälineitä ja desinfiointiaineita käytetään tarpeen mukaan.

Sosiaalitoimen yksiköiden omavalvontasuunnitelmissa kuvataan tarkemmin, miten yksikössä seurataan yleistä hygieniatasoa ja miten varmistetaan, että asiakkaiden tarpeita vastaavat hygieniakäytännöt toteutuvat laadittujen ohjeiden ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti.

Omavalvonnan hierarkiatasot:

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

Omavalvonta tapahtuu tässä dokumentissa ja yksikkökohtaisissa omavalvontasuunnitelmissa kuvatuilla tavoilla. Kaikki laatuun liittyvät poikkeamat raportoidaan poikkeamienhallintajärjestelmään (Falcony), jossa käsitellään kaikki laatu-poikkeamat. Lisäksi on käytössä ns. whistleblower -järjestelmä, jonka kautta voi ilmoittaa mahdollisista epäkohdista nimettömästi. Sisäisiä ja ulkoisia auditointeja sekä sisäisiä tarkastuksia tehdään erillisen suunnitelman perusteella ja tarvittaessa.

5. Lääkehoito

Med Group -konsernissa on erillinen konsernitason lääkehoitosuunnitelma. Kaikkien lääkehoidon kanssa tekemisissä olevien tulee tuntea tämä suunnitelma. Yksikkökohtaisissa lääkehoitosuunnitelmissa tai omavalvontasuunnitelmissa otetaan kantaa lääkehoidon käytännön toteutukseen sekä erityisiin riskeihin ko. yksikön toiminnan osalta. Kussakin terveystalossa tuottavassa yksikössä tulee olla nimetty lääkehoidosta vastaava henkilö (sairaanhoitaja tai ensihoitaja AMK).

Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvaus toimintakäytännöistä lääkehoidon poikkeamatilanteissa.

Yksikkökohtaisessa lääkehoito- tai omavalvontasuunnitelmassa tulee olla kuvaus toimintakäytännöistä potilaalta palautuneiden ja käyttämättä jääneiden lääkkeiden käsittelystä sekä lääkehoidon toteutumisesta ja lääkkeiden kulutuksen seurannan valvonnasta. Yksiköiden lääkehoidosta vastaavien henkilöiden yhteystiedot tulee olla löydettävissä omavalvontasuunnitelmasta.

Konsernitasoista lääkehoitosuunnitelmaa seurataan palautteen perusteella ja se päivitetään vähintään kerran vuodessa. Toimintayksikötasoinen suunnitelma päivitetään tarvittaessa ja aina konsernitason lääkehoitosuunnitelman muuttuessa.

6. Laitteet, tarvikkeet ja toimitilat

Terveystieteiden laitteen tarkoitetaan terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (720/2021) 5§ mukaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut muun muassa ihmisen sairauden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen. Toiminnanharjoittajan velvollisuuksista on säädetty terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (720/2021) 17 sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys 1/2023 (LÄÄKINNÄLLISESTÄ LAITTEESTA TEHTÄVÄ AMMATTIMAISEN KÄYTTÄJÄN VAARATILANNEILMOITUS). Terveystieteiden laitteiden ja tarvikkeiden aiheuttamista vaaratilanteista tehdään ilmoitus Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimealle.

Yksikkökohtaisissa omavalvontasuunnitelmissa toimintayksiköille nimetään ammattimaisesti käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudesta vastaava henkilö, joka huolehtii vaaratilanteita koskevien ilmoitusten tekemisestä ja muiden laitteisiin liittyvien määräysten noudattamisesta. Suunnitelmassa yksilöidään käytettävät laitteet ja tarvikkeet sekä kuvataan menettelytavat laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvien vaaratilanneilmoitusten tekemisestä ja muiden laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvien määräysten noudattamisesta.

ONNin palveluiden tuottaminen tapahtuu pääsääntöisesti tilaaja- tai kuluttaja-asiakkaan tiloissa. ONNin omat toimipisteet ovat hallinnollisia tiloja, joissa ei tuoteta fyysistä asiakas-/potilaspalvelua, ainoastaan hallinto-, etä-, ym. palvelua (poikkeuksena ensihoitoajoneuvot). Tästä syystä omavalvontasuunnitelmassa ei ole tarpeen kuvata potilasturvallisuuden kannalta kriittisten tilojen suunnittelua tai tilojen soveltuvuutta käyttötarkoitukseensa, kuten ei myöskään tilojen järjestämistä, kulunvalvontaa eikä murto- ja palosuojauksia.

Med Group -konsernilla ei ole omia lääkehoito- eikä laboratoriotiloja.

Potilastoimintaan liittyvä jätehuolto ja ongelmajätteen käsittely toteutetaan yhteistyössä tilaaja-asiakkaiden kanssa. Vanhentuneet lääkkeet toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi.

Med Groupin toimintaan ei liity säteilyn käyttöä eikä kliinisen mikrobiologian laboratoriotoimintaa.

7. Henkilöstö

Yksikkö-/toimintokohtaisessa omavalvontasuunnitelmassa esitetään kuvaus henkilöstön määrästä ja rakenteesta. Myös sijais-/varahenkilöjärjestelmä kuvataan, samoin suunnitelma henkilöstön perehdyttämisestä ja kouluttamisesta sekä osallistumisesta omavalvonnan suunnitteluun ja

toteuttamiseen. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lääkehoitosuunnitelmaan, potilasasiakirjakäytäntöihin ja laitteiden ja tarvikkeiden käyttöön.

Omavalvontasuunnitelmasta tulee myös käydä ilmi kuvaus henkilöstön rekrytoinnin periaatteista ja kelpoisuuden varmistamisesta (ammattioikeudet, vaadittava kielitaito, tarvittavien rikosrekisteriotteiden tarkistaminen, ulkomaalaisen työntekijän työnteko-oikeus) sekä kuvaus henkilökunnan ammattitaidon ja työhyvinvoinnin ylläpitämisestä ja osaamisen johtamisesta: täydennyskoulutussuunnittelu- ja seurantamenettelyt, osaamisen, ammattitaidon ja sen kehittymisen seuranta, kehityskeskustelut.

Kaiken kaikkiaan henkilöstön osalta olennaista on se, miten varmistetaan henkilöstön osaamisesta ja riittävydestä kaikissa tilanteissa. Kaikkia työntekijöitä tulee informoida omavalvonnan toteuttamisesta. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus tuoda esiin mahdollisesti huomansa epäkohdat ja tulla kuulluksi. Mikäli työntekijä katsoo, että hänen esihenkilönsä ei suhtaudu riittävällä vakavuudella ja aktiivisuudella esille nostettuihin ongelmiin, puutteisiin tai muihin epäkohtiin, työntekijällä on oikeus kääntyä asiassa esihenkilön puoleen. Poikkeamailmoitukset tallennetaan poikkeamienhallintajärjestelmään (Falcony) ja käsitellään yksikön omavalvontasuunnitelmassa kuvatulla tavalla. Vakavat poikkeamat toimitetaan vastaavan lääkärin tiedoksi.

8. Varautuminen poikkeusoloihin

ONNI:ssa on erillinen varautumissuunnitelma tilanteisiin, joissa palvelujen kysyntä merkittävästi lisääntyy, henkilöstön käytettävyyks yllättäen vähenee tai molemmat em. tekijät toteutuvat yhtä aikaa (esim. pandemiatilanne).

9. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet

Toimipaikka-/toimintakohtaisessa omavalvontasuunnitelmassa kuvataan ko. toimintayksikön tai palvelun merkittävimmät laatu-, turvallisuus-, työhyvinvointi- ja liiketoimintariskit. Näiden todennäköisyyden vähentämiseksi ja vaikutusten minimoimiseksi tehdään suunnitelma.

ONNI:n henkilöstöön kuuluvan on toimittava siten, että asiakkaalle annettavat palvelut toteutetaan mahdollisimman laadukkaasti ja aiheuttamatta vaaraa niin asiakkaalle kuin työntekijällekään. Työntekijän on viipymättä ilmoitettava toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan palvelujen toteuttamisessa. Sosiaalihuollon osalta ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta hyvinvointialueen sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena.

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

Merkittävimmät riskit käsitellään liiketoimintayksikkötasoisesti vähintään vuosittain.

10. Asiakkaan asema ja oikeudet

Potilaslain 10§ perusteella terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus. Muistutusmenettely on ensisijainen keino selvittää hoitoonsa ja kohteluunsa tyytymättömän potilaan asiaa. Muistutukseen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä. Kohtuullisena aikana voidaan pitää 2–4 viikon vastausaikaa, jollei ole erityisiä perusteita pidempään käsittelyaikaan.

Terveydenhuollon palveluista vastaava (lääketieteellinen) johtaja vastaa siitä, että muistutukset käsitellään huolellisesti ja asianmukaisesti. Muistutuksessa kuvattu asia on tutkittava puolueettomasti ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta potilas voi pitää asian selvittämistä luotettavana ja kokee tulleen kuulluksi. Muistutuksessa annettavassa ratkaisussa on käytävä ilmi, mihin toimenpiteisiin muistutuksen takia on ryhdytty ja miten asia on muuten ratkaistu. Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei voi hakea muutosta, mutta asia voidaan ottaa uudelleen käsittelyyn, mikäli asiassa ilmenee jotakin uutta. Muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat säilytetään omana arkistonaan erillään potilasasiakirja-arkistosta. Mikäli muistutuksen käsittelyssä syntyneet asiakirjat sisältävät potilaan hoidon kannalta oleellista tietoa, ne voidaan liittää siltä osin potilasasiakirjoihin. Valviran antamassa ohjeessa 2/2012 on tarkemmat ohjeet muistutusmenettelystä ja siihen liittyvistä käytännöistä terveydenhuollossa.

Asiakasta/potilasta tulee aina kohdella asianmukaisesti ja kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttansa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta (ml. kuljetus sairaalaan), myös silloin kun kyse on todennäköisesti hänen henkensä vaarantavasta päätöksestä. Tällaisessa tilanteessa tulee konsultoida hoitovastuullista tahoa puhelimitse. Potilas ei voi velvoittaa ketään tekemään häntä vahingoittavia toimenpiteitä eikä kenelläkään ei ole oikeutta vaarantaa toisen henkeä eikä terveyttä (ml. alaikäisen huoltaja). Potilaalla tai kenelläkään muullakaan ei ole oikeutta määrätä ONNIn henkilökuntaa antamaan lääkkeitä tai tekemään toimenpiteitä, joiden tarpeesta ja turvallisuudesta henkilökunta ei ole vakuuttunut tai voi varmistua.

Palvelutarpeen arviointi toteutetaan yleisten ja tilaaja-asiakkaan kanssa sovittujen toimintaperiaatteiden mukaisesti. Pitkäaikaisessa hoidossa tai seurannassa olevan asiakkaan toimintakyvyn alenemisen seurauksena tulee tarvittaessa konsultoida hänen hoidostansa vastaavaa tahoa.

Omaisten toiveet huomioidaan mahdollisuuksien mukaan, kunhan niistä ei aiheudu haittaa tai vaaraa eikä kohtuutonta vaivaa.

Henkilökunnan tulee perehtyä pitkäaikaisessa hoidossa tai seurannassa olevien potilaiden hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön ja toimia sen mukaisesti. Mikäli suunnitelmassa on jotakin, mitä työntekijä ei ymmärrä tai katsoo vaarantavan asiakkaan palvelun laadun tai yleisen turvallisuuden, tulee hänen ottaa yhteyttä omaan esihenkilöönsä tai suunnitelman laatineeseen henkilöön.

ONNIn tavoitteena on antaa asiakkaan elää aktiivista oman näköistä elämää.

Jokaisella ONNIn työntekijällä on oikeus ja velvollisuus puuttua mahdollisesti havaitsemaansa epäasialliseen kohteluun riippumatta siitä, kuka tällaiseen syyllistyy. Mikäli epäasiallinen kohtelu kohdistuu työntekijään, tehdään tästä työsuojeluilmoitus. Vaara- ja poikkeamatilanteet ilmoitetaan poikkeamienhallintajärjestelmän kautta.

Asiakkailla sekä omaisilla ja läheisillä on oikeus antaa asiakaspalautetta suoraan, asiakaskyselyn avulla sekä verkkosivujen kautta. Palaute käsitellään yksikkökohtaisesti omavalvontasuunnitelmassa tarkemmin kuvatulla tavalla. Lisäksi palautetta hyödynnetään koko organisaation toiminnan kehittämisessä.

Sosiaalipalvelujen osalta yksikkökohtaiseen omavalvontasuunnitelmaan kirjataan myös:

- Muistutuksen vastaanottaja
- Sosiaaliasiamiehen yhteystiedot sekä tiedot hänen tarjoamista palveluista
- Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saaduista palveluista

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

11. Asiakas ja potilastietojen käsittely

Asiakas- ja potilastietojen kirjaamisen tulee tapahtua ajantasaisesti, asiallisesti ja totuudenmukaisesti. Asiakkaasta/potilaasta ja tapahtumasta kirjataan ne tiedot, jotka ovat tarpeellisia hoidon ja palvelun suorittamiseksi sekä toiminnan asianmukaisuuden jälkikäteiseksi varmistamiseksi.

Asiakas- ja potilastietojen kirjaamisessa ja käsittelyssä tulee noudattaa salassapitosäännöksiä ja hyviä tapoja. Työntekijällä on oikeus käsitellä vain sellaisten asiakkaiden/potilaiden tietoja, joiden palveluun hän on osallistunut tai tulee osallistumaan.

ONNI käyttää tilaaja-asiakkaidensa potilastietojärjestelmiä ja rekisterinpito tapahtuu näiden lukuun. Kotihoidon ja avustajapalvelun asiakkaiden asiakastietojen käsittelyyn käytetyn DomaCare-järjestelmän kuvaus on saatavissa tietosuojavastaavalta.

Jokaisen työntekijän (ml. opiskelijat ja harjoittelijat) tulee tuntea ja allekirjoittaa yrityksen tietosuojaohje.

ONNIn tietosuojavastaava on IT-palvelupäällikkö Joni Kaija (jeni.kaija@onnion.fi, 050 372 6336).

12. Potilasasiavastaava

Med Group Oy:n ja kaikkien tähän konserniin liittyvien yhtiöiden potilasasiavastaava on: Camilla Eskelinen, camilla.eskelinen@onnion.fi, puh. 044 4811 899. Potilasasiavastaavan tehtävänä on neuvoa ja avustaa asiakkaita/potilaita saamaan tarvittavat tiedot tapahtumasta sekä Med Groupin toiminnasta ja vastuuhenkilöistä sekä tarvittaessa auttaa antamaan palautetta tai tekemään muistutus tai kantelu.

13. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa

Med Group vastaa alihankkijoidensa toiminnasta kuten omastaan. Palvelusta vastaavien esihenkilöiden tulee huolehtia siitä, että alihankkijoiden toimintaa valvotaan samalla tavoin, kuin Med Groupin omaa toimintaa. Kullakin alihankkijalla tulee olla kirjallinen omavalvontasuunnitelma. Omavalvonnan toteutuminen tarkistetaan tarvittaessa pistokokein. Alihankkijan vakavat vaara-ongelmatilanteet tulee raportoida Falcony-järjestelmän kautta.

Yhteistyö tilaaja-asiakkaiden kanssa on tiivistä ja tiedonkulku avointa. Tarpeen mukaan tehdään yhteistyötä turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa.

14. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi

Toimintaohjeisiin tulleet muutokset kirjataan viiveettä omavalvontasuunnitelmaan ja niistä tiedotetaan henkilökunnalle. Omavalvontaohjelma sekä omavalvontasuunnitelmat katselmoidaan lisäksi vuosittain ja julkaistaan konsernin internetsivuilla www.onnion.fi. Omavalvonnan toteutumista seurataan yksiköissä jatkuvasti sekä ONNI laaturyhmän toimesta kvartaaleittain raportoitujen havaintojen, poikkeamien ja palautteiden osalta sekä määritellään tarvittavat muutos-/kehitystoimet. Laaturyhmän seurannasta laaditaan koonti havainnoista, poikkeamista ja palautteista sekä niiden pohjalta tehtävistä muutoksista. Em. koonti julkaistaan konsernin internetsivuilla www.onnion.fi neljänneskuukausittain. Tämän lisäksi julkaisemme vuosittain toimintakertomuksen, vastuullisuusraportin sekä laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman, jotka toimivat myös osaltaan omavalvonnan säännöllisen seurannan ja toteutumisen raportoinnin välineinä.

Liite 1. Terveysthuollon toimintayksikön omavalvontasuunnitelman sisältö

- i) Toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet**
 - (1) Arvot ja toimintaperiaatteet
 - (2) Toiminta-ajatus/ Perustehtävä
- ii) Omavalvonnan organisointi ja johtaminen**
 - (1) Kuvaus toimenpiteistä ja menettelytavoista, joilla terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja huolehtii laissa säädettyistä velvollisuuksista
 - (2) Suunnitelma henkilöstön perehdyttämisestä ja kouluttamisesta sekä osallistumisesta omavalvonnan suunnitteluun ja toteuttamiseen
- iii) Henkilöstö**
 - (1) Kuvaus henkilöstön määrästä ja rakenteesta
 - (2) Kuvaus henkilöstön rekrytoinnin periaatteista (kelpoisuuden varmistaminen, kielitaidon varmistaminen, lasten kanssa työskentelevien rikosrekisterin tarkistaminen, jne.)
 - (3) Kuvaus henkilöstön ja opiskelijoiden perehdyttämisestä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lääkehoitosuunnitelmaan potilasasiakirjakäytäntöihin ja laitteiden- ja tarvikkeiden käyttöön
 - (4) Kuvaus henkilökunnan ammattitaidon ja työhyvinvoinnin ylläpitämisestä ja osaamisen johtamisesta; täydennyskoulutussuunnittelu- ja seurantamenettelyt, osaamisen, ammattitaidon ja sen kehittymisen seuranta, kehityskeskustelut
- iv) Toimitilat, laitteet ja tarvikkeet**
 - (1) Kuvaus potilasturvallisuuden kannalta kriittisten tilojen suunnittelusta sekä tilojen soveltuvuudesta käyttötarkoitukseensa
 - (2) Kuvaus tilojen järjestämisestä, kulunvalvonnasta sekä murto- ja palosuojauksesta; erityistä huomiota kuvauksessa tulee kiinnittää lääkehuolto- ja laboratoriotiloihin
 - (3) Kuvaus siivouksen, jätehuoltoon ja ongelmajätteiden käsittelyyn liittyvistä menettelyistä; erityistä huomiota on kiinnitettävä tartuntavaarallisiin jätteisiin liittyviin käytäntöihin
 - (4) Omavalvontasuunnitelmassa toimintayksikölle nimetään ammattimaisesti käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudesta vastaava henkilö, joka huolehtii vaaratilanteita koskevien ilmoitusten tekemisestä ja muiden laitteisiin liittyvien määräysten noudattamisesta
 - (5) Vastuuhenkilön nimi ja yhteistiedot
 - (6) Kuvaus toimipaikassa olevista terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista
 - (7) Kuvaus menettelytavoista laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvien vaaratilanneilmoitusten tekemisestä ja muiden laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvien määräysten noudattamisesta
 - (8) Säteilyn käyttö terveydenhuollossa
 - (9) Kliinisen mikrobiologian laboratoriotoiminta
- v) Potilasasiamies**
 - (1) Potilasasiamiehen nimi ja yhteystiedot
 - (2) Kuvaus menettelytavoista ja potilasasiamiehen tehtävien määrittely: neuvontatehtävä, avustustehtävä, tiedotus- ja koulutustehtävä, palvelujen laadun seuranta ja palautteen antaminen
- vi) Lääkehoito**

- (1) Kuvaus lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta, päivittämisestä ja toimeenpanosta sekä toteuttamisen seurannasta
- (2) Kuvaus toimintakäytännöistä lääkehoidon toteuttamisessa tapahtuneissa poikkeamatilanteissa
- (3) Kuvaus toimintakäytännöistä potilaalta palautuneiden ja käyttämättä jääneiden lääkkeiden käsittelystä
- (4) Kuvaus lääkehoidon toteutumisesta, lääkkeiden kulutuksen seurannan valvonnasta

vii) Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet

- (1) Kuvaus menettelystä, jolla riskit, kriittiset työvaiheet ja vaaratilanteet tunnistetaan ennakoivasti
- (2) Kuvaus menettelystä, jolla läheltä piti -tilanteet ja havaitut epäkohdat käsitellään (3) Kuvaus menettelystä, jolla todetut epäkohdat korjataan
- (3) Kuvaus siitä, miten korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilöstölle ja tarvittaessa yhteistyötahoille

viii) Potilasasiakirjat ja henkilötietojen käsittely

- (1) Kuvaus potilastietojen kirjaamisesta, käsittelystä ja salassapitosäännösten noudattamisesta
- (2) Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä potilasasiakirjahallintoon ja tietosuojasioihin sekä tähän liittyvän osaamisen varmistamisesta
- (3) Tietosuojavastaavan nimi ja yhteystiedot

ix) Potilaan osallistumisen vahvistaminen ja muistutusten käsittely

- (1) Kuvaus menettelytavoista, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteesta
- (2) Kuvaus palautteiden käsittelystä toimipaikassa
- (3) Kuvaus palautteen käytöstä toiminnan kehittämisessä
- (4) Kuvaus menettelytavoista muistutuksiin vastaamisesta

x) Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi

- (1) Kuvaus omavalvonnan toteutumisen seurannasta
- (2) Kuvaus omavalvontasuunnitelman päivittämisprosessista

Liite 2. Sosiaalitoimen toimintayksikön omavalvontasuunnitelman sisältö

i) TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET

- (1) Yksikön toiminta-ajatus
- (2) Arvot ja toimintaperiaatteet

ii) RISKINHALLINTA

- (1) Luettelo riskinhallinnan/omavalvonnan toimeenpanon ohjeista
- (2) Riskien tunnistaminen (miten henkilökunta tuo esille havaitsemansa epäkohdat, laatupoikkeamat ja riskit)
- (3) Riskien käsitteleminen (miten yksikössä käsitellään haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet ja miten ne dokumentoidaan)
- (4) Korjaavat toimenpiteet (miten yksikössänne reagoidaan esille tulleisiin epäkohtiin, laatupoikkeamiin, läheltä piti -tilanteisiin ja haittatapahtumiin)
- (5) Muutoksista tiedottaminen (miten muutoksista työskentelyssä (myös todetuista tai toteutuneista riskeistä ja niiden korjaamisesta) tiedotetaan henkilökunnalle ja muille yhteistyötahoille)

iii) OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN

- (1) Omavalvonnan suunnittelusta vastaava henkilö tai henkilöt
- (2) Omavalvontasuunnitelman seuranta (miten yksikössä huolehditaan omavalvontasuunnitelman päivittämisestä)
- (3) Omavalvontasuunnitelman julkisuus (missä yksikön omavalvontasuunnitelma on nähtävillä)

iv) ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET

- (1) Palvelutarpeen arviointi (miten asiakkaan palvelun tarve arvioidaan, mitä mittareita arvioinnissa käytetään, miten asiakas ja/tai hänen omaistensa ja läheisensä otetaan mukaan palvelutarpeen arviointiin)
- (2) Hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma (miten varmistetaan, että henkilökunta tuntee hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön ja toimii sen mukaisesti)
- (3) Hoito- ja kasvatussuunnitelma (miten hoito- ja kasvatussuunnitelma laaditaan ja miten sen toteutumista seurataan)
- (4) Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen (miten yksikössä vahvistetaan asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita kuten yksityisyyttä, vapautta päättää itse omista jokapäiväisistä toimista ja mahdollisuutta yksilölliseen ja omannäköiseen elämään)
- (5) Asiakkaan asiallinen kohtelu (miten varmistetaan asiakkaiden asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan. Miten asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa käsitellään asiakkaan kokema epäasiallinen kohtelu, haittatapahtuma tai vaaratilanne)
- (6) Asiakkaan osallisuus
- (7) Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen yksikön laadun ja omavalvonnan kehittämiseen
- (8) Palautteen kerääminen (miten asiakkaat ja heidän läheisensä osallistuvat yksikön toiminnan, laadun ja omavalvonnan kehittämiseen; miten asiakaspalautetta kerätään)
- (9) Palautteen käsittely ja käyttö toiminnan kehittämisessä (miten asiakaspalautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä)

- (10) Asiakkaan oikeusturva (miten yksikön toimintaa koskevat muistutukset, kantelu- ja muut valvontapäätökset käsitellään ja huomioidaan toiminnan kehittämisessä)
 - (a) Muistutuksen vastaanottaja
 - (b) Sosiaaliamiehen yhteystiedot sekä tiedot hänen tarjoamista palveluista
 - (c) Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saaduista palveluista
 - (d) Tavoiteaika muistutusten käsittelylle

v) PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA

- (1) Asiakkaiden fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen
- (2) Lasten ja nuorten liikunta- ja harrastustoiminnan toteutuminen (miten asiakkaiden toimintakykyä, hyvinvointia ja kuntouttavaa toimintaa koskevien tavoitteiden toteutumista seurataan)
- (3) Ravitsemus (miten yksikön omavalvonnassa seurataan asiakkaiden riittävää ravinnon ja nesteen saantia sekä ravitsemuksen tasoa)
- (4) Hygieniakäytännöt (miten yksikössä seurataan yleistä hygieniatasoa ja miten varmistetaan, että asiakkaiden tarpeita vastaavat hygieniakäytännöt toteutuvat laadittujen ohjeiden ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti)
- (5) Terveysten- ja sairaanhoito (miten yksikössä varmistetaan asiakkaiden hammashoitoa, kiireetöntä sairaanhoitoa, kiireellistä sairaanhoitoa ja äkillistä kuolemantapausta koskevien ohjeiden noudattaminen; miten pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyttä edistetään ja seurataan; kuka yksikössä vastaa asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidosta)
- (6) Lääkehoito (miten toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaa seurataan ja päivitetään; kuka yksikössä vastaa lääkehoidosta)
- (7) Yhteistyö eri toimijoiden kanssa (miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien kanssa toteutetaan)
- (8) Alihankintana tuotetut palvelut (miten varmistetaan, että alihankintana tuotetut palvelut vastaavat niille asetettuja sisältö-, laatu- ja asiakasturvallisuusvaatimuksia)

vi) ASIAKASTURVALLISUUS

- (1) Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa (miten yksikkö kehittää valmiuksiaan asiakasturvallisuuden parantamiseksi ja miten yhteistyötä tehdään muiden asiakasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa?)
- (2) Henkilöstö
 - (a) Hoito- ja hoivahenkilöstön määrä, rakenne ja riittävyys sekä sijaisten käytön periaatteet (mikä on yksikön hoito- ja hoivahenkilöstön määrä ja rakenne; mitkä ovat yksikön sijaisten käytön periaatteet; miten henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan?)
 - (b) Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet (mitkä ovat yksikön henkilökunnan rekrytointia koskevat periaatteet; miten rekrytoinnissa otetaan huomioon erityisesti asiakkaiden kodeissa ja lasten kanssa työskentelevien soveltavuus ja luotettavuus?)
 - (c) Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta (miten yksikössä huolehditaan työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksestä asiakastyöhön ja omavalvonnan toteuttamiseen; miten henkilökunnan velvollisuus tehdä ilmoitus asiakkaan palveluun liittyvistä epäkohdista tai niiden uhista on järjestetty ja miten epäkohtailmoitukset käsitellään sekä tiedot siitä, miten korjaavat toimenpiteet toteutetaan yksikön omavalvonnassa [katso riskinhallinta]; miten henkilökunnan täydennyskoulutus järjestetään?)

- (3) Toimitilat
 - (a) Tilojen käytön periaatteet (miten yksikön siivous ja pyykkihuolto on järjestetty?)
 - (b) Teknologiset ratkaisut (miten asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevien turva- ja kutsulaitteiden toimivuus ja hälytyksiin vastaaminen varmistetaan?)
 - (c) Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot
- (4) Terveystieteiden laitteet ja tarvikkeet (miten varmistetaan asiakkaiden tarvitsemien apuvälineiden ja terveystieteiden laitteiden hankinnan, käytön ohjauksen ja huollon asianmukainen toteutuminen; miten varmistetaan, että terveystieteiden laitteista ja tarvikkeista tehdään asianmukaiset vaaratilanneilmoitukset)
 - (a) Terveystieteiden laitteista ja tarvikkeista vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot

vii) ASIAKAS JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY

- (1) Tietosuojat ja määräysten/ohjeiden noudattaminen (miten varmistetaan, että toimintayksikössä noudatetaan tietosuojat ja henkilötietojen käsittelyyn liittyvä lainsäädäntöä sekä yksikölle laadittuja asiakas- ja potilastietojen kirjaamiseen liittyviä ohjeita ja viranomaismääräyksiä?)
- (2) Tietoturvaperehdytys ja -koulutus (miten huolehditaan henkilöstön ja harjoittelijoiden henkilötietojen käsittelyyn ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksesta?)
- (3) Rekisteri- ja tietosuojaseloste (missä yksikkönne rekisteriseloste tai tietosuojaseloste on julkisesti nähtävissä? Jos yksikölle on laadittu vain rekisteriseloste, miten asiakasta informoidaan tietojen käsittelyyn liittyvistä kysymyksistä?)
- (4) Tietosuojavastaavan nimi ja yhteystiedot

viii) YHTEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA**ix) OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA**