



Med Group Oy Omavalvontasuunnitelma

Käsitelty Med Group Oy johtoryhmässä: 12.6.2019

Hyväksyntäpäivämäärä: 12.6.2019

Vastuulääkärin allekirjoitus:



Janne Aaltonen, SV321356

Omavalvontasuunnitelman sisältö

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	6
7.	HENKILÖSTÖ.....	7
8.	RISKIEN JA EPÄKOHTIEN TUNNISTAMINEN JA KORJAAVAT TOIMENPITEET	7
9.	ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET	8
10.	ASIAKAS JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY.....	9
11.	POTILASASIAMIES	9
12.	YHTEISTYÖ ERI TOIMIJOIDEN KANSSA.....	10
13.	OMAVALVONNAN TOTEUTTAMISEN SEURANTA JA ARVIOINTI.....	10
	LIITE 1. TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYKSIKÖN OMAVALVONTASUUNNITELMAN SISÄLTÖ	11
	LIITE 2. SOSIAALITOIMEN TOIMINTAYKSIKÖN OMAVALVONTASUUNNITELMAN SISÄLTÖ	13

1. Johdanto

Med Group -konsernissa on sekä yksityisen terveydenhuollon että sosiaalipalvelujen luvan- ja ilmoituksenvaraista toimintaa. Med Group Oy:n (konserni) terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan tehtävänä on ohjeistaa ja valvoa laadunhallintaa koskevat asiat konsernitasoisesti. Palvelu- ja yksikkökohtaisesti tehdään tarkempia omavalvontasuunnitelmia, joissa huomioidaan palvelu- ja yksikkökohtaiset tarpeet ja olosuhteet. Näiden yksikkö-/toimintokohtaisten suunnitelmien tulee perustua tähän konsernitasoiseen suunnitelmaan, tai jos tästä poikkeamiselle on perusteltu syy, poikkeukset tulee hyväksyttäväksi konsernin vastuulääkärillä. Tämä Med Group -konsernin omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki konserniin kuuluvat yhtiöt ja toiminnot.

Omavalvontasuunnitelma on asiakirja, johon kirjataan kaikki keskeiset toimenpiteet, joilla palvelujen tuottaja itse valvoo toimintayksikköjään, henkilökunnan toimintaa sekä tuottamiensa palvelujen laatua. Omavalvontasuunnitelma 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 asiakirjoja muodostuu kaikista niistä toiminta- ja menettelyohjeista, joita laaditaan yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi kaikissa palveluketjun vaiheissa. Omavalvontasuunnitelmassa 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. Omavalvontasuunnitelmassa 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. Med Group -konsernissa on erillinen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Omavalvontasuunnitelma(t) kuvaa(vat) 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 omavalvontasuunnitelma on saatavissa Med Groupin www-sivuilta. Yksikkö- ja toimintokohtaiset omavalvontasuunnitelmat on saatavissa ko. toimipisteestä ja toiminnosta vastaavalta johtajalta sekä potilasasiamieheltä.

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

Tämä konsernitasoinen omavalvontasuunnitelma on toteutettu sekä Valviran yksityistä terveydenhuoltoa koskevan määräyksen 25.7.2012 että yksityisten sosiaalipalvelun 1.1.2015 voimaantulle määräyksen 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.

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

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

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

Keskeisimmät toimintaperiaattemme 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) Yhteiskuntavastuullisuus: Toimimme yhteiskuntavastuullisesti ja huolehdimme yhteiskunnallisista velvoitteistamme; 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

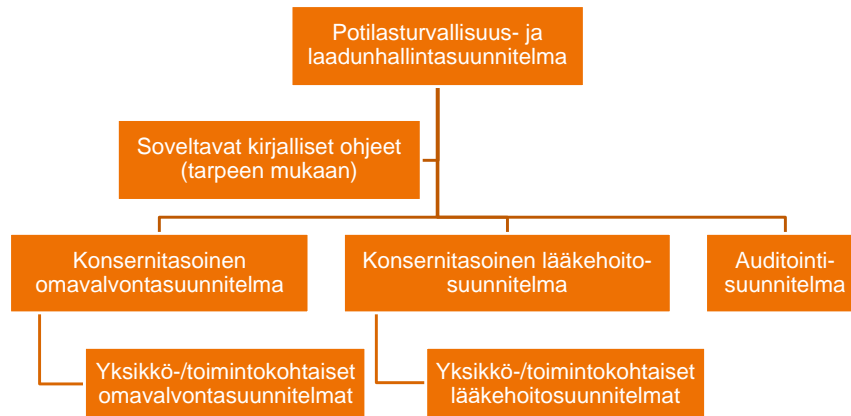
Tämä omavalvontasuunnitelma ohjaa omavalvonnan toteutumista konsernitason tasoisesti. Kussakin toimintayksikössä tehdään erillinen omavalvontasuunnitelma, jossa huomioidaan ko. toimintayksikön erillistarpeet ja erityispiirteet. Toimintayksiköiden suunnitelmat tehdään Valviran lomakkeita hyödyntäen tämän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

Konsernin yhtiöillä voi olla erillisiä vastaavia lääkäreitä. Konsernin vastaava lääkäri vastaa toiminnasta konsernitason tasoisesti, ja kukin erikseen nimetty vastuulääkäri omalta osaltaan. Konsernin vastuulääkäriin tehtävänä on ohjata muita vastuulääkäreitä ja -henkilöitä sekä huolehtia siitä, että nämä omassa toiminnassaan ja omavalvonnassa noudattavat konsernitason tasoisia ohjeita ja määräyksiä.

Kunkin esimiesvastuussa olevan henkilön, joka vastaa sosiaali- tai terveyspalvelujen tuottamisesta, tulee tuntea tämä omavalvontasuunnitelma oman yksikkönsä/toimintonsa omavalvontasuunnitelma

sekä soveltuvin osin konsernin muut keskeiset laadunhallinta-asiakirjat (mm. laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma sekä lääkehoitosuunnitelma). Kukin esimies vastaa laadunhallinnasta ja omavalvonnasta oman toimintansa osalta.

Laadunhallinnan dokumentointi on Med Group -konsernissa toteutettu seuraavasti:



Tämä konsernitasoinen omavalvontasuunnitelma on ladattavissa Med Groupin [www-sivuilta](http://www.medgroup.fi). Yksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat ovat julkisia asiakirjoja, ja ne on saatavissa ko. yksiköstä sen esimieheltä sekä potilasasiamiesten kautta.

Med Group -konsernin vastaavana lääkärinä toimii Janne Aaltonen, janne.aaltonen@medgroup.fi (045 121 8989).

Potilasasiamiesten 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 toistuminen.

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 esimiehillä. Tuotettujen palvelujen valvonta sekä asiakaspalautteen kerääminen ja siihen vastaaminen on olennainen osa esimiestehtävää. Mikäli esimies tunnistaa vakavan vaaran tai puutteen, tulee tästä viipymättä informoida omaa esimiestä 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 toiminnossa 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. 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.

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.

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

Terveydenhuollon laitteella tarkoitetaan terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (629/2010) 5§ mukaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut muun muassa ihmisen sairauden diagnosoimiseen, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen. Toiminnanharjoittajan velvollisuuksista on säädetty terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (629/2010) 24–26§ sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston antamissa määräyksissä 4/2010. Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden aiheuttamista vaaratilanteista tehdään ilmoitus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle.

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.

Med Groupin toiminta tapahtuu käytännössä aina tilaaja- tai kuluttaja-asiakkaan tiloissa. Med Groupin omat toimipisteet ovat hallinnollisia tiloja, joissa ei tuoteta fyysistä asiakas-/potilaspalvelua, ainoastaan hallinto-, etä-, ym. palvelua. 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 palosuojausta.

Med Groupilla ei ole omia lääkehuolto- 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 laboratoriotointa.

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, kielitaito, lasten kanssa työskentelevien rikosrekisterin tarkistaminen, jne.) 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 esimiehensä ei suhtaudu riittävällä vakavuudella ja aktiivisuudella esille nostettuihin ongelmiin, puutteisiin tai muihin epäkohtiin, työntekijällä on oikeus kääntyä asiassa esimiehensä esimiehen puoleen. Poikkeamailmoitukset tallennetaan IMS-järjestelmään ja käsitellään yksikön omavalvontasuunnitelmassa kuvatulla tavalla. Vakavat poikkeamat toimitetaan vastaavan lääkärin tiedoksi.

8. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet

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

Med Groupin henkilöstöön kuuluvan on toimittava siten, että asiakkaalle annettavat palvelut toteutetaan laadukkaasti. Työntekijän on ilmoitettava viipymättä 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

kunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena.

Riskien toteutuessa esimiehen 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.

9. 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 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 tullessa kuulluksi. Muistutuksessa annettavassa ratkaisussa on käytävä ilmi, mihin toimenpiteisiin muistutuksen johdosta 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 itsemääräämisoikeutta. 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 Med Groupin henkilökuntaa antamaan lääkkeitä tai tekemään toimenpiteitä, joiden tarpeesta ja turvallisuudesta henkilökunta ei ole vakuutunut 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 hoidosta 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 esimieheensä tai suunnitelman laatineeseen henkilöön.

Med Groupin tavoitteena on antaa asiakkaan elää aktiivista oman näköistä elämää.

Jokaisella Med Groupin 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 IMS-järjestelmän kautta.

Asiakkailla 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
- Sosiaaliamiehen yhteystiedot sekä tiedot hänen tarjoamistaan palveluista
- Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saaduista palveluista

Muistutukset ja kantelut käsitellään IMS-järjestelmän kautta siten, että niistä ovat aina tietoisia sekä työntekijä(t) jo(i)ta muistutus/kantelu koskee sekä hänen esimiehensä. Vakavat puutteet ja ongelmat käsitellään Med Group -konsernin laaturyhmässä.

10. 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.

Med Group käyttää tilaaja-asiakkaidensa potilastietojärjestelmiä ja rekisterinpito tapahtuu näiden lukuun. Hoivapalveluasiakkaiden asiakastietojen käsittelyyn käytetyn Domacare-järjestelmän kuvaus on saatavissa tietosuojavastaavalta.

Jokaisen työntekijän (ml. opiskelijat ja harjoittelijat) tulee tuntee ja allekirjoittaa yrityksen tietosuojajohtajaohje.

Konsernin tietosuojavastaava on tietohallintojohtaja Jussi Paasonen, jussi.paasonen@medgroup.fi, puh. 050 376 0449.

11. Potilasasiamies

Med Group Oy:n potilasasiamies on: Olga Heiskanen, olga.heiskanen@onnihoiva.fi, puh. 044 431 4297.

Med Group Ensihoitopalvelu Oy:n potilasasiamies on: Samuli Mannila, samuli.mannila@medgroup.fi, puh. 040 566 8874.

Potilasasiamiesten 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.

12. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa

Med Group vastaa alihankkijoidensa toiminnasta kuten omastaan. Palvelusta vastaavien esimiesten 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 IMS-järjestelmän kautta.

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

13. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi

Toimintaohjeisiin tulleet muutokset kirjataan viiveettä omavalvontasuunnitelmaan ja niistä tiedotetaan henkilökunnalle. Omavalvontasuunnitelma vahvistetaan vuosittain, vaikka muutoksia ei vuoden aikana olisi tehtykään.

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 säädetyistä 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, kieli- taidon 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 yhteystiedot
- (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
- (4) 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 tietosuojasiioihin 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 yksikössä 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) Hygieniäkäytännöt (miten yksikössä seurataan yleistä hygieniatasoa ja miten varmistetaan, että asiakkaiden tarpeita vastaavat hygieniäkäytännöt toteutuvat laadittujen ohjeiden ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti?)
 - (5) Terveys- 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 terveys- ja sairaanhoidosta?)
 - (6) Lääkehoito (miten toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaa seurataan ja päivitetään; kuka yksikössä vastaa lääkeshoidosta?)
 - (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 viranomaiset 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 soveltuvuus 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 terveydenhuollon laitteiden hankinnan, käytön ohjauksen ja

huollon asianmukainen toteutuminen; miten varmistetaan, että terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista tehdään asianmukaiset vaaratilanneilmoitukset?)

(a) Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot

vii) ASIAKAS JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY

(1) Tietosuoja ja määräysten/ohjeiden noudattaminen (miten varmistetaan, että toimintayksikössä noudatetaan tietosuojaan 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