

OMAVALVONTASUUNNITELMA

PÄIVÄRINTEEN PALVELUTALO

2026



SISÄLLYS

Johdanto	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot.....	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	4
1.4 Päiväys	5
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	5
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	5
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.....	18
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	21
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	25
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....	25
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	26
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä.....	27
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....	27
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	29
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta.....	29
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	31
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	31
6. Edellisen Osavuoden arviointi	32
Liitteet.....	35

JOHDANTO

Omavalvontasuunnitelma toimii Päivärinteen palvelutalon päivittäistä arkea ohjaavana asiakirjana. Se kattaa kaikki tuotetut palvelut, mukaan lukien omana toimintana tuotetut, ostopalveluna ja alihankintana hankitut sekä palvelusetelillä tuotetut palvelut. Suunnitelma sisältää keskeiset prosessit ja toimenpiteet riskien, vaaratilanteiden ja laadullisten puutteiden ennaltaehkäisemiseksi ja korjaamiseksi. Omavalvonta on olennainen osa YH Hoivan laadunhallintajärjestelmää.

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 PALVELUNTUOTTAJAN PERUSTIEDOT

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Palvelukodit Oy

Y-tunnus: 2770642-5

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4, 00100 Helsinki

OID Koodi: 1.2.246.10.35044193.10.0

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Päivärinteen palvelutalo

Palvelupisteet eriteltyinä: Päivärinteen Palvelutalo

Yhteystiedot: Päivärinteenkatu 6, 13210 Hämeenlinna

OID Koodi: 1.2.246.10.35044193.10.11

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualuejen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Heidi Sulander, Kodin johtaja. Sähköposti: heidi.sulander@yhhoiva.fi

Tuotettavat palvelut:

lääkäiden kotihoito, lääkäiden kotona asumisen tuen palvelut (päivätoiminta), lääkäiden yhteisöllinen asuminen, lääkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen, Tukipalvelut, lääkäiden kotisairaanhoido.

- Talon A- ja B-osassa yhteisöllisen asumisen asuntoja kahdessa kerroksessa: A-osassa (Valterin koto 1.krs. ja Vilhelmiinan koto 2.krs.) 24 asuntoa; B-osassa (Kotisiivessä) 6 asuntoa
- C-osassa ryhmäkodit kahdessa kerroksessa: alakerta Aapelin- ja Bertan-tuvat, yläkerta Riston- ja Seelan-tuvat; molemmissa kerroksissa 14 asuntoa (7 asuntoa/tupa)
- Yhteensä 58 vuokra-asuntoa

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

Päivärinteen palveluyksikössä tuotetaan seuraavia palveluja:

Luvanvaraiset palvelut:

- Asumispalvelut / Ympärivuorokautinen palveluasuminen – vanhukset: 56 asiakaspaikkaa (lupa ESAVI/5266/2020, myönnetty 19.3.2020; muutos ESAVI/24233/2023)

Ilmoituksenvaraiset palvelut:

- Päivätoiminta/Päiväpalvelut – vanhukset: 40 asiakaspaikkaa
- Kotihoito – vanhukset: 40 asiakaspaikkaa
- Tukipalvelut – vanhukset: 40 asiakaspaikkaa
- Päivätoiminta/sosiaalista kanssakäymistä edistävä toiminta yhteisöllisessä asumisessa – vanhukset: 34 asiakaspaikkaa
- Asumispalvelut / Yhteisöllinen asuminen – vanhukset: 34 asiakaspaikkaa

Rekisteröity palveluala: Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut (Dnro V/6408/2023)

Palvelut tuotetaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueella paikan päällä (läsnäpalveluna).

Asiakasryhmät: Ikäihmiset (vanhukset), joille tuotetaan asumis-, tuki- ja hoivapalveluja.

Alihankintana ostetut palvelut: Pyykkihuolto (liinavaate): Comforta Oy | Työvaatteet: Lindström Oy | Turvapuhelinjärjestelmä: Oy Everon Ab | Ruokahuolto: Attendo Oy | Kiinteistöhuolto: Kanta-Hämeen kiinteistöala Oy | Toimistotarvikkeet: Pamark | Jätehuolto: Lassila & Tikanoja Oy | Apteekkisopimus: Tavastilan apteekki | Lääkkeiden annosjakelu: Pharmados Oy | Apuvälineet: Berner | Lukitustyöt: Ts Turvasi Oy | Remonttityöt: Laatukumppanit.

Toiminta-ajatus: Päivärinteen palveluyksikön toiminta-ajatus perustuu YH Hoivan toiminnan tarkoitukseen ja perustehtävään: tuottaa asumis-, tuki- ja hoivapalveluita asiakasryhmälle (ikäihmiset).

Palvelumme joustavat asukkaan tarpeen mukaan satunnaisesta avusta ympärivuorokautiseen hoitoon. Tarjoamme asukkaille turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin; asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea ja seuraa yksilöllisesti.

Toimintaperiaatteet ja ohjaavat arvot: YH Hoivan arvot ovat **Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus.**

Päivärinteen palveluyksikön toimintaperiaatteet ovat:

1. Avoimuus ja luottamus; avoin ja keskusteleva työyhteisö
2. Ammatillisuus ja asiantuntijuus; jokainen työntekijä tietää tehtävänsä ja kehittää tarvittaessa omaa osaamistaan
3. Asukkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen; asukkaan tasavertainen kohtaaminen ja huomiointi kaikissa tilanteissa

Hyvinvointialue: Kanta-Hämeen hyvinvointialue

Itsemaksavien asiakkaiden menettelytavat: Itsemaksavien asukkaiden osalta asumisen ja palveluiden tarpeen kartoituksesta vastaa Kodin johtaja. Asukkaan muuttaessa hänelle tehdään asiakkuussuunnitelma. Palveluista sovitaan kirjallisella palvelusopimuksella, joka tallennetaan DomaCare-asiakastietojärjestelmään.

1.4 PÄIVÄYS

Omavalvontasuunnitelman päiväys: 30.3.2026 **Versio:** 2026 | Edellinen versio: 2025 (päivitetty 10.3.2025)

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

Omavalvontasuunnitelmaa päivitetään aina, kun Päivärinteen palveluissa, niiden laadussa tai asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuu muutoksia.

Päivärinteen palvelutalossa sähköisen omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seurannasta ja julkaisemisesta vastaa Kodin johtaja Heidi Sulander. Hän huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia.

Omaavontasuunnitelman hyväksyy palveluyksikön vastuhenkilö, joka vastaa myös sen virallisesta käyttöönotosta.

Suunnitelman teossa on ollut mukana Kodin johtaja, palveluvastaava/yhteisökoordinaattori, fysioterapeutti, sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Palvelupisteiden omaavonnan tietojen ajantasaisuudesta vastaa palvelupisteen oma sairaanhoitaja yhdessä palvelupisteen henkilökunnan kanssa.

Kodin johtaja Heidi Sulander johtaa Päivärinteen päivittäistä toimintaa, vastaa henkilöstön ohjauksesta ja varmistaa, että toiminta täyttää sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön vaatimukset. Valvontalain 10 §:n mukainen vastuhenkilö seuraa Päivärinteen toimintaa, arvioi riskienhallinnan toteutumista ja varmistaa, että henkilöstö noudattaa ohjeita ja toimintamalleja.

Jokainen Päivärinteen työntekijä sitoutuu omaavontasuunnitelman mukaiseen toimintaan. Henkilöstön omaavontaosaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjauksella.

Omaavontasuunnitelma on nähtävillä Päivärinteen ilmoitustaululla, saatavilla paperisena pyydetessä sekä YH Hoivan internet-sivuilla. Aiemmat versiot säilytetään sähköisessä arkistossa 10 vuotta.

3. PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN JA MENETTELYTAVAT

3.1 PALVELUJEN SAATAVUUDEN VARMISTAMINEN

Päivärinteen asukkaiden pääsy palveluihin ja hoitoon varmistetaan selkeillä yhteydenottokanavilla ja toimivalla yhteistyöllä Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kanssa. Vapaat paikat ilmoitetaan yhteistyötahoille mahdollisimman nopeasti ja ne ovat löydettävissä myös YH Hoivan nettisivuilta. Päivärinteessä huolehditaan siitä, että asiakkaan hoito alkaa sovitusti ja palveluprosessi etenee katkeamattomasti.

Päivärinteen palvelutalo varmistaa omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa. Alihankkijoilta edellytetään samoja laatu- ja turvallisuusvaatimuksia kuin omalta toiminnalta.

Taulukko 1: Palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
HVA ei sijoita uusia asukkaita	9	Aktiivinen yhteistyö Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kanssa, markkinointi, laadukkaan palvelun varmistaminen, RAI-arviot ja palvelusuunnitelmat päivitetty
Sovittu palvelu ei toteudu toiveiden mukaan	3	Realistiset lupaukset esim. ulkoilujen ja toimintatuokioiden suunnittelussa; kirjataan asukkaan toiveet hoitosuunnitelmaan
Henkilöstön vaihtuvuus, sijaisten saatavuuden vaihtelevuus	9	Työtyytyväisyyden parantaminen, hyvä ja kattava perehdytys uusille työntekijöille

3.2 PALVELUJEN JATKUVUUDEN VARMISTAMINEN

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Päivärinteessä yhteistyö ja tiedonkulku muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan selkeillä yhteydenottokäytännöillä, ajantasaisella dokumentoinnilla ja suostumusten mukaisella tiedonvaihdolla.

Päivärinteessä on käytössä omahoitajuus — jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja, joka toimii myös yhteyshenkilönä palvelutalon ja eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Hoidon jatkuvuus turvataan riittävällä kirjaamisella DomaCare-järjestelmään sekä raporteilla vuoron vaihtuessa.

Asukkaan sairaanhoidosta vastaavat Päivärinteen hoitava lääkäri, Kodin johtaja, sairaanhoitajat ja palveluvastaava. Kiireettömän sairaanhoidon käytänteet on kuvattu yksikön perehdytysmateriaalissa. Asumispalvelun alkaessa omahoitaja pyytää asukkaalta kirjallisen suostumuksen tietojen luovuttamiseen ja saamiseen yhteistyötahoilta (apteekki, terveydenhuolto, sosiaalitoimija ja läheiset).

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Päivärinteen palveluyksikössä on laadittu varautumis- ja valmiussuunnitelma, joka kattaa hätätilanteiden hallinnan, paloturvallisuuden ja evakuointisuunnitelmat. Suunnitelmaa päivitetään vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa ja käsitellään säännöllisesti henkilökuntapalavereissa. Alkusammutuskoulutus ja hätäensiapukoulutus järjestetään kahden vuoden välein. Palotarkastukset toteutuvat säännöllisesti kolmen vuoden välein palotarkastajan toimesta.

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun myös henkilöstön sairastumistilanteissa. Yksikössä on käytössä selkeät sijaisjärjestelyt ja varahenkilöjärjestelmä, joiden avulla turvataan riittävä henkilöstö kaikissa tilanteissa. Sairastumiset ja äkilliset poissaolot hoidetaan ensisijaisesti sisäisin järjestelyin, kuten työvuorojen uudelleenorganisoinnilla ja henkilöstön keskinäisellä joustolla. Tarvittaessa käytetään organisaation omia sijaisia tai luotettavia yhteistyökumppaneita, joiden osaaminen ja perehdytys varmistetaan ennen työvuoron aloittamista.

Päivärinteessä on käytössä selkeät sijaisjärjestelyt ja varahenkilöjärjestelmä. Sairastumiset ja äkilliset poissaolot hoidetaan ensisijaisesti sisäisin järjestelyin. Äkillisistä poissaoloista sijaishankinnan hoitavat tiiminvetäjät, sairaanhoitajat tai palveluvastaava ja iltaisin, öisin sekä viikonloppuisin palvelupisteen lähihoitajat. Päivärinteen kodin johtaja on 100 % hallinnollinen työntekijä.

Esihenkilö seuraa henkilöstötilannetta päivittäin ja varmistaa, että yksikössä on aina riittävä määrä osaavaa henkilöstöä vastaamassa asiakkaiden hoitoon ja palveluihin. Asiakkaan palvelut toteutetaan sovitusti, eikä henkilöstön poissaolo saa vaikuttaa hoidon turvallisuuteen, jatkuvuuteen tai laatuun.

Kaikki muutokset ja järjestelyt dokumentoidaan, ja asiakkaan palvelukokonaisuus turvataan kaikissa tilanteissa.

Varautumis- ja valmiussuunnitelmasta vastaava henkilö: Kodin johtaja Heidi Sulander, puh. +358 50 509 1758, Heidi.sulander@yhhoiva.fi

Taulukko 2: Palvelujen jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön vaihtuvuus	9	Työhyvinvointi, johtaminen, palkkaus, palkitsemisjärjestelmä; hyvä ja avoin johtaminen sekä avoin palautekulttuuri esihenkilö-tt ja tt-tt-välillä

3.3 PALVELUJEN TURVALLISUUDEN JA LAADUN VARMISTAMINEN

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Päivärinteen palveluille asetetut laatuvaatimukset perustuvat valtakunnallisiin laatutavoitteisiin, YH Hoivan strategiaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Tavoitteena on varmistaa, että Päivärinteen palvelut ovat turvallisia, asiakaslähtöisiä, tasalaatuisia ja ihmisarvoa vahvistavia kaikissa tilanteissa.

Jokaisella Päivärinteen asukkaalla on ajantasainen hoitosuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein, sekä vuosittain tarkistettava itsemääräämissuunnitelma. Käytössä ovat toimintakykymittarit RAI LCT ja RAI HC, MMSE, GDS-15, MNA ja Barthel. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin. Asukkaiden arkea seurataan kirjaamalla ulkoilut ja aktiviteetit päivittäin DomaCare-järjestelmään. Läheisiin ollaan yhteydessä vähintään kerran kuukaudessa ja heille lähetetään kuukausittainen tiedote.

Jokaiselle Päivärinteen työntekijälle pidetään vuosittainen arviointikeskustelu, ja jokaisella on vuosittainen koulutustavoite. Omahoitajuuden toteutumista seurataan Mepcoon tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket (omahoitajavartti) pidetään ohjeen mukaisesti.

Laadunhallinnan työkaluina Päivärinteessä ovat päivittäinen kirjaaminen DomaCare-järjestelmässä (lääkärikirjaukset LifeCaren), mittariseuranta, poikkeamien käsittely Laatuportissa, auditoinnit, riskienarvioinnit sekä säännölliset tiimipalaverit. Henkilöstömitoitus varmistetaan luvan mukaiseksi, ja poikkeamat kirjataan Laatuporttiin. Osaamisen varmistamiseksi arvioinnit tehdään kolme kertaa vuodessa, ja laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

Rajoitustoimenpiteiden toteutumista seurataan päivittäin, ja niiden asianmukaisuus arvioidaan kolme kertaa vuodessa. Hoitosuunnitelmista valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa.

Päivärinteen toimintojen riskienhallinnasta vastaa Kodin johtaja yhdessä palveluyksikön vastuuhenkilön kanssa. Riskienhallinta perustuu ilmoittamiseen (kehitysilmoitukset, positiiviset havainnot, läheltä piti- ja poikkeamailmoitukset Laatuporttiin), ennakoivaan arviointiin ja säännölliseen seurantaan.

Asukkaaseen kohdistuva fyysinen väkivalta / asukkaan aggressiivinen käyttäytyminen: Päivärinteessä tavoitteena on, että jokaisella asukkaalla on fyysinen koskemattomuus. Henkilökunta ei käytä fyysisiä pakotteita, rajoitteita tai väkivaltaa — tällaisen ilmetessä työnantaja ryhtyy työnjohdollisiin toimenpiteisiin. Asukkaan aggressiivisesta tai uhkaavasta käyttäytymisestä raportoidaan aina kirjallisesti Laatuportin kautta Kodin johtajalle. Ohje löytyy Intrasta.

Asukkaan katoaminen: Asukkaan katoamiselle on laadittu erillinen ohjeistus, joka löytyy perehdytyskansioista ja sisäisestä Intrasta. Ohjeistuksessa on huomioitu yhteistyö viranomaisten kanssa sekä tiedottaminen.

Vaaralliset aineet ja lääkkeet: Päivärinteessä kaikki pesuaineet säilytetään lukituissa tiloissa. Lääkehoidosta, lääkehoidon turvallisuudesta sekä lääkkeiden säilyttämisestä ja hävittämisestä on ohjeistus yksikön lääkehoitosuunnitelmassa.

Asukkaan taloudellinen turvallisuus: Päivärinteessä on erillinen ohjeistus asukkaiden rahavarojen käsittelystä ja säilytyksestä. Mikäli asukkaalla havaitaan ongelmia talouden hoidossa, ohjataan läheisiä edunvalvonnan piiriin. Tarvittaessa tehdään ilmoitus sosiaalityöntekijälle tai Digi- ja viestintävirastolle.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Palveluyksikön toimitilat, toimintaympäristö ja käytettävät välineet on suunniteltu ja varusteltu siten, että ne ovat turvallisia, tarkoituksenmukaisia ja soveltuvat palvelutoimintaan. Tilojen ja välineiden turvallinen käyttö varmistetaan työntekijäkohtaisella laitepassilla, selkeillä ohjeilla, henkilöstön perehdytyksellä ja säännöllisillä tarkastuksilla. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa huomioidaan myös palvelualakohtaisen lainsäädännön vaatimukset, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon tilaturvallisuus, esteettömyys ja asiakkaan yksityisyyden suoja.

Päivärinteen palveluyksikön yhteisöllisen asumisen asuntoja on 24 (18 asuntoa: huone, tupakeittiö ja kylpyhuone, 39,5–48 m²; 4 pariskunnille). Ryhmäkodin asuntoja 28 (25–29 m²). Kotisiiven asuntoja 6 (n. 25 m²). Tiloista löytyvät yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat, saunaosasto ja kuntosali.

Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa huomioidaan palvelualakohtaisen lainsäädännön vaatimukset. Kiinteistöhuolto-yhtiö Kanta-Hämeen kiinteistöala tarkastaa kuukausittain palohälytin- ja sprinklerijärjestelmien toiminnan. Pelastussuunnitelmaa päivitetään vähintään kerran vuodessa. Palotarkastukset toteutuvat säännöllisesti kolmen vuoden välein palotarkastajan toimesta. Alkusammutuskoulutus ja hätäensiapukoulutus järjestetään kahden vuoden välein.

Laitevastuuhenkilö: Mia Lampola, fysioterapeutti, mia.lampola@yhhoiva.fi, p. 050 509 1754 Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaavat Jamila Joya (p. +358 50 5091759) ja Iia Räsänen (p. +358 50 507 5507).

Yksikön tilojen terveellisyys varmistetaan seuraamalla sisäilman laatua, lämpötilaa, kosteutta, ilmanvaihtoa, valaistusta ja ääniolosuhteita. Mahdolliset kemialliset tai mikrobiologiset epäpuhtaudet selvitetään viipymättä, ja tarvittavat toimenpiteet toteutetaan yhteistyössä kiinteistön omistajan ja huollon kanssa. Tilojen turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti, ja havainnot dokumentoidaan.

Toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä viranomaisten myöntämät hyväksynnit ja luvat säilytetään yksikön viranomaiskansiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehdyt havainnot ja mahdolliset

korjausvaatimukset. Omavalvonnan kannalta keskeiset havainnot käsitellään tiimissä ja viedään käytäntöön viivytyksettä.

Toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyviä riskejä ovat esimerkiksi asiakkaan yksityisyyden suoja, liikkumisen turvallisuus, laitteiden oikea käyttö sekä kemikaalien ja lääkkeiden turvallinen säilytys. Näitä riskejä hallitaan selkeillä ohjeilla, lukituilla säilytystiloilla, henkilöstön perehdytyksellä ja säännöllisillä tarkistuksilla. Asiakkaan yksityisyys varmistetaan esimerkiksi lukittavilla ovilla, suojaverhoilla ja asianmukaisella tilasuunnittelulla.

Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja puutteita koskevat ilmoitukset tehdään kiinteistöhuollon järjestelmään tai sovitulle yhteyshenkilölle. Henkilöstö ilmoittaa havaitut viat välittömästi, ja esihenkilö seuraa korjausten etenemistä. Tiedonkulku varmistetaan säännöllisillä huoltokatselmuksilla ja dokumentoinnilla.

Kiinteistön pitkäjänteinen ylläpito perustuu omistajan ja käyttäjän väliseen vastuunjakoon, joka on määritelty erillisessä vastuunjakotaulukossa. Kiinteistön omistaja vastaa rakenteellisesta ja teknisestä kunnossapidosta, ja palveluntuottaja vastaa tilojen päivittäisestä siisteydestä, turvallisuudesta ja käytön valvonnasta. Ylläpitoa ohjaavat vuosittaiset huoltosuunnitelmat ja resurssit, jotka varmistavat tilojen turvallisen käytön pitkällä aikavälillä.

Päivärinteessä ei käytetä välineitä, jotka ovat epäasianmukaisia, soveltumattomia tai turvallisuusriskin muodostavia. Välineiden kunto tarkistetaan säännöllisesti, ja huolto toteutetaan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Laitteiden käytön vaatima laitepassikoulutus varmistetaan perehdytyksellä, osaamisen arvioinnilla ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Vialliset tai epävarmat välineet poistetaan käytöstä välittömästi.

Asumiseen tarkoitettujen tilojen ja toimintaympäristöjen turvallisuus varmistetaan esimerkiksi kuluttajakemikaalien ja siivousaineiden lukitulla säilytyksellä, selkeillä ohjeilla ja henkilöstön valvonnalla. Myös lääkkeet, terävät esineet ja muut riskivälineet säilytetään aina lukituissa tiloissa. Yksikön tilat tarkistetaan säännöllisesti, ja mahdolliset riskit poistetaan viipymättä.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietolain 7 §:n mukaisena asiakastietojen käsittelystä vastaavana johtajana toimii palveluyksikön johtaja Heidi Sulander. Hän vastaa asiakastietojen käsittelyyn liittyvästä ohjeistuksesta, tietoturvan toteutumisesta sekä siitä, että henkilöstö noudattaa lainsäädäntöä ja organisaation tietosuojaohjeita.

Tietosuojavastaavan yhteystiedot: Kati Haapaniemi, tietoturva@yhhoiva.fi. YH Hoiva Leppäsuonkatu 4, 05100 Helsinki | p. 040 661 6222

Palveluyksikön tietosuoja-asioista vastaava henkilö: Kodin johtaja Heidi Sulander

Asiakastiedot kirjataan sähköiseen DomaCare-asiakastietojärjestelmään. Lääkärikirjaukset kirjataan LifeCare-asiakastietojärjestelmään. YH Hoivalla on erillinen tietosuojasuunnitelma, tietoturvasuunnitelma sekä arkistointiohjeistus (löytyvät sisäisestä intrasta).

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ja tietosuojalain vaatimukset toteutuvat palveluyksikön toiminnassa siten, että henkilötietojen käsittely perustuu lakiin, on tarkoituksenmukaista ja rajoittuu vain välttämättömään. Rekisteröidyn oikeudet — kuten oikeus tarkastaa omat tietonsa, saada tietoa käsittelystä ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista — toteutetaan selkeiden toimintamallien mukaisesti. Kaikki tietojen käsittely dokumentoidaan, ja tietosuojaperiaatteet huomioidaan kaikissa työvaiheissa.

Henkilöstön tietosuojaosaaminen varmistetaan vuosittaisella pakollisella perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjeistuksilla. Ajantasaiset tietosuojaohjeet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä järjestelmässä, ja esihenkilö varmistaa, että ohjeet tunnetaan ja niitä noudatetaan. Henkilöstö koulutetaan toimimaan tietoturvaloukkaustilanteissa, ja he tietävät, miten ilmoitus tehdään ja kenelle.

Asiakastietojen käsittelyä ja kirjaamista koskevat ohjeet ovat henkilöstön käytössä sähköisessä toimintajärjestelmässä. Ohjeita päivitetään säännöllisesti, ja esihenkilö varmistaa, että henkilöstö toimii niiden mukaisesti. Kirjaaminen tehdään viiveettä ja lain edellyttämällä tavalla.

Kun asiakas haluaa tarkastaa tai korjata omat tietonsa, hänelle annetaan ohjeet tarkastuspyynnön tekemiseen. Tiedot luovutetaan asiakkaalle lain mukaisesti ja tarvittaessa tietosuojavastaavan

ohjauksessa. Tietojen luovuttaminen sivullisille tapahtuu vain lain sallimissa tilanteissa ja asiakkaan suostumuksella tai viranomaisvelvoitteen perusteella. Kaikki luovutukset dokumentoidaan.

Asiakastiedot kirjataan palveluyksikön käytössä olevaan sähköiseen järjestelmään Domacareen. Tietojen arkistointi toteutetaan organisaation ja yhteistyötahojen arkistointikäytäntöjen mukaisesti, ja tiedot säilytetään lain edellyttämän ajan.

Tietojärjestelmien käyttöoikeuksia hallitaan roolipohjaisesti. Jokaiselle työntekijälle myönnetään vain ne käyttöoikeudet, joita hän tarvitsee omien työtehtäviensä hoitamiseen. Käyttöoikeudet tarkistetaan säännöllisesti ja poistetaan heti, kun tarve päättyy. Käyttöoikeuksien myöntämisestä ja valvonnasta vastaa esihenkilö.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien vaatimustenmukaisuus varmistetaan käyttämällä ainoastaan järjestelmiä, jotka täyttävät asiakastietolain olennaiset vaatimukset ja löytyvät Valviran tietojärjestelmärekisteristä. Järjestelmien soveltuvuus arvioidaan ennen käyttöönottoa ja aina päivitysten yhteydessä.

Järjestelmien asianmukaisesta käytöstä huolehditaan perehdyttämällä henkilöstö järjestelmien käyttöön, tarjoamalla säännöllistä täydennyskoulutusta ja seuraamalla osaamisen tasoa esihenkilön toimesta. Ohjeet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä toimintajärjestelmässä. Asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetään vuosittain. Sen toteutumisesta vastaa yksikön johtaja yhteistyössä tietosuojavastaavan kanssa.

Rekisterinpitäjän oikeudet ja vastuut toteutuvat noudattamalla tietosuojalainsäädäntöä, dokumentoimalla kaikki käsittelytoimet ja varmistamalla, että myös ostopalvelu- ja alihankintatoimijat sitoutuvat samoihin vaatimuksiin sopimuksin ja valvonnalla. Asiakastietolain 90 §:n mukaiset ilmoitukset tehdään viipymättä tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoturvahäiriöistä. Esihenkilö vastaa ilmoitusten tekemisestä ja omavalvonnallisista toimista koko häiriötilanteen ajan.

Teknologian vikatilanteisiin on varauduttu varalaitteilla, selkeillä toimintaohjeilla ja huoltopalveluiden kanssa sovitulla vasteajoilla. Vikatilanteet dokumentoidaan ja käsitellään omavalvonnassa. Asiakkaan

yksilölliset tarpeet huomioidaan arvioimalla teknologian soveltuvuus jokaiselle asiakkaalle erikseen. Teknologian käyttö ei saa vaarantaa yksityisyyden suojaa tai itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalle annetaan henkilökohtainen käyttöopastus. Asiakkaan suostumus pyydetään aina silloin, kun teknologian käyttö ei perustu lakiin tai välttämättömään turvallisuustarpeeseen. Suostumus dokumentoidaan.

Asiakasta informoidaan selkeästi siitä, mitä tietoja teknologian avulla kerätään, mihin niitä käytetään ja kenelle niitä voidaan luovuttaa. Informointi annetaan kirjallisesti ja suullisesti ennen teknologian käyttöönottoa.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Tyypillisimmät Päivärinteen toimintaan liittyvät infektiot ovat hengitystieinfektiot, vatsataudit sekä iho- ja haavainfektiot. Toimintaan liittyy myös infektioepidemioiden mahdollisuus, erityisesti kausi-influenssan ja noroviruksen aikana. Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ehkäistään noudattamalla tavanomaisia ja tarvittaessa tehostettuja varotoimia, hyvää käsihygieniaa, asianmukaista suojautumista, oikea-aikaista eristämistä sekä huolellisella siivouksella ja jätehuollolla. Henkilöstö käyttää ohjeiden mukaisia suojaimia ja noudattaa yksikön hygieniaohteita.

Epidemiatilanteissa noudatetaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueen infektioyksikön eristys-, suojaus- ja muuta ohjeistusta.

Hygieniayhdyshenkilö: Johanna Mälkiä, sairaanhoitaja, p. 050 509 1757, johanna.malkia@yrjojahanna.fi

Hygieniaohteet löytyvät sisäisestä intrasta. Hygieniaohteiden noudattamista seurataan havainnoimalla käsihygieniaa, suojainten käyttöä ja siivouksen toteutumista. Siivoussuunnitelma löytyy palveluyksikön intrasta.

Hoitoon liittyvä infektio tunnistetaan asiakkaan oireiden, kliinisten löydösten ja tarvittaessa laboratoriotutkimusten perusteella. Henkilöstö arvioi tilanteen ja konsultoi tarvittaessa terveydenhuollon ammattilaista. Käytössä oleva ilmoitusmenettely edellyttää, että kaikki epäillyt ja todetut infektiot kirjataan viipymättä järjestelmään ja raportoidaan esihenkilölle. Infektioita seurataan säännöllisesti, ja tiedot käsitellään tiimipalavereissa sekä omavalvonnassa.

Käsihuuhdetta on helposti saatavilla kaikissa asiakastiloissa, sisäänkäynneillä, hoitopisteissä ja henkilöstötiloissa. Hygieniayhdyshenkilö vastaa ajantasaisen tiedon välittämisestä, ohjeiden jalkauttamisesta ja henkilöstön tukemisesta infektiorjunnassa. Ajantasaiset infektioiden torjuntaohjeet varmistetaan pitämällä ohjeistus sähköisessä järjestelmässä, päivittämällä ne säännöllisesti ja varmistamalla, että henkilöstö perehdytetään muutoksiin.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja osaamisen arvioinnilla. Päivärinteen henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Rokotuskattavuutta seurataan. Hygieniaohteiden noudattamista seurataan havainnoimalla käsihygieniaa, suojainten käyttöä, siivouksen toteutumista ja kirjaamista. Poikkeamat käsitellään välittömästi ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan. Työntekijät voivat olla yhteydessä hygieniayhdyshenkilöön tai esihenkilöön tarvittaessa kaikissa infektiorjuntaan liittyvissä kysymyksissä.

Palveluyksikön puhtaus ja siisteys turvataan ajantasaisen siivoussuunnitelman ja palvelusopimuksen mukaisesti. Siivous toteutetaan päivittäin ja tehostetusti epidemiatilanteissa. Jätehuolto toteutetaan ohjeiden mukaisesti, ja tartuntavaaralliset jätteet kerätään erillisiin, merkittyihin astioihin ja toimitetaan asianmukaiseen käsittelyyn.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on laadittu palveluyksikköön ja se päivitetään kalenterivuositain sekä aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Päivitysajankohta dokumentoidaan suunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa lääkehoidosta vastaava henkilö **Johanna Mälkiä, sairaanhoitaja**, jonka tehtävänimike ja yhteystiedot on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito -opasta. Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta vastaa lääkehoidosta vastaa vastuulääkäri Eero Kitinoja yhdessä Kodin johtaja Heidi Sulanderin ja kaikkien sairaanhoitajien kanssa. Henkilökunta toteuttaa asukkaiden lääkehoitoa hoitavien lääkäreiden määräysten mukaisesti.

Lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisillä auditoinneilla, kirjaamisen tarkastuksilla, lääkehoidon poikkeamien käsittelyllä sekä henkilöstön osaamisen arvioinnilla. Havainnot

käsitellään tiimissä ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan viivytyksettä. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu, miten henkilöstön lääkehoidon osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, lääkeluvilla ja säännöllisillä osaamisen arvioinneilla. Lääkeluvat uusitaan määräajoin ja osaaminen varmistetaan näyttöjen avulla. Haittavaikutusilmoitukset tehdään Fimean ohjeiden mukaisesti, ja henkilöstö tietää, miten ja kenelle ilmoitus tehdään. Kaikki haittatapahtumat käsitellään omavalvonnassa. Lääkevarkauksien varalta on selkeät toimintamallit, jotka sisältävät välittömät ilmoitusveloitteet, kirjaamisen, tilanteen selvittämisen ja tarvittavat jatkotoimet.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilö: Mia Lampola, fysioterapeutti, mia.lampola@yhhoiva.fi, p. 050 509 1754. Lääkinnällisten laitteiden seurantajärjestelmä on päivitetty 21.10.2024 (Berner). Vaaratilanneilmoitukset tehdään Laatuporttiin, josta ne siirtyvät Fimeaan ohjeiden mukaisesti.

Päivärinteen laitevastuuhenkilö vastaa laitteiden käytön valvonnasta, kunnon seurannasta ja huoltojen koordinoinnista. Vastuuhenkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot on kirjattu yksikön laiteluetteloon ja lääkehoitosuunnitelmaan.

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) velvoitteet varmistetaan noudattamalla valmistajan ohjeita, dokumentoimalla laitteiden käyttöönotto, huollot ja tarkastukset sekä varmistamalla, että laitteet ovat käyttötarkoitukseensa soveltuvia ja turvallisia. Laitteiden riskit arvioidaan säännöllisesti. Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, käyttöopastuksella ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti, ja osaamisvaatimukset kirjataan palveluysikkökohtaisesti laitepassiohjeisiin.

Laitteiden asianmukainen säätäminen, ylläpito ja huolto varmistetaan noudattamalla valmistajan huolto-ohjelmaa ja organisaation huoltokäytäntöjä. Huollot dokumentoidaan, ja laitteet poistetaan käytöstä välittömästi, jos ne aiheuttavat turvallisuusriskin. Lääkinnällisten laitteiden jäljitettävyyden varmistetaan ylläpitämällä ajantasaista laiteluetteloa, johon kirjataan laitteen tunnistetiedot, sijainti, huoltohistoria ja vastuuhenkilö. Kaikki muutokset dokumentoidaan. Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään välittömästi Laatuporttiin, josta ilmoitus ohjautuu Fimean ohjeiden mukaisesti eteenpäin, eikä erillistä viranomaisilmoitusta tarvitse tehdä erikseen.

Laitepassin kehittäminen perustuu valtakunnallisiin ohjeisiin ja viranomaisvaatimuksiin. Laitepassin sisältö ja toimintamallit on rakennettu seuraavien keskeisten lähteiden pohjalta: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema opas *"Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen"* (STM:n julkaisuja 2024:3) sekä Fimean määräys *"Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus"* ja ohje *"Vaaratilanteessa olleen lääkitsevän laitteen käsittely"* (Fimea 1/2023).

Taulukko 3: Palvelujen turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asukkaan karkaaminen	9	Huolehditaan, että lukitukset kunnossa, valvontatoimet, hälytysjärjestelmät toimivat
Vaaratilanteissa virheellinen toiminta	8	Selkeät ohjeet, turvakävelyt, EA-koulutukset, palo- ja pelastuskoulutukset ja -harjoitukset
Tietoliikenneyhteyksien kaatuminen	3	Paperiset asukaskansiot (DNR) ajan tasalla, tsekkilista mitä kansio pitää sisällään
Apuvälineiden väärä käyttö	9	Säännöllinen huolto, henkilöstön koulutukset apuvälineiden käyttöön, laitepassikoulutus, laitevastaava

3.4 ASIAKAS- JA POTILASTYÖHÖN OSALLISTUVAN HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYDEN JA OSAAMISEN VARMISTAMINEN

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

Henkilöstön määrä ja rakenne perustuvat yksikön asiakasmäärään ja palvelutarpeeseen. Henkilöstö koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista sekä tukipalveluhenkilöstöstä. Sijaisia käytetään tarpeen mukaan, ja vuokratyövoimaa tai alihankittua työvoimaa käytetään vain täydentämään omaa henkilöstöä silloin, kun sisäisiä sijaisjärjestelyjä ei ole saatavilla. Kaikki ulkopuoliset työntekijät perehdytetään samalla tavalla kuin oma henkilöstö.

Päivärinteellä työskentelee:

- 1 Kodin johtaja
- 1 Fysioterapeutti (palveluvastaava)
- 3 Sairaanhoitajaa
- 14 lähihoitajaa
- 2 hoiva-avustajaa
- 1 lähihoitaja-oppisopimusopiskelija
- 2,5 tukipalvelutyöntekijää

Kodin johtaja varmistaa riittävän henkilöstön seuraamalla päivittäin asiakasmäärää, palvelutarvetta ja henkilöstöresursseja. Tarvittaessa työvuoroja järjestellään uudelleen, kutsutaan sijaisia tai hyödynnetään varahenkilöjärjestelmää. Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan tarkistamalla Valviran Terhikki- ja Suosikki-rekisterit ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana.

Opiskelijoiden oikeus toimia tilapäisesti ammattihenkilön tehtävissä varmistetaan oppilaitoksen kanssa tehdyn sopimuksen ja kirjallisen ohjauksen kautta. Opiskelijoilla on nimetty ohjaaja, ja heidän työskentelyään valvotaan jatkuvasti. Rikostausta selvitetään iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskenteleviltä valvontalain 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään ennen työsuhteen alkamista.

Henkilöstön riittävyyden varmistamisen toimintamallit sisältävät päivittäisen henkilöstötilanteen seurannan, sijaisten käytön sekä työvuorojen joustavan uudelleenjärjestelyn. Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan, lisäresursseja hankitaan ja asiakasturvallisuus varmistetaan välittömin toimin. Henkilöstön asianmukainen koulutus varmistetaan rekrytointivaiheessa, perehdytyksessä ja säännöllisillä osaamisen arvioinneilla. Tarvittaessa järjestetään lisäkoulutusta.

Henkilöstön perehdytys ja ammattitaidon ylläpito toteutetaan perehdytysohjelman, vuosittaisten arviointikeskustelujen ja täydennyskoulutusten avulla. Henkilöstö osallistuu ammatilliseen täydennyskoulutukseen vähintään organisaation määrittelemän vähimmäismäärän.

Päivärinteen henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan havainnoinnilla, kirjaamisen tarkastuksilla, auditoinneilla ja palautekeskusteluilla. Havaittuihin epäkohtiin puututaan välittömästi ohjauksella, lisäkoulutuksella tai tarvittaessa muilla korjaavilla toimenpiteillä.

Henkilöstöltä kerätään palautetta säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa henkilöstökyselyillä ja kuukausittaisissa tiimipalavereissa. Palaute käsitellään yksikön kokouksissa ja hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.

Henkilöstön riskienhallinnan osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, koulutuksilla ja selkeillä ohjeilla. Henkilöstö tietää, miten toimia riskin toteutuessa ja kenelle ilmoittaa poikkeamista. Riskienhallinnassa huomioidaan työturvallisuuslain velvoitteet, kuten turvalliset työmenetelmät, ergonomia, väkivallan uhan hallinta ja turvalliset työtilat. Työturvallisuudella on suora yhteys asiakas- ja potilasturvallisuuteen, ja siksi sitä seurataan ja kehitetään jatkuvasti.

Taulukko 4: Henkilöstön riittävyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Koulutetun henkilöstön saatavuus	3	Oikeanlainen rekrytointi, B1- kielitaitovaatimus
Pakollisia koulutuksia ei suoriteta	8	Työnjohdolliset toimenpiteet

3.5 YHDENVERTAISUUDEN, OSALLISUUDEN JA ASIAKKAAN ASEMAN JA OIKEUKSIEN VARMISTAMINEN

Päivärinteen palveluyksikössä asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen omahoitajansa. Omahoitaja on nimetty asiakkaan hoitosuunnitelmassa, ja hänellä on kokonaisvastuu itsemääräämisoikeuden toteutumisen seurannasta ja edistämisestä arjen tilanteissa.

Päivärinteen jokaiselle asukkaalle laaditaan yhdessä asukkaan kanssa itsemääräämisoikeussuunnitelma ja sitä päivitetään säännöllisesti puolen vuoden välein tai tarvittaessa. Itsemääräämissuunnitelman teosta vastaa asiakkaan omahoitaja.

Jos rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava asianmukainen peruste. Sosiaalihuollossa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun:

1. Asukas ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia
2. Rajoitustoimenpiteen käyttäminen on välttämätöntä hänen terveytensä, turvallisuutensa tai muiden terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon estämiseksi
3. Muut lievemmat keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä

Päivärinteessä käytössä olevia rajoitustoimenpiteitä ovat: sängyn laidat, hygienihaalari, haaravyö ja istuinvyö. Hoitajat arvioivat aina tilannekohtaisesti rajoittamistarpeen. Rajoitustoimenpiteistä tehdään kirjalliset päätökset ja ne kirjataan DomaCare-asiakastietojärjestelmään. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen. Jokaista rajoitustoimenpidettä seurataan asiakkaan päivittäiskirjauksissa.

Alueen sosiaaliasiamiehen ja potilasasiamiehen yhteystiedot: Kanta-Hämeen hyvinvointialueen sosiaaliasiamiehenä toimii Satu Loippo. Sähköposti: satu.loippo@omahame.fi Takaisinsoitto palvelupuhelin: +358 36 293 210 (ma-to klo 8–12) Tekstiviesti: 040 629 6190 Heidän tehtävänä on neuvoa, ohjata ja tukea asiakkaita ja potilaita oikeuksiin liittyvissä asioissa. Yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla.

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot: Valtakunnallinen kuluttajaneuvonta 029 553 6901, www.kuluttajaneuvonta.fi — erityisesti palvelusetelipalveluissa, joissa asiakas ja palveluntuottaja ovat sopimuskumppaneita.

Muistutukset

Asiakkaalla tai läheisellä on oikeus tehdä muistutus palvelun laadusta tai kohtelusta. Muistutusten käsittelystä vastaa yksikön johtaja, joka huolehtii siitä, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti, kirjallisesti ja lain edellyttämässä määräajassa. Muistutus vastaanotetaan kirjallisesti tai sähköisesti, ja se kirjataan viipymättä Laatuporttiin.

Kirjauksesta ilmenee muistutuksen sisältö, vastaanottopäivä ja käsittelystä vastaava henkilö. Yksikön johtaja selvittää muistutuksen sisällön puolueettomasti kuulemalla tarvittaessa asiakasta, omaisia ja henkilöstöä sekä tarkistamalla dokumentaation ja tapahtumakulun. Selvityksen perusteella yksikön johtaja tekee ratkaisun ja arvioi, tarvitaanko korjaavia toimenpiteitä, ohjeistuksen tarkennuksia tai henkilöstön lisäohjausta. Asiakkaalle annetaan kirjallinen ja perusteltu vastaus, jossa kuvataan tehdyt selvitykset, johtopäätökset ja mahdolliset toimenpiteet.

Kaikki muistutukset ja niiden käsittely dokumentoidaan ja arkistoidaan. Muistutuksista tehdään koonti, jota käsitellään säännöllisesti tiimipalavereissa ja omavalvonnassa. Muistutuksista saadut havainnot hyödynnetään toiminnan kehittämisessä, ja tarvittaessa päivitetään yksikön ohjeita, prosesseja tai henkilöstön koulutusta.

Muistutusten käsittelystä vastaa Kodin johtaja Heidi Sulander. Muistutuksen vastaanottajat Päivärinteen palveluyksikössä:

- Kodin johtaja Heidi Sulander, heidi.sulander@yrjojahanna.fi, p. +358 50 509 1758
- Muistutus lähetetään Hyvinvointialueen kirjaamoon, joka ohjaa sen oikealle yksikölle käsiteltäväksi. Kirjaamo toimii siis ”porttina”: se ei käsittele muistutusta sisällöllisesti, mutta varmistaa, että se päättyy oikealle vastuuhenkilölle. (Hyvinvointialueen johtava viranhaltija, vs. toimialajohtaja Jorma Haapanen, Tulosalueen johtava viranhaltija: Tulosaluejohtaja Raili Lahtinen)

Tavoiteaika muistutusten käsittelylle on 2–4 viikkoa. Muistutuksesta annetaan kirjallinen ja perusteltu vastaus, jossa kuvataan tehdyt selvitykset, johtopäätökset ja mahdolliset toimenpiteet.

Saavutettavuus

Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus varmistetaan tilaratkaisuilla, apuvälineillä, selkeällä viestinnällä ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisella. Tarvittaessa järjestetään tulkkaus- tai avustamispalveluja. Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys varmistetaan noudattamalla lainsäädäntöä, organisaation ohjeita ja henkilöstön koulutuksella. Kaikkia asiakkaita kohdellaan tasapuolisesti riippumatta taustasta, toimintakyvystä tai henkilökohtaisista ominaisuuksista.

Toimintakäytäntöjen ja päätöksenteon lainmukaisuus varmistetaan dokumentoimalla kaikki päätökset, kuten palvelupäätökset ja mahdolliset rajoitustoimenpiteet. Päätökset perustuvat lakiin, ovat valituskelpoisia ja ne tehdään asiakkaan etua arvioiden. Asiakkaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus varmistetaan antamalla asiakkaalle selkeää tietoa palveluista, vaihtoehtoista ja päätöksistä. Asiakas osallistuu oman palvelunsa suunnitteluun ja arviointiin. Asiakkaan kielelliset oikeudet toteutetaan tarjoamalla palvelua asiakkaan ymmärtämällä kielellä ja järjestämällä tulkkaus tarvittaessa.

Asiakkaan asiallinen kohtelu varmistetaan koulutuksella, ohjeistuksella ja valvonnalla. Epäasiallinen kohtelu käsitellään välittömästi, ja tilanteeseen puututaan esihenkilön toimesta. Asiakkaalle annetaan tieto käytävissä olevista oikeusturvakeinoista, kuten muistutuksesta, kantelusta, potilasvahinkoilmoituksesta ja asiavastaavien palveluista. Tieto annetaan kirjallisesti ja suullisesti.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen varmistetaan asiakkaan osallistumisella, yksilöllisellä palvelusuunnittelulla ja henkilöstön ohjeistuksella. Rajoitustoimenpiteitä käytetään vain lain sallimissa, välttämättömissä tilanteissa, ja ne dokumentoidaan tarkasti. Lakisääteiset suunnitelmat (asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelmat) laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa ja päivitetään säännöllisesti tai tilanteen muuttuessa. Henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti, ja toteutumista seurataan kirjaamisen, toteutuksen ja tavoitteiden etenemisen kautta. Suunnitelmien toteutumista arvioidaan tiimipalavereissa ja asiakaskohtaisissa tarkasteluissa.

Asiakkailta ja läheisiltä kerätään palautetta säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa kyselyillä, keskusteluilla arjessa ja palautekanavilla. Palaute käsitellään tiimissä ja hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.

Muistutusten käsittely tapahtuu kirjallisesti, määräajassa ja läpinäkyvästi. Kaikki muistutukset dokumentoidaan ja niistä tehdään tarvittavat korjaavat toimet. Kanteluiden käsittely tapahtuu viranomaisohjeiden mukaisesti. Yksikkö toimittaa tarvittavat selvitykset ja osallistuu asian käsittelyyn asianmukaisesti. Potilasvahinkoilmoitukset tehdään Potilasvakuutuskeskuksen ohjeiden mukaisesti. Henkilöstö tietää, miten ilmoitus tehdään ja kenelle asiasta ilmoitetaan yksikössä.

Saavutettavuus: Päivärinteen tilojen esteettömyys ja saavutettavuus varmistetaan tilaratkaisuilla, apuvälineillä, selkeällä viestinnällä ja asukkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisella. Tarvittaessa järjestetään tulkkaus- tai avustamispalveluja.

Taulukko 5: Yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön riittämätön osaaminen ja koulutus	9	Työpajatyöskentely, RAI-kirjaamivastaava joka yksikössä
Asukas ei tule kuulluksi riittävästi	9	Hoito- ja palvelusuunnitelmissa kiinnitetään huomioita asukkaan osallisuuteen
Itsemääräämisoikeus ei toteudu	9	IMO-suunnitelmat kaikille asukkaille, IMO-koulutukset henkilöstölle; hoito- ja palvelusuunnitelmissa huomioita asukkaan osallisuuteen
Asukasta ei osallisteta riittävästi	9	Päivittäisissä kirjauksissa tulee näkyä asukkaan oma osallistuminen

4. HAVAITTUIEN PUUTTEIDEN JA EPÄKOHTIEN KÄSITTELY SEKÄ TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

4.1 TOIMINNASSA ILMENEVIEN EPÄKOHTIEN JA PUUTTEIDEN KÄSITTELY

Keskeisimmät Päivärinteen palvelutalon riskit raportoidaan kolmasti vuodessa osana säännöllistä omavalvontaa. Raportointi tapahtuu sovituissa palavereissa, kirjallisesti sekä tarvittaessa välittömästi, jos riski edellyttää kiireellisiä toimenpiteitä. Riskit dokumentoidaan ja niistä tiedotetaan palvelunjärjestäjälle avoimesti ja läpinäkyvästi.

Päivärinteen kodin johtaja ilmoittaa omassa tai alihankkijan toiminnassa ilmenevistä epäkohdista ja puutteista palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus tehdään viipymättä, ja siihen liitetään selvitys tilanteesta sekä toteutetuista tai suunnitelluista korjaavista toimenpiteistä.

Henkilöstö ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle kaikista havaitsemistaan epäkohdista, niiden uhista tai muusta lainvastaisuudesta valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus voidaan tehdä suullisesti tai kirjallisesti, ja vastuuhenkilö ryhtyy välittömästi asian edellyttämiin toimenpiteisiin. Henkilöstöä kannustetaan matalan kynnyksen ilmoittamiseen. Yksikössä noudatetaan myös muita lakisääteisiä ilmoitusvelvollisuuksia, kuten tartuntatautilain, potilaslain, sosiaalihuoltolain ja työturvallisuuslain mukaisia ilmoituksia. Henkilöstöllä on käytössään selkeät menettelyohjeet, ja ohjeet ovat saatavilla yksikön toimintajärjestelmässä. Kaikki kirjalliset ilmoitukset tehdään Laatuporttiin.

Päivärinteessä henkilöstöä tiedotetaan ilmoitusvelvollisuudesta perehdytyksen, säännöllisten koulutusten ja sisäisten ohjeiden avulla. Ilmoitusvelvollisuuteen liittyviä käytäntöjä käsitellään tiimipalavereissa vähintään kolme kertaa vuodessa, jotta ohjeet pysyvät ajantasaisina ja henkilöstön osaaminen varmistuu.

Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan välittömästi tilanteen edellyttämällä tavalla. Korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan nopeasti, ja niiden vaikutuksia seurataan. Tarvittaessa päivitetään ohjeita, prosesseja tai henkilöstön toimintatapoja.

Vaara- ja haittatapahtumien sekä epäkohtien ja poikkeamien ilmoitusmenettelyt ovat selkeät ja kaikkien tiedossa. Henkilöstö tekee ilmoituksen Laatuporttiin. Myös asiakkaalla ja läheisellä on mahdollisuus tehdä vaara- ja haittatapahtumailmoitus, ja ohjeet ovat näkyvillä yksikössä.

Päivärinteessä epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien käsittely perustuu järjestelmälliseen prosessiin. Tapahtuma selvitetään, juurisyyt tunnistetaan ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan viipymättä. Tapahtumat käsitellään tiimipalavereissa ja omavalvonnassa — tavoitteena ei ole syyllisten etsiminen, vaan oppiminen ja toiminnan kehittäminen. Havaintojen pohjalta päivitetään ohjeita ja vahvistetaan henkilöstön osaamista, jotta vastaavat tilanteet voidaan ehkäistä jatkossa ja asiakasturvallisuus Päivärinteellä vahvistuu jatkuvasti.

4.2 VAKAVIEN VAARATAPAHTUMIEN TUTKINTA

Vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan henkilöstön havainnoinnin, kirjaamisen ja ilmoitusjärjestelmän avulla. Vakavaksi vaaratapahtumaksi katsotaan tilanne, joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa asiakkaalle merkittävää haittaa, turvallisuusriskiä tai välitöntä vaaraa. Henkilöstö on koulutettu tunnistamaan nämä tilanteet ja ilmoittamaan niistä viipymättä. Yksikössä on ennalta sovittu toimintamalli vakavan vaaratapahtuman varalle. Kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan, henkilöstö ilmoittaa siitä välittömästi yksikön vastuuhenkilölle. Ensisijaisena tavoitteena on turvata asiakkaan tai potilaan tilanne ja estää lisähaitat. Tapahtuma kirjataan viipymättä ja siitä tiedotetaan palvelunjärjestäjälle sekä tarvittaessa valvontaviranomaiselle.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi on järjestelmällinen ja perustuu juurisyyden selvittämiseen. Prosessi ja ohje löytyy sisäisestä järjestelmästä Irmasta. Prosessi sisältää tapahtumakuvauksen, osapuolten kuulemisen, dokumenttien tarkastelun, riskien arvioinnin ja korjaavien toimenpiteiden suunnittelun. Tutkinta tehdään puolueettomasti ja läpinäkyvästi, ja se dokumentoidaan kokonaisuudessaan. Tavoitteena on oppiminen, ei syyllisten etsiminen. Henkilöstölle taataan turvallinen ilmapiiri, jossa virheistä voidaan raportoida avoimesti.

Tutkinnasta saatu tieto hyödynnetään aktiivisesti palveluiden kehittämisessä. Tutkinnan tulokset käsitellään tiimipalavereissa ja omavalvonnassa, ja niistä johdetaan konkreettisia kehittämistoimia, kuten ohjeiden päivityksiä, prosessimuutoksia tai lisäkoulutusta. Näin varmistetaan, että vastaavat tilanteet voidaan jatkossa ehkäistä ja asiakas- ja potilasturvallisuus vahvistuu jatkuvasti.

4.3 PALAUTETIEDON HUOMIOIMINEN KEHITTÄMISESSÄ

Epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tulevaa tietoa hyödynnetään järjestelmällisesti omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Jokainen ilmoitus analysoidaan, juurisyitä selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan. Tietoa käytetään ohjeiden päivittämiseen, henkilöstön koulutukseen ja toimintaprosessien kehittämiseen.

Muistutuksissa, kanteluissa ja asiakasvahinkoilmoituksissa esiin tulleet epäkohdat ja puutteet otetaan huomioon toiminnan kehittämisessä samalla tavalla kuin muutkin poikkeamat. Jokainen tapaus käsitellään huolellisesti, ja niistä saadut havainnot viedään osaksi yksikön jatkuvaa laadunhallintaa. Tarvittaessa muutetaan toimintatapoja, vahvistetaan ohjeistusta tai lisätään henkilöstön osaamista.

Henkilöstö on tietoinen käytössä olevista palautekanavista. Palautekanavat esitellään perehdytyksessä, niistä tiedotetaan säännöllisesti tiimipalavereissa ja ne ovat näkyvillä yksikön tiloissa sekä sisäisissä ohjeissa. Henkilöstö tietää, miten palautetta annetaan ja miten se käsitellään.

Säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta, kuten asiakaspalautteita, reklamaatioita ja omaisten huomioita, hyödynnetään aktiivisesti omavalvonnassa ja toiminnan kehittämisessä. Palaute analysoidaan, siitä tehdään koonti ja se käsitellään tiimipalavereissa. Palautteen perusteella tehdään tarvittavia muutoksia palveluprosesseihin, ohjeisiin ja henkilöstön osaamiseen.

Valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan välittömästi. Ohjaus ja päätökset käydään läpi yksikön johdon ja henkilöstön kanssa, ja niiden edellyttämät toimenpiteet toteutetaan viipymättä. Toteutuneita muutoksia seurataan kirjallisesti osana omavalvontaa kehityssuunnitelmassa, jotta varmistetaan, että viranomaisvaatimukset täyttyvät ja toiminta kehittyy jatkuvasti.

4.4 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN MÄÄRITTELY JA TOIMEENPANO

Epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tulevaa tietoa hyödynnetään järjestelmällisesti omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Jokainen ilmoitus analysoidaan, juurisyitä selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan. Tietoa käytetään ohjeiden päivittämiseen, henkilöstön koulutukseen ja toimintaprosessien kehittämiseen.

Muistutuksissa, kanteluissa ja asiakasvahinkoilmoituksissa esiin tulleet epäkohdat ja puutteet otetaan huomioon toiminnan kehittämisessä samalla tavalla kuin muutkin poikkeamat. Jokainen tapaus käsitellään huolellisesti, ja niistä saadut havainnot viedään osaksi yksikön jatkuvaa laadunhallintaa. Tarvittaessa muutetaan toimintatapoja, vahvistetaan ohjeistusta tai lisätään henkilöstön osaamista.

Henkilöstö on tietoinen käytössä olevista palautekanavista. Palautekanavat esitellään perehdytyksessä, niistä tiedotetaan säännöllisesti tiimipalavereissa ja ne ovat näkyvillä yksikön tiloissa sekä sisäisissä ohjeissa. Henkilöstö tietää, miten palautetta annetaan ja miten se käsitellään.

Säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta, kuten asiakaspalautteita, reklamaatioita ja omaisten huomioita, hyödynnetään aktiivisesti omavalvonnassa ja toiminnan kehittämisessä. Palaute analysoidaan, siitä tehdään koonti ja se käsitellään tiimipalavereissa. Palautteen perusteella tehdään tarvittavia muutoksia palveluprosesseihin, ohjeisiin ja henkilöstön osaamiseen.

Valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan välittömästi. Ohjaus ja päätökset käydään läpi yksikön johdon ja henkilöstön kanssa, ja niiden edellyttämät toimenpiteet toteutetaan viipymättä. Toteutuneita muutoksia seurataan osana omavalvontaa, jotta varmistetaan, että viranomaisvaatimukset täyttyvät ja toiminta kehittyy jatkuvasti.

Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Palveluita ja hoitoon pääsyä koskevat: hyvä ja avoin yhteistyö tilaajan kanssa; asukkaiden toiminnallisuushetket kyselyiden pohjalta; henkilöstön työtyytyväisyyskyselyiden kehittämissideat käytäntöön, hyvä perehdytys uusille	1.1.– 30.4.2026	Kodin johtaja, palveluvastaava, henkilöstö	Osavuosit- ta in
Jatkuvuutta koskevat: hyvä ja avoin johtaminen, avoin palautekulttuuri esihenkilö–tt, tt–esihenkilö, tt–tt	1.1.– 30.4.2026	Kodin johtaja	Osavuosit- ta in
Turvallisuutta ja laatua koskevat: asukkaiden turvalaitteiden päivitykset, ovien lukitukset; koulutukset ja harjoitukset säännöllisesti (EA, poistumisharjoitukset); paperiset asukaskansiot ajan tasalla; apuvälineiden säännölliset huollot ja laitepassikoulutukset	1.1.– 30.4.2026	Kodin johtaja, palveluvastaava, henkilöstö	Osavuosit- ta in
Henkilöstön riittävyttä ja osaamista koskevat: pakollisten koulutusten suorittaminen, jokaiselle oma vuosikompassi	1.1.– 30.4.2026	Kodin johtaja	Osavuosit- ta in
Yhdenvertaisuutta ja oikeuksia koskevat: kirjaamisen säännöllinen seuranta, asukkaan osallistaminen suunnitelmiin ja kirjauksiin; suunnitelmat ajan tasalla; lisäkoulutusta tarvittaessa	1.1.– 30.4.2026	Kodin johtaja, palveluvastaava, henkilöstö	Osavuosit- ta in

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN SEURANTA

Vuosittaisia laatutavoitteita seurataan valtakunnallisesti. Laatutavoitteiden tarkoituksena on varmistaa, että palvelut toteutuvat Yrjö ja Hanna Hoivan strategiakartan mukaisesti tasalaatuisina, asiakaslähtöisinä ja ihmisarvoa vahvistavina kaikissa tilanteissa. Tavoitteet ohjaavat arjen työtä ja luovat selkeät raamit sille, miten kohtaamme asukkaat, miten vastaamme heidän tarpeisiinsa ja miten varmistamme hoidon laadun.

Yhteiset ja johdonmukaiset toimintamallit tukevat asukkaita, työntekijöitä ja johtoa sekä mahdollistavat laadun systemaattisen seurannan ja jatkuvan kehittämisen.

Päivärinteen vuoden 2026 kolme seurattavaa yhteistä laatutavoitetta ovat:

1. **Palveluissa korostuu asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen kohtaaminen.** Tavoitteena on varmistaa, että jokainen Päivärinteen asukas kohdataan hänen tarpeidensa, toiveidensa ja elämäntilanteensa mukaisesti.
2. **Jokainen työntekijä vastaa tasalaatuisen ja luotettavan palvelun tuottamisesta yhteisten toimintatapojen mukaisesti.** Tavoitteena on vahvistaa yhdenmukaisia käytäntöjä Päivärinteellä.
3. **Hoidon toteutus vahvistaa asukkaiden ihmisarvoa ja takaa kunnioittavan palvelukokemuksen.** Tavoitteena on, että hoito ja palvelu tukevat asukkaan arvokkuutta, turvallisuuden tunnetta ja hyvinvointia kaikissa hoitotilanteissa Päivärinteellä.

Numeraalinen laatutyön seuranta varmistaa, että hoito ja palvelu toteutuvat suunnitelmallisesti ja laadukkaasti. Seuranta kohdistuu asukkaiden ajantasaisiin suunnitelmiin, palautteeseen, arjen aktivointiin, henkilöstön osaamiseen sekä läheisyhteistyöhön.

Jokaisella asukkaalla on ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään puolen vuoden välein. Itsemääräämissuunnitelma tarkistetaan vuosittain. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin, ja asukkaiden arkea seurataan kirjaamalla ulkoilut ja aktiviteetit päivittäin.

Läheisyhteistyö on säännöllistä: läheisiin ollaan yhteydessä vähintään kerran kuukaudessa ja heille lähetetään kuukausittainen tiedote. Henkilöstön osaamista ja työhyvinvointia tuetaan vuosittaisilla arviointikeskusteluilla ja koulutuksilla.

Omahoitajuuden toteutumista seurataan Mepcoon tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti. Henkilöstömitoituksen tulee olla luvan mukainen, ja mahdolliset poikkeamat kirjataan Laatuporttiin. Osaamisen varmistamiseksi arvioinnit tehdään kolme kertaa vuodessa, ja laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

Rajoitustoimenpiteitä seurataan säännöllisesti, ja niiden toteutuminen kirjataan päivittäin. Hoitosuunnitelmat arvioidaan kolme kertaa vuodessa, ja niistä valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa.

5.2 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN RAPORTOINTI

Päivärinteen laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan säännöllisesti yksikön johdolle ja tiimille. Lain edellyttämällä tavalla laadun ja riskienhallinnan toteutumisesta laaditaan omavalvonnan osavuositain koontiraportti kolmesti vuodessa, ja raportit käsitellään yksikön tiimipalavereissa sekä palvelujohtajan kanssa. Koontiin sisällytetään keskeiset mittarit, havaitut poikkeamat, tehdyt korjaavat toimenpiteet ja arvioidut kehittämistarpeet, ja koonti liitetään aina osaksi omavalvontasuunnitelmaa.

Lisäksi kaikki Päivärinteen merkittävät poikkeamat, vaaratapahtumat ja turvallisuuteen liittyvät havainnot raportoidaan viipymättä erillisenä ilmoituksena, jotta niihin voidaan reagoida nopeasti ja asianmukaisesti.

Riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan säännöllisillä arvioinneilla, ajantasaisilla toimintamalleilla ja henkilöstön osaamisen ylläpidolla. Riskienhallinnan toimivuutta arvioidaan osana vuosittaisia auditointeja, vaaratapahtumien käsittelyä ja henkilöstön arviointikeskusteluja. Arviointi perustuu kirjattuihin havaintoihin, palautteeseen ja toteutuneisiin toimenpiteisiin. Riskienhallinnan toteutumisesta raportoidaan johdolle ja tiimille vähintään kolme kertaa vuodessa sekä aina merkittävien poikkeamien yhteydessä, ja raportointi toimii pohjana yksikön kehittämistoimenpiteille.

5.3 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN ETENEMISEN SEURANTA JA RAPORTOINTI

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta varmistetaan säännöllisellä ja suunnitelmallisella arvioinnilla. Seuranta toteutetaan tiimipalavereissa, sisäisissä auditoinneissa ja arjen havainnoinnin kautta. Havaitut puutteellisuudet kirjataan välittömästi ja niihin ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin tilanteen edellyttämällä tavalla. Korjaavat toimet dokumentoidaan ja niiden toteutumista seurataan, jotta varmistetaan, että muutokset juurtuvat käytännön toimintaan.

Omavalvonnan seurannasta laaditaan selkeä ja ajantasainen selvitys. Selvitys sisältää keskeiset havainnot, tehdyt toimenpiteet ja mahdolliset kehittämistarpeet. Selvitys päivitetään ja julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein, kuten lainsäädäntö edellyttää. Julkaiseminen tapahtuu yksikön omavalvontamateriaalissa ja henkilöstölle näkyvissä kanavissa, jotta kaikki osapuolet ovat tietoisia muutoksista ja kehittämistoimista.

Näin varmistetaan, että omavalvonta ei ole vain asiakirja, vaan aktiivinen osa arjen toimintaa ja jatkuvaa laadun parantamista.

5.2.1. Osavuoden arvioinnit

Osavuoden arviointi on yhteenveto, jossa kuvataan keskeiset havainnot, osavuoden aikana tehdyt korjaavat toimet sekä mahdolliset kehittämistarpeet seuraavalle arviointijaksolle. Arvioinnissa tuodaan esille, onko toiminnassa havaittu poikkeamia, läheltä piti -tilanteita tai asiakaspalautteita, jotka viittaavat turvallisuuden tai laadun puutteisiin. Näiden havaintojen käsittely ja niistä oppiminen muodostavat keskeisen osan laadunhallintaa ja jatkuvaa parantamista. Lisäksi arvioinnissa tarkastellaan, ovatko henkilöstöresurssit olleet riittävät suhteessa palvelutarpeeseen ja onko perehdytys toteutettu ajantasaisesti. Samalla arvioidaan henkilöstön osaamisen ylläpitoa ja koulutuksen riittävyttä. Arvioinnissa selvitetään myös, onko aiemmin havaitut epäkohdat korjattu asianmukaisesti ja ovatko korjaavat toimenpiteet johtaneet toiminnan parantumiseen. Lisäksi tarkastellaan, miten uudet havainnot on käsitelty ja viety osaksi kehittämistyötä, jotta toiminta vastaa sekä asiakkaiden tarpeisiin että viranomaisvaatimuksiin.

6. EDELLISEN OSAVUODEN ARVIOINTI

Arviointijakso: 1.9.-31.12.2025 **Arvioinnin laatija:** Taina Buljugin, Kodin johtaja **Päiväys:** 15.1.2026

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Toiminta-ajatus ja arvot: Kiinnitetty paljon huomiota kirjauksiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmien sekä IMO-suunnitelmien sisältöön. Tämä nousut kehittämiskohteeksi ETT projektin (E erityistä tukea tarvitsevat yksiköt) myötä, jossa Päivärinteen palveluyksikkö on mukana. Kirjaukset sekä suunnitelmien sisällöt parantuneet todella paljon ja henkilöstö ottaa aktiivisesti vastaan kehitysehdotuksia sekä ohjausta kirjaamiseen.

Asiakasmuutokset: Yhteisöllinen asumisen asunnot kysytyjä ja asunnot lähes täynnä. Toki talon sisäisiä siirtoja on tapahtunut yhteisöllisestä asumisesta ryhmäkotien tehostettuun ympärivuorokautiseen asumiseen asukkaiden yleiskunnon laskiessa. Lisäksi ryhmäkotien asunnot täyttyivät ympärivuorokautisen tilapäishoidon asukkailla.

Henkilöstö: Henkilöstön saatavuus Päivärinteen palveluyksikössä ollut hyvä. Yksi lähihoitaja rekrytoitiin toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen. Uusia tuntityöntekijöitä myös saatu kiitettävästi. Vakituinen henkilöstö on sitoutunut työhönsä, ja laadukkaasta sijaisringistä saadaan osaavaa henkilöstöä äkillisiin puutostarpeisiin.

Koulutus: Koulutussuunnitelma, joka sisältää sekä ulkoiset- että sisäiset koulutukset, on tehty yksikköön. Osa on organisaatiosalla määriteltyjä, ja osa on palveluyksikön palautteista ja poikkeamista nousevia koulutuksia. Sisäiset koulutukset on Skhole-koulutusportaalin kautta. Henkilöstöä on joutunut kovasti muistuttelemaan, jotta käyvät suunnitellut koulutukset Skholen kautta.

Toiminnan tavoitteet: Päivärinteen täyttöaste on pysynyt korkealla, talo on ollut lähes täynnä. Kirjaaminen kehittynyt säännöllisen seuraamisen ja ohjeiden myötä. Omahoitajuutta kehitetty, mm ottamalla käytäntöön omahoitajavartti. Asukastyytyväisyys on korkealla syksyn tyytyväisyyskyselyssä. Rekrytoinnit ovat tuottaneet tulosta, hakijoiden määrä noussut huomasti, joten Päivärinte on haluttu työpaikka.

Osa-alue	Miten seurataan?	Havaitut poikkeamat	Kehittämistoimenpiteet
Omavalvontasuunnitelman osa-alueet	<ul style="list-style-type: none"> - Sisäisillä auditoinnilla - Kehityssuunnitelmalla - Johdon katselmuksella - Itsearviointikyselyllä 	<ul style="list-style-type: none"> -asukkaan toimintakykyä ja vointia kuvaava kirjaamisen kehittäminen -lääkevasteen kirjaamisen kehittäminen -palveluyksikkökohtaisen osavuosiraportoinnin puute 	<ul style="list-style-type: none"> - Palveluyksikkökohtaisen osavuosiraportoinnin kehittäminen - Henkilöstön koulutus, mm lääkehoitoon liittyen - Säännöllinen läpikäynti viikkopalaverissa liittyen kokonaiskirjaamiseen - Omavalvontalain mukaisen riskienhallinnan kehittäminen nykytilanteen pohjalta
Asiakaspalautteet	<ul style="list-style-type: none"> - Ilmoittaminen Laatuportissa 	<ul style="list-style-type: none"> - Palautetta saadaan, mutta se ei kohdistu Laatuporttiin. Palaute tulee s-posteihin ja suullisesti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Läheisviestinnän edelleen kehittäminen. Ohjataan antamaan palautetta QR-koodin kautta suoraan Laatuporttiin - Henkilöstön ohjaus, opastus, muistuttelu Laatuporttiin palautteiden kirjaamisesta - Asukkailta kyselyä asukaskokouksissa, ja niiden kirjaaminen Laatuporttiin
Muistutukset ja epäkohta tai epäkohdan uhka	<ul style="list-style-type: none"> - Ilmoittaminen Laatuportissa - Epäkohta tai epäkohdan uhka ilmoitukset laatuportissa - Työsuojelutarkastukset osana työturvallisuutta ja asiakasturvallisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> -Henkilöstö ei aina tiedä, onko kyseessä epäkohta vai poikkeama -Poikkeamia tehdään edelleen vähän 	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunnan lisäkoulutus ja lisäksi selkeä tukimateriaali - Erilliset palaverit poikkeamien käsittelyyn säännöllisesti - ohjataan ja opastetaan poikkeamien teossa ja korostetaan niiden

Osa-alue	Miten seurataan?	Havaitut poikkeamat	Kehittämistoimenpiteet
Asiakasturvallisuus ilmoitukset	<ul style="list-style-type: none"> - Ilmoittaminen Laatuportissa - Palvelupiste kohtainen seuranta - Valtakunnallinen raportointi osa-vuosittain 	<ul style="list-style-type: none"> - ilmoituksia tehdään edelleen vähän - Ei tehdä ilmoitusta loppuun, jätetään vallinaiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunnan koulutusta, ohjaamista ja opastamista tarvitaan lisää - korostetaan ilmoitusten tekemisen tärkeyttä laadukkaan asukastyön kehittämisessä
Henkilöstön riittävyys Henkilöstömitoitus, henkilöstön määrä suhteessa asiakasmäärään ja palvelujen tarpeeseen	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilöstön riittävyttä seurataan viikkoraporteissa ja Työvuorovelhon mitoitukselaskureissa - Mitoituksen seuranta päivä ja viikko tasolla kodin johtajan toimesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Akuutit poissaolot ja myöhäiset ilmoittamiset niistä aiheuttavat ajoittain haastetta saada mitoitus pysymään vaaditulla tasolla 	<ul style="list-style-type: none"> - Opastetaan henkilöstöä ennakoimaan poissaolonsa, jos vain mahdollista - riittävän laajan ja pysyvän sijaisryhmän ylläpito
Sydämen jälki	<ul style="list-style-type: none"> - Positiiviset ja kehitysehdotukset kirjattuna Laatuporttiin. - Haettujen Helmien määrällä - Jaettujen Helmien määrällä 	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunta ei tee positiivisia ja kehitysehdotuksia Laatuporttiin, eikä muualle - -Helmi-käytäntö ei ole jalkautunut palvelupisteille 	<ul style="list-style-type: none"> - Olemassa olevan materiaalin jalkautus henkilökunnalle. - Tukea järjestelmien käyttöön. - Palautteenannon tärkeyden korostaminen - Suunnistusvalmennuksen palautekortit osaksi arkea

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)