

OMAVALVONTASUUNNITELMA

HANNA-KOTI

2026

Päivitetty 5.6.2026

(Arviointi toukokuussa, syyskuussa ja tammikuussa)



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	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	5
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	7
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	7
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.....	8
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	11
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ...	21
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen.....	23
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	27
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	27
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	29
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	29
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	30
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	31
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	31
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	33
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	34
6. Edellisen Osavuoden arviointi.....	35

JOHDANTO

Omavalvontasuunnitelma toimii Yrjö ja Hanna Hoivan palveluyksiköissä 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 organisaation laadunhallintajärjestelmää.

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 PALVELUNTUOTTAJAN PERUSTIEDOT

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Aatoskodit Oy

Y-tunnus: 3507987–1

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4, 00100 Helsinki

OID Koodi: 1.2.246.10.35079871.10.0

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Hanna-koti

Palvelupisteet eriteltyinä: Hanna-koti Merikukka ja Hanna-koti avopalvelut

Yhteystiedot: Tyynylaavantie 19, 00980 Helsinki

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualuejen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot:

Tuula Immonen (tuula.immonen@yhhoiva.fi, 050 524 7991)

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

Hanna-kodissa tuotetaan seuraavia palveluita:

- **lääkäiden kotihoito**
- **lääkäiden kotisairaanhoido**
- **Tukipalvelut**
- **lääkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen**

Talossa toimii 14 paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö Merikukka. Lisäksi talossa on 38 vuokra-asuntoa, joihin tarjotaan kotihoidon palveluita.

Valtakunnallisen palveluntuottajien rekisteriin (soteri) annetut tiedot ovat ajantasaisia. Palveluntuottajan on tarkistettava ja päivitettävä tiedot vuosittain viimeistään 31.3. sähköisen asiointitilin kautta.

Hanna-kodin asiakkaita ovat ikäihmiset ja muut arjessaan apua tarvitsevat ihmiset. Palvelujen piiriin voi tulla hyvinvointialueen sijoittamana, palvelusetelillä tai itse maksavana asiakkaana. Suurin osa asukkaista tulee hyvinvointialueiden puitesopimusten kautta. Tällä hetkellä ryhmäkodin puolella on asukkaita Helsingin kaupungin sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelta. Itsemaksavien asukkaiden osalta asumisen ja palveluiden tarpeen kartoituksesta vastaa Kodin johtaja.

Asukkaan muuttaessa Hanna-kotiin, tehdään hänelle asiakkuussuunnitelma. Suunnitelmassa sovitaan tuotettavista palveluista ja tehdään ensimmäinen versio hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Asukas ja/tai läheiset saavat täytettäväkseen elämänkaarikyselyn, jota hyödynnetään yksilöllisen suunnitelman laadinnassa. Asiakuussuunnitelmaa ei tehdä, mikäli asukas ei osta hoitopalveluita yksikön kautta.

Kahden viikon kuluttua asukkaan saapumisesta tehdään RAI arviointi sekä yksilöllinen aikaseuranta palvelun tarpeesta vähintään 7 vrk:n ajalta. Noin kuukauden kuluttua asiakkuussuunnitelmaa tarkennetaan toteutuneen palvelutarpeen pohjalta. Myös hoito- ja palvelusuunnitelma tarkennetaan toteutuneen palvelutarpeen sekä RAI arvioinnin pohjalta. Arvioinnissa tehdään yhdessä asukkaan, omahoitajan, läheisen sekä muiden mahdollisten asukkaan verkostoon kuuluvien henkilöiden kanssa.

Alihankintana ja ostopalveluna tuotettavat palvelut ja niiden tuottajat:

- Everon (turvapuhelinpalvelu)
- AddSecure (turvakäynnit yöaikaan palvelutalon puolella)
- Domus-keittiö (ruokahuoltopalvelut)
- ISS (siivouspalvelut)
- Kiinteistöhuolto Tahti (kiinteistöhuoltopalvelut)
- RTK-palvelut (LVI-huoltopalvelut)
- Berner Medical (terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden hankinta ja huolto)

Yrjö ja Hanna Kodit vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

Omaevalvontasuunnitelman päivittämisessä huomioidaan palveluissa, niiden laadussa sekä asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset. Suunnitelma elää toiminnan mukana ja sitä tarkastellaan aina, kun yksikön toiminnassa tai ohjeistuksissa tapahtuu muutoksia.

Palveluyksikössä sähköisen omaevalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seurannasta ja julkaisemisesta vastaa yksikön johtaja. Hän huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja että sen sisältö vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia. Omaevalvontasuunnitelman hyväksyy palveluyksikön vastuhenkilö, joka vastaa myös sen virallisesta käyttöönotosta.

Palveluyksikön omaevalvonnan vastuut perustuvat selkeään johtamisjärjestelmään. Esihenkilö johtaa yksikön päivittäistä toimintaa, vastaa henkilöstön ohjauksesta ja varmistaa, että toiminta täyttää sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön vaatimukset. Palveluyksikön vastuhenkilö valvoo kokonaisuutta, huolehtii toiminnan lainmukaisuudesta ja varmistaa, että yksikön toiminta on turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti resursoitua.

Valvontalain 10 §:n mukainen vastuuhenkilö johtaa palvelutoimintaa käytännössä seuraamalla yksikön toimintaa, arvioimalla riskienhallinnan toteutumista ja varmistamalla, että henkilöstö noudattaa ohjeita ja toimintamalleja. Hän seuraa palvelujen laatua, puuttuu havaittuihin epäkohtiin ja varmistaa, että korjaavat toimenpiteet toteutetaan viivytyksettä. Vastuuhenkilö varmistaa myös, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset koko palvelun toteuttamisen ajan.

Henkilöstön omavalvontaosaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjauksella. Jokainen työntekijä sitoutuu omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan ja osaamista vahvistetaan jatkuvasti esimerkiksi arviointikeskusteluissa, tiimipalavereissa ja käytännön työn ohjauksessa.

Omavalvontasuunnitelman ja sen päivitysten toteutuminen varmistetaan osana yksikön päivittäistä toimintaa. Kodin johtaja seuraa suunnitelman toteutumista, käy läpi mittarit ja havainnot tiimin kanssa ja varmistaa, että toiminta vastaa suunnitelman linjauksia. Päivitykset viedään käytäntöön välittömästi, ja niiden toteutumista seurataan arjen työssä, kirjaamisessa ja säännöllisissä palavereissa.

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan sähköisesti organisaation tietoverkossa, ja se on asiakkaiden, omaisten ja yhteistyökumppaneiden nähtävillä yksikön tiloissa selkeästi esille asetettuna. Suunnitelma on saatavilla myös pyydettyä paperisena versiona, jotta tieto omavalvonnasta on avoimesti kaikkien saatavilla.

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus varmistetaan säännöllisellä seurannalla ja päivityksillä. Kodin johtaja vastaa siitä, että suunnitelmaan tehdyt muutokset viedään käytäntöön ja julkaistaan viiveettä sekä sähköisessä järjestelmässä että yksikön näkyvillä olevassa versiossa. Päivitykset tehdään aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia.

Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään hyvinvointialueen ja Yrjö ja Hanna Hoivan arkistointikäytännön mukaisesti. Ne tallennetaan sähköiseen arkistoon, josta ne ovat tarvittaessa jälkikäteen tarkasteltavissa esimerkiksi valvontaa, auditointeja tai toiminnan kehittämistä varten. Näin varmistetaan dokumentoinnin jatkuvuus ja läpinäkyvyys.

3. PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN JA MENETTELYTAVAT

3.1 PALVELUJEN SAATAVUUDEN VARMISTAMINEN

Asiakkaan pääsy palveluihin ja hoitoon varmistetaan sujuvalla palveluohjauksella, selkeillä yhteydenottokanavilla ja toimivalla yhteistyöllä hyvinvointialueen kanssa. Asiakkaan palvelutarve arvioidaan viivytyksettä, ja hänet ohjataan oikeaan palveluun ilman tarpeetonta odottamista. Yksikkö huolehtii siitä, että asiakkaan hoito alkaa sovitusti ja että palveluprosessi etenee katkeamattomasti.

Yrjö ja Hanna Hoiva varmistaa omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa. Alihankkijoilta edellytetään samoja laatu- ja turvallisuusvaatimuksia kuin omalta toiminnalta, ja heidän toimintansa tulee olla sopimusten, lainsäädännön ja organisaation ohjeiden mukaista. Yrjö ja Hanna Hoivassa on sovittu vastuuhenkilöt, kuka seuraa alihankkijoiden toimintaa säännöllisesti, arvioi heidän tuottamansa palvelun laatua ja varmistaa, että asiakas- ja potilasturvallisuus toteutuu kaikissa tilanteissa. Havaitut puutteet käsitellään välittömästi, ja alihankkijalta edellytetään korjaavia toimenpiteitä.

Yrjö ja Hanna Hoiva vastaa kokonaisuudessaan siitä, että alihankkijan tuottama palvelu täyttää samat laatu- ja turvallisuusvaatimukset kuin yksikön oma toiminta. Tämä varmistetaan sopimuseurannalla ja raportoinnilla sekä tiiviillä yhteistyöllä alihankkijoiden kanssa. Näin varmistetaan, että asiakkaan palvelukokemus on yhtenäinen ja turvallinen riippumatta siitä, kuka palvelun tuottaa.

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

Riskien arvioinnissa käytetään numeroasteikkoa 1–5 sekä todennäköisyydelle että vaikutukselle. Riskin suuruus = todennäköisyys × vaikutus (asteikko 1–25). Todennäköisyys: 1 = erittäin harvinainen, 2 = harvinainen, 3 = mahdollinen, 4 = todennäköinen, 5 = lähes varma. Vaikutus: 1 = merkityksetön, 2 = vähäinen, 3 = kohtalainen, 4 = merkittävä, 5 = vakava. Riskiluokat: 1–5 matala (vihreä), 6–12 kohtalainen (keltainen), 15–25 korkea (punainen).

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa on viivettä	4	Kodin johtaja ilmoittaa vapautuvat ryhmäkodin asukaspaikat viiveettä hyvinvointialueen hoivapaikkakoordinaattoreille. Huoneiden loppusiivoukset tulee tehdä välittömästi huoneen tyhjennyttyä.
Asukkaan muisti alkaa heikkenemään ja hänellä ei ole läheisiä tai yhteistyö heidän kanssaan on puutteellista/haastavaa.	6	Talon henkilökunta seuraa mahdollisuuksien myös niitä asukkaita, jotka eivät vielä kuulu hoivapalveluiden piiriin ja on herkästi yhteydessä Kodin johtajaan, jos heillä herää huoli asukkaan pärjäämisestä.
Asukkaalla ei ole varaa palveluihin	6	Asukkaalle ja hänen läheisilleen viestitään mahdollisuudesta hakea palvelusteliä palveluiden kustannuksia helpottamaan.

3.2 PALVELUJEN JATKUVUUDEN VARMISTAMINEN

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö ja tiedonkulku muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan selkeillä yhteydenottokäytännöillä, ajantasaisella dokumentoinnilla ja suostumusten mukaisella tiedonvaihdolla. Asiakkaan palvelukokonaisuutta tuetaan monialaisella yhteistyöllä, johon voivat kuulua esimerkiksi hyvinvointialueen palveluohjaus, kotihoito, erikoissairaanhoido, kuntoutuspalvelut, terapiapalvelut, apuvälinepalvelut, sosiaalityö sekä tarvittaessa kolmannen sektorin

toimijat. Yhteistyö toteutuu asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja varmistaa, että palvelut ovat yhteensovitettuja, turvallisia ja asiakkaan kokonaisuutta tukevia.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikötasolla valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan sitä, että yksikkö pystyy jatkamaan toimintaansa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa sekä turvaamaan asiakkaiden hoidon ja palvelut kaikissa tilanteissa. Valmius kattaa esimerkiksi henkilöstön riittävyyden, tilojen ja laitteiden toimivuuden, kriittisten toimintojen varmistamisen sekä selkeät toimintamallit äkillisiin muutoksiin.

Jatkuvuudenhallinta tarkoittaa sitä, että yksiköllä on suunnitelmat ja käytännöt, joilla varmistetaan toiminnan jatkuvuus esimerkiksi sairastumisten, henkilöstövajauksen, teknisten häiriöiden, toimitilojen ongelmien tai muiden poikkeustilanteiden aikana. Näihin sisältyvät myös varautuminen sijaissäijestykseen, lääkehoidon turvaaminen, ruokahuollon jatkuvuus ja asiakkaiden turvallisuuden varmistaminen kaikissa olosuhteissa.

Valmiuden ja jatkuvuudenhallinnan toimivuus varmistetaan säännöllisellä seurannalla, henkilöstön perehdytyksellä ja harjoituksilla sekä ajantasaisilla ohjeilla. Esihenkilö vastaa siitä, että henkilöstö tuntee toimintamallit ja osaa toimia häiriötilanteissa. Lisäksi yksikössä arvioidaan säännöllisesti riskit ja varmistetaan, että tarvittavat varautumistoimet ovat kunnossa. Toimintaa kehitetään havaintojen, palautteen ja auditointien perusteella.

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaa Kodin johtaja Tuula Immonen

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun myös henkilöstön sairastumistilanteissa. Yksikössä on käytössä selkeät sijaissäijestelyt 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.

Kodin johtaja 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.

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

Riskien arvioinnissa käytetään numeroasteikkoa 1–5 sekä todennäköisyydelle että vaikutukselle. Riskin suuruus = todennäköisyys × vaikutus (asteikko 1–25). Todennäköisyys: 1 = erittäin harvinainen, 2 = harvinainen, 3 = mahdollinen, 4 = todennäköinen, 5 = lähes varma. Vaikutus: 1 = merkityksetön, 2 = vähäinen, 3 = kohtalainen, 4 = merkittävä, 5 = vakava. Riskiluokat: 1–5 matala (vihreä), 6–12 kohtalainen (keltainen), 15–25 korkea (punainen).

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilökunnan akuutit poissaolot	4	Yksiköllä on riittävä määrä tarvittaessa töihin kutsuttavia sijaisia verkostossaan.
Asukastietojärjestelmien kaatuminen	3	Kriittiset asukastiedot, kuten lääkelistat säilytetään myös paperiversioina.
Sähkö- ja vesikatkokset	3	Yksikössä ohjeet ja tarvikkeita (esim. taskulamppuja ja pullovetä) katkoksia varten. Pidemmässä katkoksissa konsultoidaan viranomaisia.
Ruokahuollon katkokset	3	Henkilöstöllä on yhteys Domuksen-keittiöön. Kodin johtaja voi ostaa ruokaa myös itse suoraan yksikköön. Talossa on aina myös kuivaruokaa ja säilykkeitä varastossa.

3.3 PALVELUJEN TURVALLISUUDEN JA LAADUN VARMISTAMINEN

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palveluntuottajan palveluyksikön palveluille asetetut laatuvaatimukset perustuvat valtakunnallisiin laatutavoitteisiin, organisaation strategiaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön.

Laatuvaatimusten tarkoituksena on varmistaa, että palvelut ovat turvallisia, asiakaslähtöisiä, tasalaatuisia ja ihmisarvoa vahvistavia kaikissa tilanteissa. Laadunhallinta on osa yksikön jokapäiväistä toimintaa, ja sen toteutumista seurataan systemaattisesti.

Palvelun laadun arvioinnissa käytetään numeraalisia ja laadullisia mittareita. Jokaisella asukkaalla on ajantasainen hoitosuunnitelma, jota toteutetaan ja arvioidaan päivittäisten kirjausten avulla asukastietojärjestelmä DomaCareen. Kirjaukset tehdään myös asukkaiden ulkoiluista ja aktiviteeteista. Uuden asukkaan hoitosuunnitelma tehdään kuukauden sisällä asukkaan saapumisesta ja hoitosuunnitelmasta nostetaan 3-5 erillistä tavoitetta, joita arvioidaan myös numeraalisesti päivittäisten kirjauksien yhteydessä.

Asukkaiden hoidon tarpeita arvioidaan RAI-arviointien kautta, joita toteutetaan kuuden kuukauden välein, tai aina, jos asukkaan voinnissa tapahtuu selkeitä muutoksia. Lisäksi asukkaan kanssa tehdään itsemääräämissuunnitelma, jota päivitetään puolivuositain. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat löytyvät yrityksen sisäisestä toimintajärjestelmästä Irmasta, josta löytyy mm. läkkäiden IMO-käsikirja. Käsikirja on myös tulostettuna hoitajien kansliassa ja sitä käydään säännöllisesti työntekijöiden kanssa läpi.

Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin. Läheisyhteistyö toteutuu omahoitajien säännöllisillä yhteydenotoilla sekä Kodin johtajan lähettämän kuukausikirjeen avulla.

Henkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi ovat keskeinen osa laadunhallintaa. Jokaiselle työntekijälle pidetään vuosittainen arviointikeskustelu ja jokaisella on vuosittainen koulutustavoite. Työntekijäkyselystä on nostettu muutama kysymys, joista on luotu tavoite. Omahoitajuuden toteutumista seurataan Mepcoon tehtyjen esihenkilö-työntekijä-keskustelujen kirjausten kautta ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti.

Laadunhallinnan työkaluihin kuuluvat päivittäinen kirjaaminen, mittariseuranta, poikkeamien käsittely, auditoinnit, riskienarvioinnit sekä säännölliset tiimipalaverit. Henkilöstömitoitus varmistetaan luvan mukaiseksi ja poikkeamat kirjataan. 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. Rajoitusta koskevat ohjeet löytyvät IMO-käsikirjasta, josta on nostettu tärkeimmät kohdat myös työntekijöiden kanslian ilmoitustaululle. Rajoitukseen liittyviä asioita käydään kuukausittain työntekijöiden kanssa läpi. Rajoitustoimenpiteitä käytetään ainoastaan ympärivuorokautisen hoivan puolella.

Laadunhallinnan toteuttamistavat perustuvat selkeisiin toimintamalleihin, säännölliseen seurantaan ja avoimeen raportointiin. Kaikki laadunhallinnan osa-alueet dokumentoidaan ja käsitellään tiimissä, ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet toteutetaan viivytyksettä. Toimintaa kehitetään jatkuvasti palautteen, mittareiden ja havaintojen perusteella.

Palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta vastaa Kodin johtaja. Riskienhallinta on organisoitu osaksi yksikön päivittäistä toimintaa, ja se perustuu ilmoittamiseen (kehitysilmoitukset, positiiviset havainnot, läheltä-piti ja poikkeamailmoituksiin), ennakoivaan arviointiin, selkeisiin toimintamalleihin sekä säännölliseen seurantaan. Kodin johtaja vastaa riskien tunnistamisesta, arvioinnista ja tarvittavien toimenpiteiden toteuttamisesta, ja vastuhenkilö varmistaa, että riskienhallinta täyttää lainsäädännön ja organisaation vaatimukset.

Asiakasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti selkeillä toimintatavoilla, kuten asiakkaan tunnistamisella, hoitosuunnitelmien ja RAI-arvioiden säännöllisellä päivityksellä, lääkehoidon tarkistusmenettelyillä, päivittäisillä kirjauksilla sekä rajoitustoimenpiteiden seurannalla. Yksikössä käytetään tarkistuslistoja, ohjeistuksia ja valvontakäytäntöjä, jotka varmistavat, että hoito toteutuu turvallisesti ja suunnitelmallisesti. Poikkeamat ja vaaratapahtumat käsitellään viipymättä, ja niistä tehdään tarvittavat ilmoitukset, jotta toiminta kehittyy jatkuvasti.

Digitaalisten ja etänä annettavien palveluiden turvallisuus ja laatu varmistetaan käyttämällä tietoturvallisia järjestelmiä, ajantasaisia ohjeita ja henkilöstön osaamisen varmistamista. Tiedonkulku toteutetaan suojatuissa kanavissa, ja asiakkaan suostumukset sekä tietosuojaa huomioidaan kaikissa tilanteissa. Etäpalveluissa varmistetaan, että asiakkaan henkilöllisyys tunnistetaan asianmukaisesti ja että palvelu toteutuu yhtä laadukkaasti kuin lähipalveluissa. Henkilöstö perehdytetään digitaalisten palveluiden käyttöön, ja järjestelmien toimivuutta seurataan säännöllisesti.

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.

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 dokumentaatiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehdyt havainnot ja mahdolliset korjausvaatimukset. Oma valvonnan 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 tarkastuksilla. 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 Kodin johtaja 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.

Palveluyksikössä 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 (Kodin johtaja). Hän vastaa asiakastietojen käsittelyyn liittyvästä ohjeistuksesta, tietoturvan toteutumisesta sekä siitä, että henkilöstö noudattaa lainsäädäntöä ja organisaation tietosuojaohteita.

Yrjö ja Hanna Hoivalla on nimetty valtakunnallinen tietosuojavastaava. Tietosuojavastaava vastaa tietosuojan toteutumisen seurannasta, henkilöstön ohjauksesta ja rekisteröityjen oikeuksien toteutumisen varmistamisesta valtakunnallisesti. Hänet tavoittaa s-postilla tietoturva@yhhoiva.fi.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ja tietosuojalain vaatimukset toteutuvat palveluyksikön toiminnassa siten, että henkilötietojen käsittely perustuu lakiin, on tarkoituksenmukaista ja rajoittuu 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 tietoturvakoulutuksella, joka kirjataan Mepcoon aina, kun työntekijä on sen käynyt. Ajantasaiset tietosuojaohjeet ovat henkilöstön saatavilla yrityksen sisäisessä toimintajärjestelmässä (Irma) ja Kodin johtaja 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 Irmassa. Ohjeita päivitetään säännöllisesti ja Kodin johtaja 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 Yrjö ja Hanna Hoivan käytössä olevaan sähköiseen asiakastietojärjestelmään Domacareen. Tietojen arkistointi toteutetaan hyvinvointialueen ja Yrjö ja Hanna Hoivan 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 Kodin johtaja.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien vaatimustenmukaisuus varmistetaan käyttämällä ainoastaan järjestelmiä, jotka täyttävät asiakastietolain olennaiset vaatimukset ja löytyvät Lupa- ja valvontaviraston 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 Kodin johtajan toimesta. Ohjeet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä toimintajärjestelmässä Irmassa. Asiakastietolainmukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja sitä päivitetään vuosittain. Sen toteutumisesta vastaa Kodin 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. Kodin johtajan vastaa ilmoitusten tekemisestä ja omavalvonnallisista toimista koko häiriötilanteen ajan.

Kameravalvonnan käytöstä on laadittu kirjallinen ohjeistus, ja siitä informoidaan asukkaita, läheisiä ja henkilökuntaa näkyvillä ilmoituksilla sekä perehdytysmateriaalissa. Kameravalvontaa käytetään vain lain sallimissa tilanteissa. Teknologian soveltuvuus ja turvallisuus varmistetaan arvioimalla laitteiden ja järjestelmien käyttötarkoitus, riskit ja yhteensopivuus palvelutoimintaan ennen käyttöönottoa. Henkilöstölle annetaan käyttöopastus ja tarvittava koulutus.

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 palveluyksikön 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 hygieniohjeita.

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 asiakastietojärjestelmään ja raportoidaan Kodin johtajalle. Infektioita seurataan säännöllisesti ja tiedot käsitellään tiimipalavereissa sekä omavalvonnassa.

Käsihuuhdetta tulee olla 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. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Rokotuskattavuutta seurataan. Hygieniohjeiden noudattamista seurataan

havainnoimalla käsihygieniää, suojainten käyttöä, siivouksen toteutumista ja kirjaamista. Poikkeamat käsitellään välittömästi ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan. Meillä työntekijät voivat olla yhteydessä hygieniayhdyshenkilöön tai esihenkilöön tarvittaessa kaikissa infektio- ja tartuntatautiin 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 Kodin johtaja tai lääkehoidosta vastaava henkilö, jonka tehtävänimike ja yhteystiedot on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito –opasta. Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta vastaa

Kodin johtaja, joka seuraa lääkehoidon toteutumista, ohjaa henkilöstöä ja valvoo, että toiminta on suunnitelman mukaista.

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 on nimetty lääkehoitosuunnitelmassa. Hänen nimensä, tehtävänimikkeensä ja yhteystietonsa on kirjattu suunnitelmaan, ja hän vastaa lääkinnällisten laitteiden käytön kokonaisvaltaisesta turvallisuudesta.

Palveluyksikön laitevastuuhenkilöt on nimetty erikseen. He vastaavat laitteiden käytön valvonnasta, kunnan seurannasta ja huoltojen koordinoinnista. Henkilöiden nimet, tehtävänimikkeet ja yhteystiedot on kirjattu yksikön laiteluetteloon ja lääkehoitosuunnitelmaan.

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) veloitteet 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 palveluyksikkökohtaisesti 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.

Yksikössä ylläpidetään laitepassia, jonka 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 julkaisu 2024:3), joka ohjaa laiteosaamisen varmistamista, henkilöstön koulutusta ja turvallisia toimintatapoja sekä Fimean määräys ”Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus” sekä ohje ”Vaaratilanteessa olleen lääkitsevän laitteen käsittely” (Fimea 1/2023), jotka määrittävät vaaratilanneilmoitusten tekemisen, laitteiden käsittelyn poikkeamatilanteissa ja viranomaisille tehtävät ilmoitukset.

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

Riskien arvioinnissa käytetään numeroasteikkoa 1–5 sekä todennäköisyydelle että vaikutukselle. Riskin suuruus = todennäköisyys × vaikutus (asteikko 1–25). Todennäköisyys: 1 = erittäin harvinainen, 2 = harvinainen, 3 = mahdollinen, 4 = todennäköinen, 5 = lähes varma. Vaikutus: 1 = merkityksetön, 2 = vähäinen, 3 = kohtalainen, 4 = merkittävä, 5 = vakava. Riskiluokat: 1–5 matala (vihreä), 6–12 kohtalainen (keltainen), 15–25 korkea (punainen).

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Työntekijöiden perehdytys on puutteellista	6	Kodin johtaja varmistaa, että jokainen työntekijä saa riittävän perehdytyksen ja osaa käyttää kaikkia työssään tarvitsemia laitteita.
Työn laatu ei vastaa annettuja kriteereitä.	6	Kodin johtaja varmistaa, että laatukriteereitä käydään säännönmukaisesti työntekijöiden kanssa läpi ja että annettuja ohjeita noudatetaan.
Apuvälineet puutteellisia	6	Kodin johtaja varmistaa, että työntekijöillä on käytössään kaikki työhön tarvittavat apuvälineet ja että välineet ovat toimivia ja turvallisia.

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.

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 lasten kanssa työskenteleviltä lain 504/2002 mukaisesti ja iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskenteleviltä valvontalain 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään ennen työsuhteen alkamista.

Henkilöstön riittävyyden varmistamisen toimintamallit sisältävät päivittäisen henkilöstötilanteen seurannan, varahenkilöjärjestelmän, sijaisten käytön sekä työvuorojen joustavan uudelleenjärjestelyn. Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan, lisäresursseja hankitaan ja asiakasturvallisuus varmistetaan välittömin toimin. Henkilöstön asianmukainen koulutus varmistetaan, osaaminen ja kielitaito 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.

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. Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus (epäkohta tai epäkohdan uhka ilmoitus, Omavalvontalaki 29§) käydään läpi heidän kanssaan kolmesti vuodessa ja tähän liittyvä kirjallinen ohjeistus löytyy myös työntekijöiden toimiston ilmoitustaululta. Poikkeamailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmään.

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.

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

Riskien arvioinnissa käytetään numeroasteikkoa 1–5 sekä todennäköisyydelle että vaikutukselle. Riskin suuruus = todennäköisyys × vaikutus (asteikko 1–25). Todennäköisyys: 1 = erittäin harvinainen, 2 = harvinainen, 3 = mahdollinen, 4 = todennäköinen, 5 = lähes varma. Vaikutus: 1 = merkityksetön, 2 = vähäinen, 3 = kohtalainen, 4 = merkittävä, 5 = vakava. Riskiluokat: 1–5 matala (vihreä), 6–12 kohtalainen (keltainen), 15–25 korkea (punainen).

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön lääkeluvat eivät ole ajan tasalla	6	Jokainen työntekijä on vastuussa omien lupiensä ajantasaisuudesta. Myös Kodin johtaja seuraa, että luvat uusitaan ajantasaisesti.
Henkilökunta ei saa riittävästi lisäkoulutusta	4	Kodin johtaja seuraa, että jokainen vakituinen työntekijä pääsee hänen kanssaan sovittuihin koulutuksiin.
Vakituisia työntekijöitä ei ole riittävästi (lakisääteinen vähimmäismitoitus ei toteudu)	4	Kodin johtaja seuraa päivittäin, että henkilöstöä on riittävästi mitoituksiin nähden. Mahdolliset rekrytointiprosessit pidetään nopeina ja uusia työntekijöitä palkataan viiveettä.

3.5 YHDENVERTAISUUDEN, OSALLISUUDEN JA ASIAKKAAN ASEMAN JA OIKEUKSIEN VARMISTAMINEN

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen omahoitajansa. Omahoitaja on nimetty asiakkaan hoitosuunnitelmassa ja hänellä on kokonaisvastuu itsemääräämisoikeuden toteutumisen seurannasta ja edistämisestä arjen tilanteissa. Omahoitajan tehtävänä on varmistaa, että asiakkaan yksilölliset toiveet, tarpeet ja päätökset huomioidaan palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa ja että asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskevat ohjeet ovat ajan

tasalla. Hän toimii asiakkaan edun ja osallisuuden varmistajana sekä tukee muuta henkilöstöä tilanteissa, joissa itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää erityistä harkintaa tai ohjausta.

Alueen sosiaaliasiavastaavan ja potilasasiavastaavan yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla ja ohessa:

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat

Helsingin kaupunki:

Jenni Hannukainen, Ninni Purmonen, Taru Salo, Teija Tanska, Katariina Juurioksa ja Anders Häggblom

Yksikön päällikkö: Tove Munkberg

s-posti: sotepe.potilasasiavastaava@hel.fi

Neuvonta: puh 09 310 43355, ma–to klo 9–11

Postiosoite: PL 6060, 00099 Helsingin kaupunki

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue:

Clarissa Kinnunen ja Satu Laaksonen

s-posti: sosiaali-japotilasvastaava@vakehyva.fi

Puh. 09 419 10230

Puhelinajat:

- Maanantaisin ja tiistaisin 12–15
- Keskiviikkoisin ja torstaisin 9–11

Sosiaaliasiavastaava neuvoo asukkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä lakiasioissa, avustaa muistutuksien teossa, tiedottaa asukkaan oikeuksista, toimii asukkaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi sekä seuraa asukkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä.

Heidän tehtävänä on neuvoa, ohjata ja tukea asiakkaita ja potilaita oikeuksiin liittyvissä asioissa. Toiminnasta vastaa se hyvinvointialue, jonka alueella palvelua annetaan.

Muistutukset

Asiakkaalla tai läheisellä on oikeus tehdä muistutus palvelun laadusta tai kohtelusta. Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla ja ohessa:

Valtakunnallinen kuluttajaneuvonta p. 029 553 6901, www.kuluttajaneuvonta.fi

Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, jota ohjaa Kuluttajavirasto. Kuluttajaneuvoja ohjaa, tiedottaa, sovittelee ja seuraa markkinoita. Suoraan asukkaalle myytävien palvelujen osalta sopimukseen ja palveluun liittyvät erimielisyydet käsitellään kuluttajariita-asiana, mistä asukkaalle annetaan tietoa sopimuksen tekemisen yhteydessä, erityisesti palvelusetelipalveluissa, joissa asiakas ja palveluntuottaja ovat sopimuskumppaneita. Muistutusten käsittelystä vastaa Kodin johtaja, joka huolehtii siitä, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti, kirjallisesti ja lain edellyttämässä määräajassa. Muistutus vastaanotetaan kirjallisesti tai sähköisesti ja se kirjataan viipymättä Laatuporttiin.

Kirjauksesta tulee ilmetä muistutuksen sisältö, vastaanottopäivä ja käsittelystä vastaava henkilö. Kodin johtaja selvittää muistutuksen sisällön puolueettomasti kuulemalla tarvittaessa asiakasta, omaisia ja henkilöstöä sekä tarkistamalla dokumentaation ja tapahtumakulun. Selvityksen perusteella Kodin 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.

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. Näin varmistamme, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti ja että toiminta kehittyy jatkuvasti asiakkaiden ja omaisten palautteen perusteella.

Saavutettavuus

Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus varmistetaan tilaratkaisuilla, apuvälineillä, selkeällä viestinnällä ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisella. 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, vaihtoehdoista 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. Meillä asiakkaalle annetaan tieto käytettävissä 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. Kodin johtaja varmistaa, että henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti seuraamalla kirjaamista, toteutusta ja tavoitteiden etenemistä. 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.

Potilasvahinkoilmoitukset tehdään Potilasvakuutuskeskuksen ohjeiden mukaisesti. Henkilöstö tietää, miten ilmoitus tehdään ja kenelle asiasta ilmoitetaan yksikössä.

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

Riskien arvioinnissa käytetään numeroasteikkoa 1–5 sekä todennäköisyydelle että vaikutukselle. Riskin suuruus = todennäköisyys × vaikutus (asteikko 1–25). Todennäköisyys: 1 = erittäin harvinainen, 2 = harvinainen, 3 = mahdollinen, 4 = todennäköinen, 5 = lähes varma. Vaikutus: 1 = merkityksetön, 2 = vähäinen, 3 = kohtalainen, 4 = merkittävä, 5 = vakava. Riskiluokat: 1–5 matala (vihreä), 6–12 kohtalainen (keltainen), 15–25 korkea (punainen).

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakkaiden ja läheisten ääni ei tule kuuluviin riittävästi	6	Kannustetaan ja ohjataan asukkaita vastaamaan säännöllisiin palautekyselyihin sekä tuomaan myös avointa palautetta aina ajan tasaisesti henkilöstölle ja Kodin johtajalle.
Asiakassuunnitelmat eivät ole ajan tasalla	6	Kodin johtaja varmistaa säännöllisesti, että jokainen omahoitaja on tehnyt hänelle kuuluvat tehtävät ja päivittää niitä säännöllisesti.
Asiakas ei tule ymmärretyksi	3	Käytetään tulkki- ja avustuspalveluita tarpeen mukaan.

4. HAVAITTUJEN PUUTTEIDEN JA EPÄKOHTIEN KÄSITTELY SEKÄ TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

4.1 TOIMINNASSA ILMENEVIEN EPÄKOHTIEN JA PUUTTEIDEN KÄSITTELY

Keskeisimmät riskit raportoidaan kolmasti vuodessa osana säännöllistä omavalvontaa. Raportointi tapahtuu sovituissa palaverissa, kirjallisesti sekä tarvittaessa välittömästi, jos riski edellyttää kiireellisiä

toimenpiteitä. Riskit dokumentoidaan ja niistä tiedotetaan palvelunjärjestäjälle avoimesti ja läpinäkyvästi.

Palveluyksikkö 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 vastuuhenkilön tulee ryhtyä välittömästi asian edellyttämiin toimenpiteisiin. Henkilöstöä kannustetaan matalan kynnyksen ilmoittamiseen. Meillä noudatetaan myös muita lakisäätteisiä ilmoitusvelvollisuuksia, kuten tartuntatautilain, potilaslain, sosiaalihoitolain ja työturvallisuuslain mukaisia ilmoituksia. Henkilöstöllä on käytössään selkeät menettelyohjeet, ja ohjeet ovat saatavilla yksikön toimintajärjestelmässä.

Palveluyksikkö tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta perehdytyksen, säännöllisten koulutusten ja sisäisten ohjeiden avulla. Henkilöstölle kerrotaan, mitä ilmoitusvelvollisuus tarkoittaa, miten ilmoitus tehdään ja kenelle se osoitetaan. Ilmoitusvelvollisuuteen liittyviä käytäntöjä käsitellään myös tiimipalavereissa säännöllisesti, vähintään kolme kertaa vuodessa, jotta varmistetaan ohjeiden ajantasaisuus ja henkilöstön osaaminen.

Omaavonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan välittömästi tilanteen edellyttämällä tavalla. Korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan nopeasti, ja niiden vaikutuksia seurataan. Tarvittaessa ohjeet, prosessit tai henkilöstön toimintatavat päivitetään.

Vaara- ja haittatapahtumien sekä epäkohtien ja poikkeamien ilmoitusmenettelyt ovat selkeät ja kaikkien tiedossa. Henkilöstö tekee ilmoitukset Laatuporttiin. Myös asiakkaalla ja läheisellä on mahdollisuus tehdä vaara- ja haittatapahtumailmoituksia yrityksen nettisivujen (<https://yhhoiva.fi/tietoa-meista/omavalvonta/>) tai yksikön ilmoitustaululla olevan QR-koodin kautta.

Epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien käsittely perustuu järjestelmälliseen prosessiin. Tapahtuma selvitetään, juurisyöt tunnistetaan ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan. Tapahtumat käsitellään tiimipalavereissa ja omavalvonnassa ja niistä opitaan kehittämällä toimintaa, ohjeita ja henkilöstön osaamista. Tavoitteena on ehkäistä vastaavat tilanteet jatkossa ja vahvistaa asiakasturvallisuutta.

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. Kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan, henkilöstö ilmoittaa siitä välittömästi Kodin johtajalle. Ensisijaisena tavoitteena on turvata asiakkaan tai potilaan tilanne ja estää lisähaitat. Tapahtuma kirjataan viipymättä ja siitä tiedotetaan tarvittaessa palvelunjärjestäjälle sekä valvontaviranomaiselle.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi on järjestelmällinen ja perustuu juurisyiden selvittämiseen. Prosessi ja ohjeet löytyvät yrityksen sisäisestä tietojärjestelmästä 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 varmistamme, 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, juurisyöt 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 muutamme toimintatapoja, vahvistamme ohjeistusta tai lisäämme henkilöstön osaamista.

Kodin johtaja varmistaa, että 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.

4.4 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN MÄÄRITTELY JA TOIMEENPANO

Toiminnan kehittäminen perustuu siihen, että jokaisesta poikkeamasta opitaan. Siksi poikkeamien syyt ja taustatekijät selvitetään aina huolellisesti ja niiden pohjalta tehdään konkreettisia parannuksia toimintaan. Jokainen poikkeama analysoidaan juurisyiden tunnistamiseksi hyödyntämällä henkilöstön havaintoja, dokumentaatiota, tapahtumakuvauksia ja tarvittaessa asiantuntija-arvioita. Selvityksessä huomioidaan sekä yksittäiset tekijät että laajemmat rakenteelliset ja toiminnalliset taustatekijät.

Poikkeamien perusteella ryhdytään tarvittaviin kehittämistoimenpiteisiin. Toimenpiteet voivat sisältää ohjeiden päivittämistä, prosessien muuttamista, henkilöstön lisäkoulutusta, työvälineiden tai toimintaympäristön parantamista sekä riskienhallinnan vahvistamista. Kehittämistoimet suunnitellaan niin, että ne vastaavat havaittuihin puutteisiin ja ehkäisevät vastaavien tilanteiden toistumisen.

Kehittämistoimenpiteet parantavat toiminnan laatua ja turvallisuutta, koska ne perustuvat juurisyiden analyysiin ja kohdistuvat suoraan havaittuihin ongelmakohtiin. Toimenpiteet lisäävät ennakoivuutta, selkeyttävät toimintatapoja ja vahvistavat henkilöstön osaamista, mikä vähentää riskejä ja parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Kaikki kehittämistoimet kirjataan yksikön omavalvontasuunnitelmaan, riskienhallinnan seurantadokumentteihin tai erilliseen kehittämissuunnitelmaan. Kirjaukset sisältävät toimenpiteen kuvauksen, tavoitteet, vastuuhenkilön ja aikataulun. Meillä on selkeä vastuunjako kehittämistoimenpiteiden toteuttamisessa. Kodin johtaja vastaa kokonaisuuden koordinoinnista, mutta yksittäisille toimenpiteille nimetään aina vastuuhenkilö, joka huolehtii niiden käytännön toteutuksesta. Aikataulu määritellään toimenpiteen kiireellisyyden ja vaikutusten perusteella, ja edistymistä seurataan säännöllisesti tiimipalaverissa ja omavalvonnassa.

Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta on kuvattu Taulukossa 6.

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Kirjaamisen laadun kehittäminen	Vuosi 2026	Tuula Immonen	DomaCaren kirjaukset
Kanta-siirtymään liittyvät toimenpiteet	Syky 2026	Tuula Immonen	Valtakunnalliset ohjeistukset

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN SEURANTA

Vuosittaisia laatutavoitteita seurataan valtakunnallisesti. Laatutavoitteiden tarkoituksena on varmistaa, että palvelumme toteutuvat 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. Palveluissa korostuu asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen kohtaaminen.

Vuoden 2026 kolme seurattavaa laatutavoitetta ovat:

1. **Palveluissa korostuu asiakaslähtöisyys ja yksilöllinen kohtaaminen.** Tavoitteena on varmistaa, että jokainen 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 ja varmistaa, että palvelun laatu ei vaihtele tilanteesta tai työntekijästä riippuen.
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.

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 esihenkilö-työntekijä keskustelujen kautta ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti. Henkilöstömitoituksen tulee olla luvan mukainen, ja mahdolliset poikkeamat ilmoitetaan palvelujohtajalle. Osaamisen varmistamiseksi henkilöstön 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

Palveluyksikössä laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan säännöllisesti Kodin johdolle ja tiimille. Lain edellyttämällä tavalla laadun ja riskienhallinnan toteutumisesta laaditaan 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 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 vuosittaista 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

Omaevalvontasuunnitelman 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.

Omaevalvonnan seurannasta laaditaan selkeä ja ajantasainen selvitys, joka sisältää keskeiset havainnot, tehdyt toimenpiteet ja mahdolliset kehittämistarpeet. Selvitys päivitetään ja julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein, kuten lainsäädäntö edellyttää. Julkaiseminen tapahtuu yksikön omaevalvontamateriaalissa ja henkilöstölle näkyvissä kanavissa, jotta kaikki osapuolet ovat tietoisia muutoksista ja kehittämistoimista. **Näin varmistamme, että omaevalvonta ei ole vain asiakirja, vaan aktiivinen osa arjen toimintaa ja jatkuvaa laadun parantamista.**

5.3.1. 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: tammikuu-huhtikuu 2026 **Arvioinnin laatija:** Tuula Immonen **Päiväys:** 12.5.2026

POIKKEAMAT, LÄHELTÄ PITI -TILANTEET JA ASIAKASPALAUTE

Jakson aikana kirjattiin 30 poikkeamaa Laatuporttiin, joista kaksi oli läheltä piti -tilanteita. Yleisin poikkeamatyyppi oli työturvallisuuteen liittyvä tilanne, jossa asukas on ollut hyvin haastava hoitohenkilöstöä tai toisia asukkaita kohtaan (vaeltavat asukkaat, jotka menevät toisten asukkaiden huoneisiin). Lisäksi poikkeamailmoituksia on tehty lääkehoidosta ja yhdestä palohälytyksestä palvelutalon puolella.

Jakson aikana tuli myös yksi asiakaspalaute Laatuportin kautta, jotka liittyivät siivouspalveluihin.

Toimenpiteet: Poikkeamailmoitukset on käyty henkilöstön kanssa läpi. Pääosin asiat ovat henkilöstölle tuttuja, mutta ohjeistuksia tulee kerrata säännöllisesti. Asukkaisiin liittyviä haasteita on viety myös hyvinvointialueen tietoon ja toimenpiteitä on tehty yhdessä heidän kanssaan.

HENKILÖSTÖRESURSSIT JA PEREHDYTYS

Henkilöstömäärä on ollut lakisääteisen mitoituksen (0,6) mukainen. Kuitenkin on todettava, että ryhmäkodin asukkaiden hoitoisuus on ollut jakson aikana todella suurta ja yli puolet asukkaista on tarvinnut kahden hoitajan avut lähes kaikkiin päivittäisiin toimiinsa.

Yksikön vakituinen henkilöstö on sitoutunutta ja yksikön palkkalistoilla on myös pitkään talossa työskennelleitä sijaisia, jotka tuntevat yksikön toiminnan hyvin. Jakson aikana yksikköön on perehdytetty kolme uutta sijaista, joiden lääkelupaprosessit on käynnistetty heti työskentelyn alettua. Perehdyttämiseen on ollut riittävästi aikaa ja resursseja.

HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA KOULUTUS

Henkilöstön osaaminen on pienen vaihtuvuuden vuoksi hyvällä tasolla ja kaikilla vakituisilla työntekijöillä sekä pidempään työskennelleillä sijaisilla on lääkeluvat voimassa. Laitepassia on alettu rakentamaan jakson aikana ja se on vielä kesken. Lähes jokaiselta vakituiselta työntekijältä löytyy myös EA-koulutus. Turvallisuuskävelyitä pidetään säännöllisesti ja työntekijöiden karttakeskustelut on aloitettu.

AIEMPIEN EPÄKOHTIEN KORJAAMINEN JA KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN SEURANTA

Edellisen osavuosisikatsauksen kehittämistoimet ovat olleet:

- läheisyhteistyön kehittäminen
- tyytyväisyyskyselyiden vastausprosentin parantaminen
- laitepassin valmistuminen
- poikkeamailmoitusten ajantasainen käsittely ja lääkepoikkeamien väheneminen
- palvelutalon asukkaiden osallistaminen yhteisen toiminnan suunnitteluun
- ryhmäkodin asukkaiden osallisuuden lisääminen ja sen näkyminen kirjauksissa

Läheisyhteistyötä on parannettu mm. Kodin johtaja kuukausikirjeillä, jossa kerrotaan talon tapahtumista ja asukkaiden kuulumisista. Myös hoitajat ovat yhteydessä vastuusiakkaidensa läheisiin säännöllisesti. Tyytyväisyyskyselyiden vastausprosenttia ei pystytty nostamaan. Omaisten ja työntekijöiden osalta vastausprosentti laski hieman, mutta asukkaiden vastausmäärä pysyi samana. Myöskään laitepassin rakentaminen ei ole alkuvuoden aikana toteutunut ja poikkeamailmoitusten käsittelyssä on ollut viivettä. Nämä korjataan seuraavan arviointijakson aikana.

Palvelutalon asukkaat ovat olleet aktiivisia ja kokoontuneet viikoittain talon kerhohuoneeseen yhteisen toiminnan ääreen. Talon puolelta heille on järjestetty tuolijumppaa ja esim. bingoa. Talossa on ollut myös useampi esiintyjä alkuvuoden aikana. Ryhmäkotiin on hankittu Hilda-sisältöpalvelu asukkaiden viriketoimintaa lisäämään. Ryhmäkodin asukkaiden korkea hoitoisuus on haastanut osallisuuden lisäämistä.

RISKIEN ARVIOINTI

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Kyllä	Kyllä	Ei muutoksia
T2: Palvelujen jatkuvuus	Kyllä	Kyllä	Ei muutoksia
T3: Turvallisuus ja laatu	Kyllä	Kyllä	Ei muutoksia
T4: Henkilöstö	Kyllä	Kyllä	Kanta-siirtymään liittyvät asiat
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Kyllä	Kyllä	Ei muutoksia

UUDET KEHITTÄMISTARPEET SEURAAVALLE OSAVUODELLE

Seuraavan osavuoden tärkein tehtävä ovat syksyllä 2026 tulevaan Kanta-siirtymään valmistautuminen. Tässä yhteydessä otetaan käyttöön myös asukastietojärjestelmän DomaCaren uusi versio. Nämä edellyttävät henkilöstön kouluttamista. Seuraavan osavuoden aikana on myös varmistettava, että laitepassit saadaan tehtyä kokonaan valmiiksi.

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Osavuosi on mennyt pääosin suunnitellusti. Yksikössä on hyvä ja pysyvä henkilöstö, joka varmistaa sen, että asukkaiden perushoidosta huolehditaan, eikä isoja puutteita laadussa tai turvallisuudessa pääse syntymään. Sekä ryhmäkotiin että palvelutaloon on tullut alkuvuonna uusia asukkaita, joiden kotiutuminen taloon on sujunut hyvin. Lisäksi palvelutalon asukkaiden palveluntarpeita on arvioitu uudelleen ja sitä kautta saatu lisää asiakkaita kotihoidon puolelle. Henkilöstöresursoinnin puolella on tehty jonkin verran muutoksia työvuoroihin, jotta työtä on saatu ajoitettua oikeisiin kohtiin päivää.

Päivitetty 5.6.2026

Tuula Immonen

Tuula Immonen, Kodin johtaja