

OMAVALVONTASUUNNITELMA

KARPINMÄEN PALVELUTALO

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	3
1.4 Päiväys	5
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	10
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	20
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	22
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	26
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	26
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	28
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	29
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	30
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	32
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	32
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	33
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	33
6. Edellisen Osavuoden arviointi	35
Liitteet	39

JOHDANTO

Omavalvontasuunnitelma toimii palveluyksikön 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.

Johdanto-osioon kuvataan suunnitelman merkitys, suhde organisaation laatujärjestelmään ja sen rooli päivittäisen työn ohjaajana.

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 PALVELUNTUOTTAJAN PERUSTIEDOT

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Palvelukodit oy

Y-tunnus: 3504419-3

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4 00100 Helsinki

OID Koodi: 1.2.246.10.35044193.10.0

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Karpinmäen palvelutalo

Yhteystiedot: Kansankatu 8 37830 Akaa

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualueen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Kodin johtaja Jenni Aaltonen puh 040 3576714

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

Karpinmäen palvelutalossa tuotettavat palvelut:

- läkkäiden kotihoito
- läkkäiden kotona asumisen tuen palvelut
- läkkäiden yhteisöllinen asuminen
- Mielenterveyskuntoutujien yhteisöllinen asuminen
- Päihdekuntoutujien yhteisöllinen asuminen

- Vammaisten henkilöiden yhteisöllinen asuminen
- Muiden kuin lapsiperheiden ja iäkkäiden kotihoito
- Tukipalvelut
- Muiden kuin lapsiperheiden ja iäkkäiden kotisairaanhoido
- Iäkkäiden kotisairaanhoido

Palvelut tuotetaan Pirkanmaan Hyvinvointialueen alueella niin Pirkanmaan hyvinvointialueelle kuin myös Varsinais-Suomen Hyvinvointialueelle. Palvelut tuotetaan paikan päällä. Karpinmäen palvelutalossa on 24 asuntoa joista 12 asuntoa on ryhmäkotimuotoisia yhden hengen asuntoja ja 12 ovat tupakeittiöllisiä kahden hengen asuntoja.

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat: siivouspalvelut Lassila & Tikanoja, ateriapalvelut Feelia Oy, kiinteistöhuolto Kotikatu, turvaphelinpäivystys/yöhoiva Addsecure Yrjö ja Hanna Hoiva vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

Karpinmäen palvelutalon toiminta-ajatus perustuu Yrjö ja Hanna Hoivan toiminnan tarkoitukseen ja perustehtävään. Karpinmäen palvelutalon toiminta-ajatus on tuottaa asumis-, tuki- ja hoivapalveluita yhteisöllisen asumisen muodossa ikäihmiselle, vammaisille sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujille. Tarjoamme asukkaille turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin. Asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea ja seuraa yksilöllisesti. Tavoitteenamme on asukkaan mahdollisimman itsenäinen ja mielekäs elämä turvallisessa yhteisössä.

Karpinmäen palvelutalossa on asukkaan elämän loppuvaiheessa mahdollisuus halutessaan myös saattohoitoon. Saattohoito järjestetään aina yksilöllisen tarpeen mukaan ja yhteistyössä Pirkanmaan hyvinvointialueen kanssa. Laskimonsisäisestä lääkehoidosta ja vaativasta kipulääkityksestä (esim. kipupumput) vastaa kotisairaala/muu terveydenhuollon yksikkö. Jokainen hoitaja on suorittanut THL:n saattohoitopassin.

Yrjö ja Hanna Hoivan toiminnan perustana oleva ihmiskäsitys korostaa kunkin yksilön ainutlaatuisuutta, tarvetta toteuttaa itseään ja tulla kohdelluksi oman elämänsä asiantuntijana. Toiminnan tavoitteena on edistää yksilöllisesti asiakkaiden hyvinvointia, laadukkaiden palveluiden avulla.

Hyvän palvelun tuottamista ohjaavat Yrjö ja Hanna Hoivan arvot: Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus. Karpinmäen palvelutalon arvot tarkoittavat päivittäisessä toiminnassa seuraavaa:

Eettisyys; toimimme avoimesti ja rehellisesti ihmisarvoa kunnioittaen ja säädöksiä noudattaen.

Kohtaaminen; kuuntelemme asiakkaita heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Arvostamme yhteistyökumppaneita ja työtovereita sekä huolehdimme työyhteisömme hyvin voinnista. Kohtaamme ihmisen omana itsenään.

Jatkuvuus; toimimme taloudellisesti vakaasti turvaten asukkaille pysyvät kodit ja osaavalle henkilöstölle pitkäaikaiset työpaikat.

Karpinmäen palvelutalossa on sovittu keskeisistä toimintaperiaatteista, joiden mukaisesti päivittäistä asiakastyötä toteutetaan. Toiminnan periaatteet ovat;

- 1) Avoimuus ja luottamus; avoin ja keskusteleva työyhteisö
- 2) Ammatillisuus ja asiantuntijuus; jokainen työntekijä tietää tehtävänsä ja kehittää tarvittaessa omaa osaamistaan
- 3) Aukkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen; aukkaan tasavertainen kohtaaminen ja huomiointi kaikissa tilanteissa

1.4 PÄIVÄYS

7.5.2026

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

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

Palveluyksikön omaavonnan 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 vastuhenkilö 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. Vastuhenkilö 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. Esihenkilö 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, läheisten 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. Esihenkilö 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 organisaation 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 palveluun ja hoitoon varmistetaan ilmoittamalla palveluyksikön vapaat paikat mahdollisimman nopeasti yhteistyötahoille. Pirkanmaan hyvinvointialueella on palveluiden järjestämisvastuu.

Hyvinvointialueen asumispalveluista vastaava henkilö tai työryhmä arvioi asukkaan asumisen tarpeen ja tekee päätöksen asukkaaksi ohjauksesta. Asumispalveluista vastaava henkilö tiedottaa alustavasta palveluntarpeesta ja palvelu- ja hoitosuunnitelmasta. Noin kuukauden kuluessa asukkaan saapumisesta tehdään iäkkäille yhteisöllisille henkilöille iRAI HC Raisoftissa, MMSE sekä GDS-15, mielenterveys/päihdekuntoutujille iRAI HC Raisoftissa ja vammaispalvelun asukkaille RAI HC. RAI:t ovat asukkaan toimintakykyyn ja palveluntarpeen arvioon käytettäviä mittareita, MMSE muistitesti ja GDS-15 myöhäisiän masennusseula. Edelle mainittujen mittareiden, henkilökunnan arvion, omaisen ja asukkaan toiveiden ja tarpeiden pohjalta tarvittaessa päivitetään palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmasta käy ilmi tarvittavat kotikäynnit sekä niiden sisältö sekä tukipalvelut.

Karpinmäkeen saattaa hakea myös itsemaksavia asukkaita. Itsemaksavien asukkaiden osalta asumisen ja palveluiden tarpeen kartoituksesta vastaa Kodin johtaja. Asukkaan muuttaessa, hänelle tehdään asiakkuussuunnitelma. Suunnitelmassa sovitaan palveluista alustavasti ja tehdään ensimmäinen versio hoito- ja palvelusuunnitelmasta.

Palveluyksikkö 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. Palveluyksikön kodin johtaja 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.

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Huonokuntoinen asukas ei pääse tarkoituksen mukaiseen hoitopaikkaan	8	Ajantasainen RAI-arvio sekä laadukas kirjaaminen, yhteistyö asiakasohjaajan kanssa
Terveyspalveluihin pääsy kankeaa	10	Aktiivista ja asiantuntevaa yhteydenpitoa terveyspalveluihin

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 tiedonvaihdoilla. Asiakkaan palvelukokonaisuutta tuetaan monialaisella yhteistyöllä. 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 sijaisjärjestelyihin, 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.

Valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava henkilö: Kodin johtaja

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 vakituisilla sijaisilla ja tarvittaessa työvuorojen uudelleenorganisoinnilla ja henkilöstön keskinäisellä joustolla.

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.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: $\text{suuruus} = \text{todennäköisyys} \times \text{vaikutus}$	Enkäisy- ja hallintatoimet
Eri tietojärjestelmät jolloin asukkaan terveystiedot eivät välttämättä välity yksikköön.	9	Tiedonkulun varmistaminen soittamalla terveystietoihin ja kirjaamalla hyvin. Kantaan siirtyminen tulee helpottamaan jatkossa tiedon kulkua.
Pegasos/Omni tietojärjestelmän tunnuksien haastava saaminen	15	Tunnuksia haetaan ajoissa, kun tiedetään että on tarve. Mutta akuutissa tarpeessa tunnuksia ei saa nopeasti koska ne pitää hakea hyvinvointialueelta.
Työvuoroissa suunnitellusti pieni miehitys koska pieni yksikkö. Puutosvuorot pitää aina paikana.	2	Joustava henkilökunta sekä pitkäaikaiset luotettavat sijaiset

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 ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein, sekä vuosittain tarkistettava itsemääräämissuunnitelma. Hoitosuunnitelmista valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa. Näin varmistetaan, että hoito on tavoitteellista ja suunnitelmallista.

Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin. Asukkaiden arjen aktivointi varmistetaan päivittäisillä kirjauksilla ulkoiluista ja aktiviteeteista. Läheisyhteistyö toteutuu säännöllisesti kuukausittaisilla yhteydenotoilla ja tiedotteilla.

Henkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi ovat keskeinen osa laadunhallintaa. Jokaiselle työntekijälle pidetään vuosittainen arviointikeskustelu, ja jokaisella on vuosittainen koulutustavoite. Omahoitajuuden toteutumista seurataan tehtyjen kirjausten kautta.

Laadunhallinnan työkaluihin kuuluvat päivittäinen kirjaaminen, mittariseuranta, poikkeamien käsittely, auditoinnit, riskienarvioinnit sekä säännölliset tiimipalaverit. Henkilöstömitoitus varmistetaan luvan mukaiseksi, ja poikkeamat kirjataan. Osaamisen varmistamiseksi laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

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

Palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta vastaa yksikön esihenkilö yhdessä palveluyksikön vastuuhenkilön kanssa. 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. Esihenkilö vastaa riskien tunnistamisesta, arvioinnista ja tarvittavien toimenpiteiden toteuttamisesta, ja vastuuhenkilö varmistaa, että riskienhallinta täyttää lainsäädännön ja organisaation vaatimukset.

Asiakasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti selkeillä toimintatavoilla, kuten asiakkaan tunnistamisella, hoitosuunnitelmien ja RAI-arvioiden säännöllisellä päivityksellä, lääkehoidon

tarkistusmenettelyillä ja päivittäisillä kirjauksilla. Yksikössä käytetään 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.

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 tehtyt tarkastukset sekä viranomaisten myöntämät hyväksynnit ja luvat säilytetään yksikön viranomaiskansiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehtyt 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 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.

Palveluyksikössä ei käytetä välineitä, jotka ovat epäasianmukaisia, soveltumattomia tai turvallisuusriskin muodostavia. Välineiden kunto tarkistetaan säännöllisesti, ja huolto toteutetaan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Vialliset tai epävarmat välineet poistetaan käytöstä välittömästi. Laitteiden käytön vaatima laitepassikoulutus varmistetaan perehdytyksellä, osaamisen arvioinnilla ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Karpinmäen jokainen hoitaja on käynyt laitekoulutukset jotka on merkattu laitepassiin, koulutukset on kirjattu mepcoon ja alkuperäiset laitepassit säilytetään toimistossa laitepassikansiossa.

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. Kemikaalien riskilista ja käyttöohjeet löytyvät siivoussuunnitelman kanssa samasta kansioista henkilökunnan toimistosta.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

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

Organisaatiolla on nimetty valtakunnallinen tietosuojavastaava. Tietosuojavastaava vastaa tietosuojan toteutumisen seurannasta, henkilöstön ohjauksesta ja rekisteröityjen oikeuksien toteutumisen varmistamisesta. Tietosuojavastaavan yhteystiedot: Kati Haapaniemi / tietoturva@yhhoiva.fi]

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. Henkilökunta on käynyt THL:n sosiaalihuollon peruskurssin (eOppiva.fi).

Palveluyksikössä asuvilla asiakkailla on oikeus tarkastaa omat asiakastietonsa ja pyytää näihin tarvittaessa korjausta. Tällöin hän toimittaa tarkastuspyynnön Pirkanmaan Hyvinvointialueen kirjaamoon, jossa se käsitellään prosessin mukaisesti. Jos asiakas havaitsee omissa tiedoissaan virheitä, hänellä on oikeus pyytää niiden korjaamista.

Asiakastiedot kirjataan palveluyksikön käytössä olevaan sähköiseen järjestelmään Domacareen/PegasosOmniin. Tietojen arkistointi toteutetaan Pirkanmaan 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 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 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.

Kameravalvontaa käytetään vain lain sallimissa tilanteissa. Karpinmäen palvelutalossa on kameravalvonta lääkehuoneessa. Kameravalvonnasta on olemassa tietosuojaseloste joka löytyy henkilökunnan toimiston omavalvontakansiosta.

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 pyritään huomioimaan arvioimalla teknologian soveltuvuus jokaiselle asiakkaalle erikseen. Teknologian käyttö ei saa vaarantaa yksityisyyden suojaa tai itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalle annetaan henkilökohtainen käyttöopastus.

Asiakasta informoidaan selkeästi siitä, mitä tietoja teknologian avulla kerätään, mihin niitä käytetään ja kenelle niitä voidaan luovuttaa. Informoidaan asiakasta teknologian käytöstä.

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 yksikössä noudatetaan Pirkanmaan hyvinvointialueen hygieniakäytäntöjä. Yksikköön on nimetty oma hygieniayhdyshenkilö joka osallistuu koulutuksiin, toimii yhteyshenkilönä Pirkan alueellisten hygieniahoitajien kanssa.

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. Yksikössä on erillinen hygieniasuunnitelma joka löytyy sähköisessä että kirjallisessa muodossa. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Hygieniiahjeiden 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 yksikön 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 lääkehoidosta vastaava henkilö, joka seuraa läkehoidon toteutumista, ohjaa henkilöstöä ja valvoo, että toiminta on suunnitelman mukaista.

Lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisillä auditoinneilla, kirjaamisen tarkastuksilla, läkehoidon poikkeamien käsittelyllä sekä henkilöstön osaamisen arvioinnilla. Havainnot käsitellään tiimissä ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan viivytyksettä. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu, miten henkilöstön läkehoidon 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. Hän myös vastaa laitteiden käytön valvonnasta, kunnon seurannasta ja huoltojen koordinoinnista. Hänen nimensä, tehtävänimikkeensä ja yhteystietonsa on kirjattu suunnitelmaan, ja hän vastaa lääkinnällisten laitteiden käytön kokonaisvaltaisesta turvallisuudesta.

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 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.

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 julkaisu 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
Kaikki asukkaat eivät suostu käyttämään turvaranneketta tai	12	Perustellaan turvarannekkeen tärkeyttä asukkaille.
HVA ei myönnä turvapalvelua asukkaalle	6	Tarvittaessa pyydetään asukkaalle turvapalvelu jos koetaan se tarpeelliseksi
Henkilöstömitoitus lasketaan vain suunnitelluilla kotikäynneillä jolloin jää huomioimatta ylimääräiset päivittäin tulevat turvahälytyskäynnit, hoidon laatu kärsii kiireen vuoksi	10	Mitoitukseen huomioitaisi päivittäin tulevat turvahälytyskäynnit jotta henkilökuntaa on tarpeeksi käyntejä toteuttamassa eikä turvallisuus ja laatu vaarannu
Hälytysjärjestelmän toiminta on ajoittain epävaka	6	Testataan hälytysjärjestelmät säännöllisesti ja tarvittaessa jos huomataan toiminnassa häiriöitä
Yksikössä kesällä erittäin kuuma ja talvella kylmä. Asukkaita joutunut kuumuuden vuoksi sairaalahoitoon kesäaikaan.	9	Ilmalämpöpumput yleisiin tiloihin viilentämään kesällä ja lämmittämään talvella

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. Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan tarkistamalla Valviran Terhikki- ja Suosikki-rekisterit ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana. Rikosrekisteri pyydetään näyttämään lasten kanssa työskenteleviltä lain 504/2002 mukaisesti ja iäkkäiden ja vammaisten kanssa työskenteleviltä valvontalain 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään ennen työsuhteen alkamista.

Kodin johtaja varmistaa riittävän henkilöstön seuraamalla asiakasmäärää, palvelutarvetta ja henkilöstöresursseja. Sairauslomiin järjestetään ensisijaisesti sijainen tai tarvittaessa työvuoroja järjestellään uudelleen.

Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan 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. Osaamisen varmistamiseksi arvioinnit tehdään kolme kertaa vuodessa, ja laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa. Henkilöstön osaamista ja työhyvinvointia tuetaan vuosittaisilla arviointikeskusteluilla ja koulutuksilla.

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 riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Yhteisöllisen asumisen haasteena suunnittelemattomat hälytyskäynnit joita ei ole huomioitu mitoituksessa	10	Ajanvarauskirjaan kirjattujen käyntien seuranta ja tarvittaessa niiden perusteella mitoituksen nosto
Loma-aikojen sijaisten saatavuus	4	Lomat suunnitellaan ajoissa jotta ehditään rekrytoimaan sijaisia
Kotikäynteihin ei suunnitella pyykinhuoltoa, arviointien tekoa, asioiden hoitoa. Silloin niitä ei huomioida myöskään mitoituksessa	9	Vaikea hallita kun hyvinvointialue määrittelee kotikäynnit. Ajanvarauskirjasta pystyy seuraamaan paljonko aikaa ns.ylimääräisiin käynteihin menee ja lisäämään sen mitoitusarpeeseen

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, sekä 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:

Sosiaaliasiavastaava puh. 040 5045249 MA-TO KLO 9–11. Sähköpostiosoite:
sosiaaliasiavastaava@pirha.fi

Potilasasiavastaava puh 040 1909346 MA-TO klo 9-11 sähköpostiosoite: potilasasiavastaava@pirha.fi

Potilas- ja sosiaalivastaavan tehtävänä on neuvoa asiakkaita sosiaalihuoltoon ja asiakkaan oikeuksiin liittyvissä asioissa. Potilas- ja sosiaalivastaava palvelee sekä julkisen että yksityisen sosiaalihuollon asiakkaita. Myös asiakkaiden läheiset voivat olla yhteydessä potilas- ja sosiaalivastaavaan.

Yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla.

Muistutukset ja kantelut

Mikä on muistutus? Jos potilas on tyytymätön hoitoonsa tai kohteluunsa hoitosuhteen aikana, hän voi tehdä asiasta muistutuksen.

Mikä on kantelu? Kantelu on valvontaviranomaiselle, kuten aluehallintovirastolle, tehty ilmoitus epäilystä virheellisestä menettelystä tai laiminlyönnistä.

Hoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymätön asukas tai hänen läheisensä voi tehdä asiasta kirjallisen muistutuksen Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaisesti. Ennen muistutuksen tekemistä asukasta kannustetaan selvittämään asia asukasta hoitaneiden henkilöiden kanssa. Usein asiat ratkeavat keskustelun avulla, eikä muita toimenpiteitä tarvita. Mikäli kuitenkin asukas haluaa tehdä muistutuksen, muistutuslomake löytyy Pirkanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta. Halutessaan asukas saa apua muistutuksen tekemiseen kodin johtajalta tai sosiaaliasiavastaavalta. Muistute lähetetään Pirkanmaan hyvinvointialueen kirjaamoon, Pirkanmaan hyvinvointialue, Kirjaamo, PL 272, 33101 Tampere, sähköposti kirjaamo@pirha.fi. Jos asukas/omainen ei ole tyytyväinen saamaansa vastaukseen, voi hän tehdä kantelun aluehallintovirastolle.

Jos asukas tai läheinen tekee muistutuksen suoraan yksikköön, lähetetään se Pirhan kirjaamoon ennen vastauksen antamista. Ikäihmisten palvelut antavat muistutuksesta vastauksen muistutuksen antajalle,

yhteistyössä yksikön kodin johtajan kanssa. Muistutuksista ja kanteluista tiedotetaan yksikön palvelujohtajaa. Muistutukseen tai kanteluun liittyvän selvityksen tekee ensisijaisesti Karpinmäen kodin johtaja Jenni Aaltonen ja toimittaa sen palvelujohtajalle. Muistutus vastaanotetaan kirjallisesti tai sähköisesti, ja se kirjataan Laatuporttiin.

Palvelujohtaja laatii yhdessä kodin johtajan kanssa kirjallisen vastauksen muistutukseen/kanteluun mahdollisesti tarvittavine korjaustoimenpidesuunnitelmineen, joka toimitetaan muistutuksen/kantelun tekijälle viipymättä, kuitenkin viimeistään 4 viikon kuluessa muistutuksesta jättämisestä. Muistutuksista, kanteluista ja niihin liittyvistä vastineista toimitetaan aina kopio palvelun järjestäjälle ja palveluyksikön hyvinvointialueelle.

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

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

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. 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 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. 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.

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
HVA:n sopimukset erilaisia. Toisen asiakasryhmän asiakkaat saavat saman palvelun halvemmalla kuin toisen	5	Ei pysty ehkäisemään, HVA määrittelee sopimukset
Asiakkaat eivät juurikaan pysty itse vaikuttamaan kuinka paljon kotikäyntejä saavat	8	Käyntien tarpeen seurannalla pystyy hakemaan kotikäyntiaikaa lisää (lisää myös asiakkaan hoitomaksuja)
Laatuporttiin ei tehdä ilmoituksia tarpeeksi laajasti	6	Lisää koulutusta ja kannustusta laatuportin käyttöön

4. HAVAITTUIEN 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 palavereissa, 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.

Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuden toimenpideprosessi

[illegible]

27

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.

Epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien käsittely perustuu järjestelmälliseen prosessiin. Tapahtuma selvitetään, juurisyitä 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. 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 juurisyiden 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, juurisyyt 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.

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, juurisyyt 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
Domacare 2 käyttöönotto	Kevät 2026	Resurssipäälli kkö, Kodin johtaja	Doma- caren
Vuorox käyttöönotto	Helmikuu 2026	Kodin johtaja	Vuorox
Sairaanhoitaja resurssin lisäys	Vuoden alku 2026	Kodin johtajat Karpinmäki sekä Kurkelanhovi	Ajanvaraus kirja
Laitepassien käyttöönotto	Vuoden alku 2026	Kodin johtaja	Laitepassit
Kantakirjaukseen siirtyminen	Kevät 2026	Resurssipäälli kkö ja kodin johtaja, HVA, IT-tuki	Domacare /Omni
Ajanvarauskirjan aktiivinen käyttöönotto	Tammikuu 2026	Kodin johtaja	Ajanvaraus kirjan raportit

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN SEURANTA

Vuosittaisia laatutavoitteita seurataan valtakunnallisesti. Laatutavoitteiden tarkoituksena on varmistaa, että palvelut 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.

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 vaihtelee 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 lähetettävällä läheiskirjeellä. Henkilöstön osaamista ja työhyvinvointia tuetaan vuosittaisilla arviointikeskusteluilla ja koulutuksilla.

5.2 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN RAPORTOINTI

Palveluyksikössä 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 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 riittävyyttä. 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: 1.1.2026-30.4.2026

Arvioinnin laatija: Johtaja Jenni Aaltonen

Päiväys: 5.5.2026

POIKKEAMAT, LÄHELTÄ PITI -TILANTEET JA ASIAKASPALAUTE

Jakson aikana laatuporttiin kirjattiin muutama kymmenen asiakasturvallisuuteen liittyvä poikkeama sekä läheltä piti poikkeamia. Yleisimpiä poikkeamia olivat asukkaan lääketabletin löytyminen asunnon lattialta tai ruokailutilojen lattialta sekä asukkaan kaatumisia. Myös työturvallisuuteen liittyviä poikkeamia kirjattiin muutama. Työturvallisuusilmoitukset tehtiin asukkaan avustamistilanteista.

Positiivisia havaintoja tuli jakson aikana yksi, kotisairaalaista hyvistä yhteistyöstä.

Asiakaspalautteita tuli jakson aikana muutama, ruokalista sai kiitosta, tuolijumppaa kehuttiin ja siivouksen tasoa moitittiin. Kehittämisehdotuksia ei jakson aikana laatuporttiin tullut.

Toimenpiteet: henkilökunnan kanssa käsiteltiin kaikki laatuportin ilmoitukset tiimipalavereissa ja tarvittaessa muutettiin toimintaa, jotta vältetään samoilta poikkeamilta jatkossa. Tiimipalavereissa muistutettiin lääkkeenoton valvomisesta loppuun asti eli kun asukas on lääkkeitä nielaissut. Olemme pyrkineet selvittämään mistä kaatumiset ovat johtuneet, esimerkiksi onko ollut kyse infektiosta, joka vaikuttanut asukkaan tasapainoon. Lisäksi yleiset tilat pidetään esteettöminä kompastumisriskin vuoksi. Asukkaiden kaatumiset ovat sattuneet pääasiassa heidän omassa kodissaan eikä muistisairaantuneet asukkaat ole aina osanneet kertoa ovatko kompastuneet tai onko kaatuminen johtunut esimerkiksi huimaamisesta. Asukkaiden ja omaisten kanssa keskustellaan aina asunnon turvallisuudesta ja kaatumisriskistä mm. kompastumisesta maton reunan.

Asukkaalle, jonka siirroissa vaarantuu sekä asukkaan turvallisuus että henkilökunnan turvallisuus koska apuvälinettä ei mahdu käyttämään, on yritetty saada uutta tiloiltaan asianmukaista hoitopaikkaa. Meistä riippumattomista syistä asukas ei ole paikkaa saanut.

HENKILÖSTÖRESURSSIT JA PEREHDYTYS

Yhteisöllisen asumisen henkilöstömäärän ja mitoituksen arvioiminen on haasteellista koska suunniteltujen kotikäyntien lisäksi asukas voi soittaa turvarannekkeesta hoitajille. Esimerkiksi arviointijakson aikana turvahälytyskäyntejä/puheluja tuli yli 2000. Tarvittaessa mitoitusta on nostettu, mikäli asukkaan tarve säännöllisille käynneille on selkeästi kasvanut. Käynteihin on ajanjakson aikana ollut riittävä mitoitus. Sairauslomia/poissaoloja on ollut vähäisesti ja puutosvuoroihin on saatu henkilökuntaa vakituisista sijaisista. Jakson aikana aloitti uusi vakituinen sairaanhoitaja joka on Kurkelanhovin palvelutalon kanssa yhteinen. Sairaanhoitajaa on kevät perehdytetty lähihoitajien ja Kodin johtajan toimesta ja perehdytys jatkuu.

HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA KOULUTUS

Lääkeluvat ovat voimassa koko hoitohenkilökunnalla niin pitkäaikaisilla sijaisilla kuin vakituisilla hoitajilla. Myös ensiapukoulutus sekä laitepassi on voimassa vakituisella hoitohenkilökunnalla, lukuun ottamatta uudella sairaanhoitajalla, joka suorittaa koulutuksen toukokuussa. Jakson aikana järjestettiin hoitohenkilökunnalle lääkehoidon koulutusta sekä yksi hoitaja aloitti haavanhoidon oppisopimuskoulutuksen StadinAO:ssa. Lisäksi hoitohenkilökunta on suorittanut kantakirjauskoulutuksen. Kirjaamisjärjestelmien muutoksia on käyty henkilökunnan kanssa paljon yhteisesti läpi, mutta järjestelmien tekniset ongelmat ovat viivästyttäneet kantakirjaukseen siirtymistä.

AIEMPIEN EPÄKOHTIEN KORJAAMINEN JA KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN SEURANTA

Sairaanhoitajaresurssi saatiin täytettyä palkkaamalla Karpinmäen ja Kurkelanhovin yhteinen sairaanhoitaja. Uusi työvuorosuunnitteluohjelma Vuorox on otettu käyttöön ja sen hallinta on sujuvaa. Ajanvarauskirjaa käyttää hyvin koko henkilökunta. Laitepassit on käytössä vakituisella henkilökunnalla ja pitkäaikaisilla sijaisilla. Domacare 2 käyttöönotto ja siten myös kantakirjaukseen siirtyminen on viivästynyt isojen teknisien ongelmien vuoksi, mutta tavoitteena saada käyttöön seuraan jakson aikana.

RISKIEN ARVIOINTI

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Kyllä	Osittain	HVA:lle on annettu palautetta hoitoon pääsyn kankeudesta
T2: Palvelujen jatkuvuus	Kyllä	Osittain	Kirjaamiseen panostetaan
T3: Turvallisuus ja laatu	Kyllä	Kyllä	Asukkaan hoidon tarvetta seurataan aktiivisesti ajanvarauskirjan avulla
T4: Henkilöstö	Kyllä	Osittain	Hälytyskäynteihin tarvittava aika pitäisi suunnitella työvuoroihin etukäteen
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Kyllä	Kyllä	Kotikäyntien aktiivinen seuranta

Jakson aikana tunnistetut uudet riskit: Työvälineet ja järjestelmät eivät toimi

UUDET KEHITTÄMISTARPEET SEURAAVALLE OSAVUODELLE

Järjestelmät ja työvälineet pitää saada kuntoon, jotta pääsemme toteuttamaan laadukasta kantakirjausta eikä tiedonkulku vaarannu. Ajanvarauskirjan käyttöönottoa tehostetaan.

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Osavuosi on ollut pääsosan tasainen, paljon on mennyt aikaa uusien kirjaamisjärjestelmien käyttöönotto kokeiluissa ja henkilökunnan perehdyttämisessä ja tämä jatkuu seuraavalle osavuodelle, kantakirjaukseen emme ole vielä päässeet siirtymään. Ajanvarauskirja on aktiivisessa käytössä, tällä pystymme todistamaan tekemämme työn. Tyytyväisyyskyselyt suoritettiin keväällä ja tulokset olivat hyviä. Poikkeamat on käsitelty ja työprosesseja tarpeen mukaan kehitetty. Toiminta on vastannut omavalvontasuunnitelman linjauksia.

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)