

OMAAVALVONTASUUNNITELMA

LIESITORI

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	4
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	4
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	6
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	6
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.....	7
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	9
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ...	18
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen.....	20
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	24
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	24
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta.....	25
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	26
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	27
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	28
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	28
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	30
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	30
6. Edellisen Osavuoden arviointi.....	31

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 Hoiva Oy

Y-tunnus: 2770642-5

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4 00100 Helsinki

OID Koodi: 1.2.246.10.27706425.10.0

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Martinpuisto, OID-koodi: 1.2.246.10.27706425.10.34

Palvelupiste: Liesitori, OID-koodi: 1.2.246.10.27706425.16

Yhteystiedot: Vaskivuorentie 12 01600 Vantaa

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Annina Nuutinen, puh: 050 464 0109, Sähköposti: annina.nuutinen@yhhoiva.fi

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

Vammaisten henkilöiden ympärivuorokautinen palveluasuminen

Palveluun rekisteröidään vammaisten henkilöiden ympärivuorokautisen avun ja tuen sisältävät ryhmämuotoiset asumispalvelut. Vammaisille henkilöille tarkoitetun ympärivuorokautisen asumisen palveluyksikössä järjestetään vammaisen yksilöllisen tarpeen mukainen vuorokaudenajasta riippumaton ohjaus, hoito ja huolenpito (ml. lääkkeiden jako ja antaminen), toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateriat, vaatehuolto, siivous sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä toiminta. Asiakkaan käytössä on esteetön saniteettitilalla varustettu asunto ja asuminen perustuu vuokrasuhteeseen.

Liesitorin asiakkaat ovat henkilöitä, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista palveluasumista. Palvelu sisältää mm. hoivapalveluita, lääkehoidon palveluita, siivous- ja ateriapalveluita, sekä ohjausta arjessa selviytymiseen. Toimintayksikössä on 12 asiakaspaikkaa. Palveluyksikön toiminta tuotetaan ostopalveluna. Toiminta on läsnä-palvelua. Palvelua tuotetaan Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella.

1.4 PÄIVÄYS

22.9. 2026 ver 2

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 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 säädetty 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 pyydettyäessä 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 palveluihin ja hoitoon varmistetaan 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.

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. Palveluyksikössä on sovittu vastuuhenkilöt, jotka seuraavat alihankkijoiden toimintaa säännöllisesti, arvioivat heidän tuottamansa palvelun laatua ja varmistavat, 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 sopimuseurannalla 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
Hoitoon pääsyn viivästyminen/takaisin soitto palvelun haasteet	Oranssi 8	Selvitys saako viranomaisnumeron yksikköön
Kuntoutusläheteiden viivästyminen lääkäriltä	Oranssi 9	Ennakointi olemassa olevan palvelun päättyessä, varataan aika ajoissa
Akuuttilääkäri, hoitaja/omaisen ei pääse mukaan	Keltainen 6	Pyyntö lääkäriltä tulostamaan käynnin teksti asukkaalle, pyyntö omaiselta Maisa/kanta teksti, jos sinne pääsy

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 tiedonvaiholla. 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.

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava on Annina Nuutinen, Kodin johtaja, annina.nuutinen@yhhoiva.fi, 050 464 0109.

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

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: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Tiedonkulun varmistaminen	9	Kattava ja ajantasainen kirjaaminen asiakastietojärjestelmään sekä raportointi vuoron vaihtuessa
Sairauspoissaolot	6	Perehdytetyt vakituiset sijaiset, perehdytyslomake käyttöön, sijaisrinkiä kasvatettava
Työn organisoinnin ongelmat	6	Selkeät työvoron tehtävät, resurssit kunnossa, 100% vastuu

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. 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 Mepcoon tehtyjen 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. Hoitosuunnitelmista valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa. Näin varmistetaan, että hoito on tavoitteellista ja suunnitelmallista.

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 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, 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 tietosuoja 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 tehty tarkastukset sekä viranomaisten myöntämät hyväksynnit ja luvat säilytetään yksikön viranomaiskansiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehty 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 tarkistuksilla. Asiakkaan yksityisyys varmistetaan esimerkiksi lukittavilla ovilla, suojaverhoilla ja asianmukaisella tilasuunnittelulla.

Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja puutteita koskevat ilmoitukset tehdään kiinteistönhuollon 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. 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. 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. 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 vain välttämättömään. Rekisteröidyn oikeudet — kuten oikeus tarkastaa omat tietonsa, saada tietoa käsittelystä ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista — toteutetaan selkeiden toimintamallien mukaisesti. Kaikki tietojen käsittely dokumentoidaan, ja tietosuojaperiaatteet huomioidaan kaikissa työvaiheissa.

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

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

Kun asiakas haluaa tarkastaa tai korjata omat tietonsa, hänelle annetaan ohjeet tarkastuspyynnön tekemiseen. Tiedot luovutetaan asiakkaalle lain mukaisesti ja tarvittaessa tietosuojavastaavan ohjauksessa. Tietojen luovuttaminen sivullisille tapahtuu vain lain sallimissa tilanteissa ja asiakkaan suostumuksella tai viranomaisvelvoitteen perusteella. Kaikki luovutukset dokumentoidaan.

Asiakastiedot kirjataan Yrjö ja Hanna Hoivan käytössä oleviin sähköiseen järjestelmään 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 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 (LVV) 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.

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 hygieniaohjeita.

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. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuosituksiset. Rokotuskattavuutta seurataan. Hygieniaohjeiden 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 lääkeshoidosta vastaava henkilö, 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 ilmoitusvelvoitteet, 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, kunnon seurannasta ja huoltojen koordinoinnista. Henkilöiden nimet, tehtävänimikkeet ja yhteystiedot on kirjattu yksikön laiteluetteloon ja lääkehoitosuunnitelmaan.

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) velvoitteet varmistetaan noudattamalla valmistajan ohjeita, dokumentoimalla laitteiden käyttöönotto, huollot ja tarkastukset sekä varmistamalla, että laitteet ovat käyttötarkoitukseensa soveltuvia ja turvallisia. Laitteiden riskit arvioidaan säännöllisesti. Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, käyttöopastuksella ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti, ja osaamisvaatimukset kirjataan 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 julkaisuja 2024:3) sekä Fimean määräys *"Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus"* ja ohje *"Vaaratilanteessa olleen lääkitsevän laitteen käsittely"* (Fimea 1/2023).

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Poikkeama ilmoituksia ei tehdä riittävästi	9	Jatkuva keskustelu, selkokielineen ohje, mistä poikkeamia tehdään, esimerkkien kautta käytäntöön
Haastavat ja aggressiiviset asiakkaat	10	Koulutukset>Avekki, asiakkaan kohtaamisen merkitys
Lääkeluvat	4	Varmistetaan, että kaikilla työntekijöillä on voimassa olevat lääkeluvat, lääkeluvat uusitaan ajoissa
Turvallisuuskävelyt	6	Turvallisuuskävelyt tehdään aikataulun mukaisesti sekä aina tarpeen mukaan, uusien työntekijöiden turvallisuuskävelyt heti perehdytyksen alkaessa

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 Lupa- ja valvontaviraston (LVV) 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, sijaisten käytön sekä työvuorojen joustavan uudelleenjärjestelyn. Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan, lisäresursseja hankitaan ja asiakasturvallisuus varmistetaan välittömin toimin. Henkilöstön asianmukainen koulutus varmistetaan rekrytointivaiheessa, perehdytyksessä ja säännöllisillä osaamisen arvioinneilla. Tarvittaessa järjestetään lisäkoulutusta. Henkilöstön perehdytys ja ammattitaidon ylläpito toteutetaan perehdytysohjelman, vuosittaisten arviointikeskustelujen ja täydennyskoulutusten avulla. Henkilöstö osallistuu ammatilliseen täydennyskoulutukseen vähintään organisaation määrittelemän vähimmäismäärän.

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
Sairauspoissaolot ja sijaisten riittävyys	6	Sijaisringin vahvistaminen, jatkuva rekrytointi
Infektiot / Epidemiat	12	Hygieniasuunnitelman noudattaminen, riittävä suojautuminen, käsihygienia, Kausirotekotteet

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 ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla ja ohessa: Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Clarissa Kinnunen

Satu Laaksonen

Puh. 0941910230

sosiaaliapotilasasiavastaava@vakehyva.fi

Helsingin kaupunki

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

Puh. 09 310 43355 (ma–to klo 9–11)

sotepe.potilasasiavastaava@hel.fi

Postiosoite: PL 6060, 00099 Helsingin kaupunki

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Anne Hilander, Elina Perttula, Milla Sinisalmi-Suppala

Puh. 029 151 2000 (ma–pe klo 8–16)

sosiaali.potilasasiavastaava@luvn.fi

Postiosoite: PL 33, 02033 Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Heidän tehtävänä on neuvoa, ohjata ja tukea asiakkaita ja potilaita oikeuksiin liittyvissä asioissa.

Yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla.

Lupa- ja valvontavirasto (LVV)

Sosiaali- ja terveysasiat, asiakaspalvelu: puh. 0295 256 930 (ma–pe klo 9–15), asiakaspalvelu@lvv.fi

Sosiaali- ja terveysalan ammattioikeudet: puh. 0295 256 932, ammattioikeudet@lvv.fi

Kirjaamo: kirjaamo@lvv.fi, puhelinvaihe 0295 254 000 (ma–pe klo 8–16.15)

Postiosoite: PL 20, 13035 LVV

Lupa- ja valvontavirasto valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ja sille voi tehdä kantelun toiminnassa havaituista epäkohdista tai puutteista.

Eduskunnan oikeusasiamies

Puhelinvaihe: 09 4321, kirjaamo (kantelun etenemistä koskevat tiedustelut): 09 432 3381

Sähköposti: oikeusasiamies@eduskunta.fi

Käyntiosoite: Arkadiankatu 3, Helsinki. Postiosoite: Eduskunnan oikeusasiamies, 00102 Eduskunta

Avoinna ma–pe klo 9–15.

Eduskunnan oikeusasiamies valvoo, että viranomaiset ja julkista tehtävää hoitavat noudattavat lakia ja toteuttavat perus- ja ihmisoikeuksia. Oikeusasiamiehelle voi tehdä kantelun, jos epäilee, että viranomainen tai julkista tehtävää hoitava on toiminut lainvastaisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä.

Muistutukset

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

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

Kaikki muistutukset ja niiden käsittely dokumentoidaan ja arkistoidaan. Muistutuksista tehdään koonti, jota käsitellään säännöllisesti tiimipalavereissa ja omavalvonnassa. Muistutuksista saadut havainnot

hyödynnetään toiminnan kehittämisessä, ja tarvittaessa päivitetään yksikön ohjeita, prosesseja tai henkilöstön koulutusta.

Saavutettavuus

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

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

Asiakkaan asiallinen kohtelu varmistetaan koulutuksella, ohjeistuksella ja valvonnalla. Epäasiallinen kohtelu käsitellään välittömästi, ja tilanteeseen puututaan esihenkilön toimesta. Asiakkaalle annetaan tieto 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. Henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti, ja toteutumista seurataan kirjaamisen, toteutuksen ja tavoitteiden etenemisen kautta. Suunnitelmien toteutumista arvioidaan tiimipalavereissa ja asiakaskohtaisissa tarkasteluissa.

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

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

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
Arvoja ei ole sisäistetty	8	Arvokeskustelut
Vammaispalvelulain tunteminen	9	Sisäinen koulutus, jatkuva keskustelu
Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoitustoimenpiteiden käyttö erityishuollossa	6	Vammaistyön IMO-käsikirjan sisäistäminen, koulutukset, viikkopalaverit

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 sovituisissa 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 vastuuhenkilö ryhtyy välittömästi asian edellyttämiin toimenpiteisiin. Henkilöstöä kannustetaan matalan kynnyksen ilmoittamiseen. Yksikössä noudatetaan myös muita lakisääteisiä ilmoitusvelvollisuuksia, kuten tartuntatautilain, potilaslain, sosiaalihuoltolain ja työturvallisuuslain mukaisia ilmoituksia. Henkilöstöllä on käytössään selkeät menettelyohjeet, ja ohjeet ovat saatavilla yksikön toimintajärjestelmässä. Kaikki kirjalliset ilmoitukset tehdään Laatuporttiin.

Palveluyksikkö tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta perehdytyksen, säännöllisten koulutusten ja sisäisten ohjeiden avulla. Ilmoitusvelvollisuuteen liittyviä käytäntöjä käsitellään myös tiimipalavereissa säännöllisesti, vähintään kolme kertaa vuodessa, jotta varmistetaan ohjeiden ajantasaisuus ja henkilöstön osaaminen.

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, juurisyyt 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

Liesitorissa kehittämistoimenpiteet nousevat omavalvonnan havainnoista: poikkeama- ja vaaratapahtumailmoituksista, muistutuksista ja kanteluista, asiakas- ja läheispalautteista, sisäisistä auditoinneista, RAI-tuloksista sekä valvontaviranomaisen ja hyvinvointialueiden antamasta ohjauksesta ja osavuosi-arvioinneista. Kodin johtaja kokoaa havainnot ja määrittelee yhdessä tiimin kanssa, mitkä niistä nostetaan kehittämistoimenpiteiksi.

Jokaiselle kehittämistoimenpiteelle nimetään vastuhenkilö sekä määritellään konkreettinen toteutustapa, tavoite ja aikataulu. Toimenpiteet kirjataan Laatuporttiin, ja niiden yhteenveto viedään Taulukkoon 6 (Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta). Kiireelliset toimenpiteet käynnistetään välittömästi, muut jaksotetaan osavuositain.

Kehittämistoimenpiteiden toimeenpanoa seurataan säännöllisesti tiimipalavereissa ja osavuosi-arvioinneissa. Seurannassa arvioidaan, ovatko toimenpiteet toteutuneet suunnitellusti, ovatko ne johtaneet toivottuun muutokseen ja tarvitaanko lisätoimia. Kodin johtaja raportoi kehittämistoimenpiteiden etenemisestä palvelujohtajalle sekä palvelunjärjestäjälle osavuosi-koontien yhteydessä.

Toimenpiteiden vaikuttavuutta arvioidaan mittaamalla poikkeamien määrän ja luonteen kehitystä, asiakas- ja henkilöstöpalautteen muutoksia sekä sitä, syntykö samankaltaisia epäkohtia uudelleen. Onnistuneet kehittämistoimet vakiinnutetaan yksikön käytäntöihin päivittämällä ohjeita, perehdytysmateriaalia ja omavalvontasuunnitelmaa.

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

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Arvojen mukainen toiminta	Kevät 2026	Kodin johtaja, koko henkilökunta	Kvartaaleittain
Sijaisrekisterin kasvattaminen	Kevät 2026	Kodin johtaja	2x/vuosi
Omavalvontasuunnitelman sisäistäminen	Kevät 2026	Kodin johtaja	Tiimipalaverit, lukukuittaukset
Tiedonkulun lisääminen ja varmistaminen henkilökunnalle, asiakkaille ja omaisille	Kevät 2026	Kodin johtaja, koko henkilökunta	Kvartaaleittain

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

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

5.2 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN RAPORTOINTI

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 riittävyttä. Arvioinnissa selvitetään myös, onko aiemmin havaitut epäkohdat korjattu asianmukaisesti ja ovatko korjaavat toimenpiteet johtaneet toiminnan parantumiseen. Lisäksi tarkastellaan, miten uudet havainnot on käsitelty ja viety osaksi kehittämistyötä, jotta toiminta vastaa sekä asiakkaiden tarpeisiin että viranomaisvaatimuksiin.

6. EDELLISEN OSAVUODEN ARVIOINTI

Arviointijakso: 1.5.-31.8.2026 **Arvioinnin laatija:** Annina Nuutinen, Kodin johtaja **Päiväys:** 6.5.2026

POIKKEAMAT, LÄHELTÄ PITI -TILANTEET JA ASIAKASPALAUTE

Jakson aikana kirjattiin 27 poikkeamaa Laatuporttiin. Yleisin poikkeamatyyppi oli lääkepoikkeama 6 kpl. Läheltä piti -tilanteita kirjattiin 6 kpl, joista merkittävin koski asiakkaan aiheuttamaa vaaratilannetta tai häiriökäyttäytymistä.

HENKILÖSTÖRESURSSIT JA PEREHDYTYS

Henkilöstömitoitus on pysynyt luvan mukaisena koko jakson ajan. Sijaisjärjestelyt hoidettiin työvuoromuutoksin sekä vakituisten tuntityöntekijöiden voimin.

HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA KOULUTUS

Läkeluvat ovat ajan tasalla 18 henkilöllä. Jakson aikana järjestettiin koulutusta aiheista DomaCare2, Mepco, Vuorox, Avekki, Kanta-koulutus, RAI-koulutukset, Suunnistusvalmennus, Lääkehoitokoulutukset, Laitepassi, ym. sisäiset koulutukset. Laitepassit ovat voimassa vakituisilla hoitajilla sekä vakituisilla tuntityöntekijöillä.

AIEMPIEN EPÄKOHTIEN KORJAAMINEN JA KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN SEURANTA

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Osittain	Osittain	Ei muutoksia
T2: Palvelujen jatkuvuus	Osittain	Osittain	Ei muutoksia
T3: Turvallisuus ja laatu	Osittain	Osittain	Ei muutoksia
T4: Henkilöstö	Osittain	Osittain	Ei muutoksia
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Osittain	Osittain	Osallistuttu koulutuksiin

RISKIEN ARVIOINTI

UUDET KEHITTÄMISTARPEET SEURAAVALLE OSAVUODELLE

Seuraavalle osavuodelle tunnistettiin tarve kehittää 100% vastuuta. Aikataulu 31.8.2026.

Vastuuhenkilö: koko henkilökunta

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Osavuosi on sujunut pääosin suunnitellusti. Toiminta vastaa tällä hetkellä omavalvontasuunnitelman linjauksia. Hoito- ja palvelusuunnitelman teko kehittyi merkittävästi. IMO- suunnitelmat tehtiin hyvin ja ajallaan. IMO-työryhmältä saatu palautetta hyvästä asukkaiden IMO- sekä rajoittamisasioiden tuntemisesta. Kirjaamisen laatu parani kvartaalin aikana. Rakenteellinen kirjauksen ymmärrys sekä miksi kirjaamme tavoitteellisesti.

Palautteissa saimme asukkailta, sekä omaisilta suullista positiivista palautetta. Erityistä kiitosta saimme osaavasta ja välittävästä henkilökunnasta.

Elokuussa 17.8 Liesitorilla tuli voimaan uusi toimilupa, toimiluvassa Liesitori ja Martinpuisto toimivat omina toimipisteinään. Mutta toimivat Martinpuiston palveluyksikön alaisuudessa, jossa toimii sama kodin johtaja. Elokuun lopussa vaihtui kodin johtaja. Uutena kodin johtajana aloitti Annina Nuutinen.

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)