

OMAVALVONTASUUNNITELMA

Kurkelanhovin 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	4
1.4 Päiväys	8
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	8
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	9
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	9
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.....	11
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	12
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ...	22
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	24
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	28
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	28
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	30
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	30
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	31
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	33
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	33
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	34
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	35
6. Edellisen Osavuoden arviointi.....	37

Liitteet	41
----------------	----

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: 1.2.246.10.35044193.10.4

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Palvelutalo Kurkelanhovi

Yhteystiedot: Sipiläntie 1, 37800 Akaa

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Kodin johtaja Anne-Mari Turunen

anne-mari.turunen@yhhoiva.fi

p. 040 168 16 55

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

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

Kurkelanhovin toimitilat sijaitsevat Akaan Toijalassa, aivan torin välittömässä läheisyydessä mutta silti luonnon keskellä. Palvelut tuotetaan Pirkanmaan Hyvinvointialueen alueella.

Asukkaat ovat pääasiassa yhteisöllisessä asumisessa asuvia ikäihmisiä. Myös vammaisten- sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yhteisöllisessä asumisessa asuu muutama avun tarvitsija. Kurkelanhovissa on yhteensä 24 asuntoa ja ne soveltuvat tarvittaessa myös pariskunnille. Asukkaat tarvitsevat yksilöllisesti apua arjessa, mm. hygienian hoidossa, ravitsemuksen turvaamisessa ja lääkehoidossa. Kurkelanhovissa on tarjolla yhteisöllistä toimintaa viikon jokaisena päivänä. Henkilökunta on paikalla Kurkelanhovissa klo 7- 22, viikon jokaisena päivänä. Keittiössä työskentelee yksi tukityöntekijä aina klo 7-15. Sairaanhoidtaja on paikalla arkena klo 8-15. Yö hoitoa Kurkelanhovissa ei ole mutta asukkaat saavat yhteyden turvarannekkeen avulla yhteistyökumppani Addsecureen, josta hoitaja tulee tarvittaessa paikalle. Hyvinvointialueen moniammatillinen työryhmä on tehnyt jokaiselle asiakkaalle ennen hoivakotiin muuttamista laaja-alaisen toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnin, jonka perusteella asukkaan on todettu tarvitsevan yhteisöllistä asumista.

Kurkelanhovissa on yhteensä 24 erikokoista asuntoa ja ne sijaitsevat kolmessa eri kerroksessa. Asunnot ovat kooltaan 37m²- 49m² ja ne ovat tyypiltään 1h+tupak. Jokaisessa asunnossa on oma pesuhuone ja parveke. 1. kerroksessa on yhteinen sauna halukkaille. Asukas maksaa asunnostaan vuokran itse Yrjö ja Hanna hoivalle. Talon 1. kerroksessa sijaitsee yhteisölliset tilat jossa mm. ruokaillaan ja järjestetään

erilaisia aktiviteetteja. Lisäksi 1. kerroksessa sijaitsee Kurkelanhovin keittiö, henkilökunnan sosiaalityt, lääkehuone, pesutupa ja sauna. Kurkelanhovissa on ulkorakennuksessa jokaiselle asukkaalle häkkivarasto.

Asukkailla on mahdollisuus saada hoitajakutsuranneke, jonka järjestelmänä toimii 9solutions. Päiväaikaan hälytykset ohjautuvat Kurkelanhovin hoitajille, yöaikaan ne menevät Addsecuren yöpartiolle.

Jokaisen asukkaan lääkehoito hoidetaan yksilöllisesti. Pääasiassa kuitenkin asukkaiden lääkkeet säilytetään erillisessä kulu- ja kameravalvotussa lääkehuoneessa. Lääkehuoneeseen on pääsy vain lääkeluvallisella hoitajalla. Lääkkeet tilataan yhteistyöapteekista Viialasta ja annosjakelulääkkeet tulevat heille Pharmadokselta. Melkein jokaisella asukkaalla on käytössä annosjakelulääkkeet ja jos ei ole niin hoitaja jakaa lääkkeet asukkaan omaan lääkeannostelijaan. Niin annosjakelulääkkeet kuin lääkeannostelijoihin jaettavat lääkkeet jaetaan kahden viikon välein. Kurkelanhovissa onnistuu ihonalais- ja lihakseen pistettävät injektiot. Verikokeita voimme myös ottaa sekä muita perusnäytteitä (mm. PLV, CRP)

Toiminnassa otetaan erityisesti huomioon jokaisen asukkaan arvokas, yksilöllinen ja oman näköinen elämä. Jokaisen Kurkelanhovissa asuvan asukkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Kaikessa toiminnassamme noudatamme yleisesti hyväksyttyjä hoitosuosituksia (ikäihmisten palveluiden laatusuositus, vanhuspalvelulaki, käypähoitosuositukset, lääkehoito-opas jne.).

Jokaiselle Kurkelanhovissa asuvalle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen voivat osallistua myös läheiset asiakkaan tahdon ja toiveiden mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään viimeistään kuukauden sisällä Kurkelanhoviin muutosta ja sen apuna käytetään mm. RAI-arviointia. Kunnioittava kohtaaminen asiakkaan ja läheisten kanssa on toimintamme lähtökohta, jonka tavoitteena on kaikkien osapuolien luottamus ja tyytyväisyys toimintaan. Jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja ja varaomahoitaja.

Toiminnan lähtökohtana on, että asukas saa elää oman näköistä elämää Kurkelanhovissa. Tarjoamme sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa, joka lisää ikääntyneen toimintakykyä ja hyvinvointia. Toiminta sisältää mm. liikuntaa, pelejä, musiikkia, aivojumbppaa ja se järjestetään vaihtelevasti sisä- ja ulkotiloissa. Toiminnan suunnittelussa otetaan huomioon teema- ja juhlapäivät. Toimintaan osallistuminen on asiakkaalle aina vapaaehtoista ja maksutonta. Toimintaa suunnitellaan asukkaiden toiveiden mukaisesti. Asukkaat saavat halutessaan myös järjestää itse toimintaa, ja he ovatkin pelailleet paljon omatoimisesti keskenään. Lisäksi Kurkelanhovissa on järjestetty asukkaan itse vetämää bingoa, joka on ollut niin ikään suosittua. Myös karaoke raikaa Kurkelanhovissa usein, sillä asukkaat tykkäävät kovasti laulaa. Painotamme asukkaan omaa itsemääräämisoikeutta niissä päätöksissä, joita hän sairautensa rajoissa pystyy vielä itse päättämään.



Kurkelanhovissa ei ole vierailuaikoja, vaan läheisten on mahdollista vierailla joustavasti omien ja asukkaiden aikataulun puitteissa.

Asiakasryhmä	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualat	Asiakaspaikkamäärä	Palvelut tuotetaan läsnä/etänä
Vammaisten yhteisöllinen asuminen	Vammaiset	2	Läsnä
Mielenterveys- ja päihdekuntoutuji en (kevyt) yhteisöllinen asuminen	Mielenterveys- ja päihdekuntoutuj at	2	Läsnä
Ikäihmisten yhteisöllinen asuminen	Ikäihmiset	24	Läsnä
"itsemaksavat"	Ikäihmiset	2	Läsnä

Asukashuoneiden, käytävien, yleisten tilojen, sosiaalitilojen ja vaatehuollon tilojen siivouksesta huolehtii Palmia (1.10.2026 alkaen).

Ruokapalvelut on ulkoistettu Feelia Oy:lle, joka toimittaa esivalmistetut ateriat yksikköön, jossa ne lämmitetään tarjottavaksi. Ateriat ovat asukkaiden mahdolliset erityisvaatimukset huomioivaa ravitsemussuositusten mukaista, vastuullista ja terveellistä ruokaa. Käytössä on MNA – testi asiakkaan ravitsemustilan sekä painon seurannan tueksi.

Kiinteistöhuollosta vastaa Kotikatu.

Apteekkiyhteistyötä tehdään Pharmadosin ja Viialan apteekin kanssa.

Lääkehuollon vastuulääkäripalvelut ostetaan Suomen kotilääkärit Oy:ltä.



1.4 PÄIVÄYS

Omavalvontasuunnitelma versio I valmis 6.5.2026

Omavalvontasuunnitelma päivitetty 14.7.2026

Omavalvontasuunnitelma päivitetty 14.9.2026

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

Omavalvontasuunnitelman 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 omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seurannasta ja julkaisemisesta vastaa kodin johtaja. Hän huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja että sen sisältö vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia. Omavalvontasuunnitelman hyväksyy palveluyksikön vastuhenkilö, joka vastaa myös sen virallisesta käyttöönotosta.

Palveluyksikön omavalvonnan vastuut perustuvat selkeään johtamisjärjestelmään. Kodin johtaja 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. Kodin johtaja seuraa suunnitelman toteutumista, käy läpi mittarit ja havainnot tiimin kanssa ja varmistaa, että toiminta vastaa suunnitelman linjauksia. Päivitykset viedään käytäntöön välittömästi, ja niiden toteutumista seurataan arjen työssä, kirjaamisessa ja säännöllisissä palavereissa.

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan sähköisesti organisaation tietoverkossa, ja se on asiakkaiden, 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 palveluihin ja hoitoon varmistetaan selkeillä yhteydenottokanavilla ja toimivalla yhteistyöllä Pirkanmaan hyvinvointialueen kanssa. Vapaista asunnoista kodin johtaja viestittää Pirkanmaan hyvinvointialuetta. Pirkanmaan hyvinvointialueen työryhmä päättää asiakkaan palvelutarpeen ja ohjaa asiakkaan Kurkelanhovin palvelutaloon. Pirkanmaan hyvinvointialueen asiakasohjaus päättää palveluista ja ne arvioidaan Kurkelanhovin palvelutalossa asiakkaaksi tulemisen

jälkeen. Yksikkö huolehtii siitä, että asiakkaan hoito alkaa sovitusti ja että palveluprosessi etenee katkeamattomasti. Asiakas tekee vuokrasopimuksen asunnosta Yrjö ja Hanna palvelukodit Oy:n kanssa, he maksavat vuokransa itse. Hoivasta asiakas tekee sopimuksen Pirkanmaan hyvinvointialueen kanssa ja hyvinvointialue laskuttaa asiakasta tästä.

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 asiakas ei pääse tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.	8	Tiivis ja aktiivinen yhteistyö hyvinvointialueelle. RAI-arviointien ajantasaisuus. Laadukas kirjaaminen. Ennakointi.
Terveyspalveluihin pääsy kankeaa.	10	Aktiivista ja asiantuntevaa yhteydenpitoa terveyspalveluihin. Ennakointi.

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.

Valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava henkilö: Kodin johtaja

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun myös henkilöstön sairastumistilanteissa. Yksikössä on käytössä selkeät sijaisjärjestelyt, jonka avulla turvataan riittävä henkilöstö kaikissa tilanteissa. Henkilökunnan äkilliset poissaolot hoidetaan yksikön omilla sijaisilla,

joiden osaaminen ja perehdytys on varmistettu. Kurkelanhovin palvelutalossa on käytössä pieni, pitkäaikainen sijaisryhmä, joita voidaan tarvittaessa kutsua töihin. Tarvittaessa työvuoroja uudelleenorganisoidaan.

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
Pieni työryhmä, mahdolliset äkilliset henkilöstön poissaolot.	2	Pitkäaikainen, pieni vakituisten sijaisten ryhmä joita tarvittaessa pyydetään työhön. Joustava henkilökunta.
Asiakastietojärjestelmään tunnuksien saaminen kankeaa.	15	Tunnuksia haetaan ajoissa, jos huomataan tarve. Akuutit tilanteet voivat olla haastavia.
Asukkaiden ajantasainen tieto ei välity eri tietojärjestelmien vuoksi.	9	Tiedonkulun varmistaminen soittamalla terveystietoihin ja kirjaamalla. Tulevaisuudessa pääsy kantaan.

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 tehdään kuukauden sisällä asiakkaaksi saapumisesta ja jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein, sekä vuosittain tarkistettava itsemääräämissuunnitelma. Omahoitaja huolehtii näiden dokumenttien laadinnan ja ajantasaisuuden. 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 viivytyksettä. Toimintaa kehitetään jatkuvasti palautteen, mittareiden ja havaintojen perusteella.

Palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta vastaa yksikön kodin johtaja 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 sekä 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 tehty tarkastukset sekä viranomaisten myöntämät hyväksynnit ja luvat säilytetään yksikön viranomaiskansiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehty havainnot ja mahdolliset korjausvaatimukset. Omaavalvonnan 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 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. Yhteistyökumppani Berner tarkistaa yksikön omat apuvälineet vuosittain. Vialliset tai epävarmat välineet poistetaan käytöstä välittömästi. Laitteiden käytön vaatima laitepassikoulutus varmistetaan perehdytyksellä, osaamisen arvioinnilla ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Kurkelanhovin palvelutalossa jokaisella terveydenhuollonlaitteita käyttävällä työntekijällä on laitepassi, jotka on dokumentoitu Mepcoon ja alkuperäiset laitepassit säilytetään yksikössä omassa kansiossa. Laitepassit tarkastetaan vuosittain ja tarpeen tullen koulutuksia järjestetään uudelleen.

Asumiseen tarkoitettujen tilojen ja toimintaympäristöjen turvallisuus varmistetaan esimerkiksi kuluttajakemikaalien ja siivousaineiden lukitulla säilytyksellä, selkeillä ohjeilla ja henkilöstön valvonnalla. Kaikista käytettävistä kemikaaleista on saatavilla tuoteturvallisuusselostukset tulosteena ja ne saadaan toimittajan kotisivuilta helposti. 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 tietosuojaohteita.

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

EU:n yleisen tietosuojasetuksen 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 tietosuojaoasaaminen varmistetaan vuosittaisella pakollisella perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjeistuksilla. Ajantasaiset tietosuojaohteet 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.

Palveluyksikössä asuvilla asiakkailla on oikeus tarkastaa omat asiakastietonsa ja pyytää tarvittaessa näihin korjausta, tällöin hän pyytää tietojensa tarkistuksen kirjallisena ja se toimitetaan Pirkanmaan hyvinvointialueen kirjaamoon, josta se käsitellään prosessin mukaisesti. Tietojen luovuttaminen sivullisille tapahtuu vain lain sallimissa tilanteissa ja asiakkaan suostumuksella tai viranomaisvelvoitteen perusteella. Kaikki yhteydenotot pyydetään toimittamaan Pirkanmaan hyvinvointialueelle kirjaamon. Kaikki luovutukset dokumentoidaan.

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

Tietojärjestelmien käyttöoikeuksia hallitaan roolipohjaisesti. Jokaiselle työntekijälle myönnetään vain ne käyttöoikeudet, joita hän tarvitsee omien työtehtäviensä hoitamiseen. Domacare asiakastietojärjestelmään voi Kurkelanhovin palvelutalon esihenkilö myöntää uusia käyttäjätunnuksia ja hallinnoida niitä. Pirkanmaan hyvinvointialueelta pyydetään erikseen käyttäjätunnukset etätyöpöytä Citrixiin sekä Omni asiakastietojärjestelmään. Käyttöoikeudet tarkistetaan säännöllisesti ja poistetaan heti, kun tarve päättyy. Käyttöoikeuksien 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 valvontavirasto 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 ja kameravalvonta on käytössä Kurkelanhovissa vain lääkehuoneessa. Kameravalvonnasta on olemassa tietosuojaseloste, joka löytyy henkilökunnan toimistosta. 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. Asiakasta informoidaan 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 noudattaa yksikön hygieniaohteja.

Kurkelanhovissa noudatetaan hyvää käsihygieniaa. Kurkelanhovissa on sijoiteltuina käytäville ja käsienpesupaikoille käsihuuhdeannostelijoita, jotka ovat myös vierailijoiden saatavilla. Hoito- ja asukastyössä toimitaan ammattitaitoisesti hygieniasäännösten mukaisesti ja noudatetaan hyvinvointialueen infektioyksikön suosituksia ja ohjeistuksia käsi- ja muussa hygieniassa. Hygieniavastaava on laatinut hygieniaohteistuskansion henkilökunnalle Pirkanmaan hyvinvointialueelta saaduista ohjeistuksista, kansio löytyy henkilökunnan toimistosta. Käsihuuhteen kulutusta seurataan. Henkilökunnalta edellytetään vuosittain influenssarokotteen ottoa.

Kurkelanhovissa on nimettyä yksikön oma hygieniayhdyshenkilö, joka osallistuu alan koulutuksiin ja on yhteydessä alueelliseen hygieniahoitajaan. Hygieniayhdyshenkilö vastaa ajantasaisen tiedon välittämisestä, ohjeiden jalkauttamisesta ja henkilöstön tukemisesta infektiorjunnassa. Pirkanmaan hyvinvointialueella on yksikön käytössä, alueellinen nimetty hygieniahoitaja. Pirkanmaan hyvinvointialueen hygieniahoitajan yhteystiedot löytyvät Pirkanmaan hyvinvointialueen kotisivuilta sekä Kurkelanhovin henkilökunnan toimistosta. Hygieniavastaava on yksikön kodin johtaja.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja osaamisen arvioinnilla. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Rokotuskattavuutta seurataan.

Kurkelanhoviin on laadittu erillinen hygienia- ja siivoussuunnitelma, joidenka mukaisesti yleisestä hygieniastasosta asukashuoneissa, yleisissä tiloissa sekä huoltotiloissa huolehditaan päivittäin. Siivoussuunnitelmassa on huomioitu myös keittiö- ja kotitalousjätteen jätehuolto. Siivoussuunnitelma löytyy palveluyksikön dokumentinhallinnasta sekä henkilökunnan toimistosta. Siivous toteutetaan tehostetusti epidemiatilanteissa. Jätehuolto toteutetaan ohjeiden mukaisesti, ja tartuntavaaralliset jätteet kerätään erillisiin, merkittyihin astioihin ja toimitetaan asianmukaiseen käsittelyyn. Hygieniasuunnitelma käydään henkilökunnan kanssa läpi ja se päivitetään tarpeen mukaan.

Kurkelanhovin asukkaiden asunnot ja yksikön yhteiset tilat siivoaa ostopalveluna Palmia. Asukkaiden asuntojen siivous toteutetaan tukipalveluna asukkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Asukkaan asunnon voi myös siivota he itse, läheinen tai heidän itse hankkimansa palvelu. Palmian kanssa tehdään yhteistyössä laatukierroksia.

Kurkelanhovin asukkaiden pyykkihuolto on ostettava tukipalvelu, jonka toteuttaa Kurkelanhovin henkilökunta. Henkilökunta pesee sovitusti asukkaiden pyykit yksikön yhteisessä pesutuvassa. Pyykkihuollosta sovitaan jokaisen asukkaan kanssa erikseen.

Epidemiatilanteissa noudatetaan Pirkanmaan hyvinvointialueen infektioyksikön eristys-, suojaus- ja muuta ohjeistusta. Henkilöstön ja vierailijoiden suojausta käytetään ohjeistusten mukaisesti (suojaesiliini, suu-nenäsuoja, erityiskäsineet) hoitotilanteissa, pyykkihuollossa sekä siivouksessa.

Epidemiatilanteissa asukkaiden siirtoja talon sisällä sekä ulkopuolella pyritään välttämään ja asukkaiden oireilusta ollaan tiiviissä yhteydessä hoitavaan lääkäriin ja tarvittaessa myös hygieniahoitajaan. Asukkaat pyritään hoitamaan tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan eristyskäytänteiden mukaisesti. Vierailuita vähennetään/ pyritään välttämään epidemian aikana ja omaisia tiedotetaan asiasta. Henkilökunnalle, asukkaille, omaisille sekä muille vierailijoille korostetaan käsihygienian ja mahdollisen suojautumisen tärkeyttä entisestään. Ruokailujen yhteydessä ruokailijat sekä ruokailussa avustajat käyttävät tehostetusti käsihuuhteita. Yleisten tilojen ja kosketuspintojen puhdistusta tehostetaan epidemian aikana. Yhteistyö muiden toimijoiden ja verkostojen kanssa toteutuu hygieniahoitajan suositusten mukaisesti.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittuna valmiussuunnitelma ja toimintaohje epidemiatilanteiden varalle. Valmiussuunnitelmaa tarkistetaan valtakunnallisen epidemiatilanteen mukaisesti ja sitä sovelletaan alueellisten epidemiatilanteiden mukaisesti.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on laadittu palveluyksikköön ja se päivitetään kalenterivuosittain sekä aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Päivitysjankoha 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 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. Hän myös vastaa laitteiden käytön valvonnasta, kunnon seurannasta ja huoltojen koordinoinnista.

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

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

Laitepassin kehittäminen perustuu valtakunnallisiin ohjeisiin ja viranomaisvaatimuksiin. Laitepassin sisältö ja toimintamallit on rakennettu seuraavien keskeisten lähteiden pohjalta: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema opas *"Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö — opas laiteosaamisen varmistamiseen"* (STM:n julkaisu 2024:3) sekä Fimean määräys *"Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus"* ja ohje *"Vaaratilanteessa olleen lääikinnällisen 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
Asiakas ei aina pidä hälytinranneketta kädessä.	12	Asukkaalle painotetaan turvarannekkeen tärkeys ja merkitys, käyttö opetetaan.
Asiakasohjauksesta ei suoraan aina myönnetä uudelle asiakkaalle turvarannekepalvelua	6	Pyydetään tarpeen tullen turvapalvelu. Ranneke voidaan luovuttaa nopealla aikataululla asukkaalle.
Hälytinjärjestelmän toiminta on ajoin epävapaa.	5	Hälytinjärjestelmä testataan viikoittain ja tarvittaessa mikäli huomataan toiminnassa häiriöitä.
Yksikössä lämpötilat nousevat kesäisin korkealle.	25	Ilmalämpöpumput tulisi saada yleisiintiloihin.

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 heidät perehdytetään samalla tavalla kuin oma henkilöstö. Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan tarkistamalla Valviran Terhikki- ja Suosikki-rekisterit ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana. Rikosrekisteriote pyydetään näyttille 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 päivittäin asiakasmäärää, palvelutarvetta ja henkilöstöresursseja. Tarvittaessa työvuoroja järjestellään uudelleen tai kutsutaan sijaisia. 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
Mitoitustarvetta hankala laskea etukäteen. Sovittujen kotikäyntien lisäksi asukas saattaa soittaa usein turvahälytystä tai tulla hoitajalla suoraan toimittamaan asian koska nämä koko ajan läsnä.	15	Ajanvarauskirja käytössä, johon merkitään myös kaikki turvakäynnit. Pyritään ennakointiin.
Kaikki tukipalvelutyö ja asukkaiden arviointi/hoidosuunnitelmien teko ei näy asukkaan mitoituksissa.	15	Hoitotyön lisäksi, kaikelle muulle työlle katsottava aikaa.

3.5 YHDENVERTAISUUDEN, OSALLISUUDEN JA ASIAKKAAN ASEMAN JA OIKEUKSIEN VARMISTAMINEN

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen omahoitajansa. Omahoitaja valitaan jo ennen asiakkaan saapumista. 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 Sähköpostiosoite: sosiaaliasiavastaava@pirha.fi

Potilasasiavastaava puh 040 1909346 Sähköpostiosoite: potilasasiavastaava@pirha.fi

Heidän tehtävänä on neuvoa, ohjata ja tukea asiakkaita ja potilaita oikeuksiin liittyvissä asioissa. Yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla.

Muistutukset

Asiakkaalla tai läheisellä on oikeus tehdä muistutus palvelun laadusta tai kohtelusta. 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 tai läheinen haluaa tehdä muistutuksen, ohjeet ja muistutuslomake löytyy Pirkanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta. Muistutuksen voi tehdä suoraan toimintayksikköön tai Pirhalle. Halutessaan asukas saa apua palveluyksikön kodinjohtajalta tai sosiaaliasiavastaavalta. Muistute tehdään Pirhalle Omapirhan kautta vahvalla tunnistautumisella tai lähetetään kirjallisena Pirkanmaan hyvinvointialueen kirjaamoon. (Pirkanmaan hyvinvointialue, Kirjaamo, PL 272, 33101 Tampere) Sähköpostitse ei muistutuksia voi lähettää kirjaamoon.

Asukkaat, jotka eivät ole ohjautuneet asukkaaksi Pirkanmaan hyvinvointialueen kautta, muistutus tehdään suoraan kodin johtajalle kirjallisena. Kodin johtaja käsittelee muistutuksen yhteistyössä palvelujohtajan kanssa. Muistukseen vastataan korjaustoimenpiteineen viipymättä, kuitenkin

kuukauden sisällä muistutuksen vastaanottamisesta. Muistutus ja toimenpiteet käydään läpi myös henkilökunnan kanssa.

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 myös yksikön palvelujohtajaa. Muistutukset ja kantelut kirjataan Laatuporttiin.

Muistutusten, kanteluiden ja valvontapäätösten sisältö käydään läpi henkilöstön ja palvelujohdon kanssa. Muistutusten, kanteluiden ja valvontapäätösten perusteella asetetut kehittämistoimenpiteet toteutetaan asetetun aikataulun mukaisesti yhteistyössä henkilöstön kanssa ja niiden toteutumista seurataan poikkeamaprosessin mukaisesti. Kehittämistoimenpiteiden perusteella tehdyt toimenpiteet ja/tai toiminnan sekä prosessin muutokset kirjataan omavalvontasuunnitelmaan.

Tavoiteaika muistutusten käsittelylle 2–4 viikkoa

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.

Potilasvahinkoilmoitukset tehdään Potilasvakuutuskeskuksen ohjeiden mukaisesti.

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
Hyvinvointialueen sopimuksissa eroavaisuuksia, riippuen asiakasryhmästä- eriarvoisuus.	5	Asukkaille palvelut pyritään tuottamaan ilman, että sopimusten eriarvoisuus näkyy.

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 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, sosiaalihoitolain ja työturvallisuuslain mukaisia ilmoituksia. Henkilöstöllä on käytössään selkeät menettelyohjeet, ja ohjeet ovat saatavilla yksikön toimintajärjestelmässä. Kaikki kirjalliset ilmoitukset tehdään Laatuporttiin.

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, juurisyitä selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan.

Tietoa käytetään ohjeiden päivittämiseen, henkilöstön koulutukseen ja toimintaprosessien kehittämiseen.

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

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

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

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

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
Palo- ja pelastussuunnitelman sekä valmius- ja varautumissuunnitelman päivitys ja jalkauttaminen yksikköön.	Syksy 2026	Kodin johtaja, henkilökunta	Sisäinen auditointi
Asukkaiden toimintatuokioiden sisältö.	Vuosi 2026	Kodin johtaja, henkilökunta,	Asukas- ja läheistyytyväisyyskyselyt.
Kirjaamiskäytänteiden muutos (KANTA kirjaus, DC2 ohjelmiston käyttöönotto) Sosiaalihuollon- ja terveydenhuollon erottelu kirjaamisessa.	Vuosi 2026	Resurssipäällikkö, kodin johtaja	Kirjaamisen seuranta.
Henkilökunnan 100% vastuun kasvattaminen.	Vuosi 2026	Kodin johtaja, suunnistusvalmentaja, henkilökunta.	Työtyytyväisyyskysely, kvartaalikeskustelut.

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 lähetettävällä läheiskirjeellä.

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 osavuosittain 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. Sisäisiä auditointeja järjestetään organisaation toimesta kaksi kertaa vuodessa. 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: 1.5.-31.8.2026 **Arvioinnin laatija:** Anne-Mari Turunen **Päiväys:** 14.9.2026

POIKKEAMAT, LÄHELTÄ PITI -TILANTEET JA ASIAKASPALAUTE

Jakson aikana kirjattiin yhteensä 29 Laatuportti ilmoitusta, jotka sisälsi poikkeama- ja/tai läheltä piti ilmoituksia, kehittämis ehdotukset ja palautteet. Valtaosa ilmoituksista liittyi asiakasturvallisuuteen, kuten asukkaan kaatumiseen. Lääkepoikkeamia oli vain yksittäisiä.

Asukkaiden kaatumisia on Kurkelanhovissa vaikea estää koska asukkaat asuvat omissa kodeissaan ja he saavat liikkua vapaasti eikä asukkaan liikkumista voida rajata tai valvoa jatkuvasti. Yhteisöllisen asumisen asukas saattaa olla jo lähtökohtaisesti huonommassa kunnossa kuin ennen.

Laatuporttiin oli kirjattuna myös positiivisia asiakaspalautteita.

Toimenpiteet: Laatuportti ilmoitukset on käyty henkilökunnan kanssa läpi ja toimenpiteitä poikkeamien estämiseksi on mietitty. Kaatumisia on välillä vaikea estää koska asukkaat asuvat omissa kodeissaan, liikkuvat itsenäisesti ja rajoittaminen on kiellettyä. Pyrimme kuitenkin turvaamaan asukkaan toimintaympäristön ohjaamalla asukkaita ja läheisiä kodin selkeään ja turvalliseen sisustamiseen mm. Kurkelanhovin omalla infopakettilla, joka annetaan uuden asukkaan muuttaessa. Asukaskokouksissa puhumme myös asuntojen turvallisuudesta. Huolehdimme oikeanlaiset ja turvalliset apuvälineet ja muistuttelemmme niiden käytöstä. Mahdollisiin infektioihin puututaan ja lääkelistoja tarkastellaan.

Lääkehoidon perehdytykseen kiinnitetään huomiota ja lääkkeiden jako ja anto tilanteet pyritään rauhoittamaan, jotta pieniltäkin erehdyksiltä vältetään.

Toimintaympäristöturvallisuus ilmoituksiin puututaan, jotta henkilökunnalla on turvallisempaa ja helpompaa työskennellä, eikä tilat ole ahtaat.

HENKILÖSTÖRESURSSIT JA PEREHDYTYKSI

Kurkelanhovissa on vakituisia lähihoitajia kuusi, yksi sairaanhoitaja (kodin johtaja 50% sekä Karpinmäen yksikön kanssa yhteinen sairaanhoitaja 50%) sekä yksi tukipalvelun työntekijä. Henkilökunta muutoksia ei ole ollut. Kurkelanhovissa on vakituisen henkilökunnan lisäksi pitkäaikaisia, tuttuja sijaisia, jotka ovat paikanneet akuuteissa poissaoloissa sekä lomien aikana. Kyseiset sijaiset sijaistivat kesäaikaan vakituisen henkilökunnan ollessa ansaituilla kesälomilla. Henkilöstömitoitus on ollut riittävä koko seurantajakson ajan. Seurantajakson aikana Kurkelanhovissa on ollut muutama vapaa asunto.

Yhteisöllisen asumisen mitoitus on kuitenkin ajoin haastavaa laskea koska sovittujen kotikäyntien lisäksi, hoitajat ovat talossa asukkaan saatavilla koko päivän.

Sairaanhoitajan työpanoksen jakautuminen Karpinmäen yksikön kanssa on sujunut hyvin ja sairaanhoitaja on sisäistänyt tehtävänsä hyvin.

HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA KOULUTUS

Kesän aikana ei ole koulutuksia juurikaan ollut, mutta uusia koulutuksia on suunnitteilla syksylle. Yksi pitkäaikainen sijainen on uusinut kesän aikana lääkeluvat ja sairaanhoitaja suoritti EA koulutuksen loppuun toukokuun aikana.

Henkilökunta on suorittanut laitepassit, lääkeluvat ovat kunnossa ja ensiapukoulutukset ovat voimassa.

AIEMPIEN EPÄKOHTIEN KORJAAMINEN JA KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN SEURANTA

Työvälineet kirjaamisen osalta alkavat olemaan kunnossa. Domacare 2 ohjelma toimii mobiilissa ja tietokoneissa, joskin niiden käytössä on edelleen hieman kankeutta ja ajoittain joitakin puutteita tulee esille. Puutteista tiedotetaan aktiivisesti resurssipäällikköä joka vie asioita eteenpäin, jotta ne saadaan korjattua. Domacare 2 ohjelmaan kirjautuminen on ollut haasteellista ja siitä on jouduttu olemaan yhteyksissä usein IT-tukeen. Kaikilla hoitotyötä tekevillä työntekijöillä on käytössään henkilökohtaiset KANTA kortit, jotka ovat kaikilla myös käytössä.

Kirjaamisen erottelu vaatii ajoittain enemmän tarkkuutta. Haasteen luo se, että asukkaiden kirjaamiset toteutetaan eri tavoin, riippuen mihin asiakasryhmään asukas kuuluu ja käytössä on kaksi eri ohjelmaa.

Sosmeta lomakkeet eivät toimi Domacare2 ohjelmassa vielä.

Ajanvarauskirja on hyvässä käytössä.

Sisäisessä auditoinnissa mainittiin suunnitelmien ajantasaisuudesta (muun muassa varautumissuunnitelma ja palo- ja pelastussuunnitelma). Suunnitelmat on saatu päivitettyä kesäkuussa. Evakuointiharjoitus järjestetään henkilökunnalle syksyllä.

Sisäisessä auditoinnissa mainittiin myös ilmoitusvelvollisuuden läpikäymisestä henkilökunnan kanssa. Tätä käyty jo henkilökunnan kanssa läpi keväällä, käymme uudelleen ja ajoittain palaamme tähän. Henkilökunnan toimistossa on myös tiedote ilmoitusvelvollisuudesta.

RISKIEN ARVIOINTI

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Kyllä	Kyllä	HVA:lle on annettu palautetta terveyspalveluihin pääsystä. Toistaiseksi lääkäripalvelut ovat edelleen kankeat.
T2: Palvelujen jatkuvuus	Osittain	Kyllä	Yksikössä vähän poissaoloja ja ne pystytään hallitsemaan. Kantaan siirtyvä kirjaus voi parantaa tiedonkulkua terveyspalveluiden ja sosiaalipalveluiden välillä.
T3: Turvallisuus ja laatu	Kyllä	Kyllä	Turvaranneke saadaan asukkaalle nopealla aikataululla. Hälytysjärjestelmää testataan systemaattisesti. Kaikki asukkaat eivät kaikesta huolimatta suostu pitämään ranneketta kädessä.
T4: Henkilöstö	Kyllä	Kyllä	Henkilöstömitoitusta on hankala arvioida täysin yhteisöllisessä asumisessa. Henkilöstömitoitus ollut kuitenkin riittävä.
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Kyllä	Kyllä	Asukkaiden saama palvelu pyritään pitämään vakaana ja turvallisena.

Jakson aikana tunnistetut uudet riskit: Ei uusia riskejä tunnistettu.

UUDET KEHITTÄMISTARPEET SEURAAVALLE OSAVUODELLE

Kirjaamisen muutokset ja sen tuomat ohjelmisto muutokset ovat edelleen voimassa tai kaipaavat ainakin vahvistusta. Kirjauksien sisältöön on hyvä vielä panostaa. Sosiaali- ja terveystiedon kirjaamisen erottelussa tarvitaan ajoin pysähtymistä, jotta oikeat asiat tulee kirjattua oikeaan paikkaan.

Evakuointiharjoitus on suunniteltu henkilökunnalle syksyille. Henkilöstö on toivonut myös ns. läsnä olevaa koulutusta, jotta olisi mahdollisuus parempaan vuorovaikutukseen ja koulutusta joka vastaa enemmän henkilökunnan tarvetta. Joten syksyille järjestetään koulutusta muistisairauksista ja heidän kohtaamisestansa. Koulutuksen tulee ulkopuolinen järjestäjä.

Ilmoitusvelvollisuus läpikäydään henkilökunnan kanssa vielä syksyn aikana kertaalleen ja tähän palataan aina ajoittain.

Sosmeta lomakkeet toivotaan olevan käytössä vielä vuoden 2026 aikana.

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Kurkelanhovissa toiminta on ajanjaksolla 1.5.2026-31.8.2026 ollut rauhallinen ja vakaa. Joitakin asukkaita on poistunut kokonaan palvelusta, asukkaita on ollut myös pois kesän aikana paljon. Poissaoloista huomaa sen, että asukkaat ovat entistä huonomassa kunnossa ja saattavat tarvita jo ympärivuorokautista hoivaa. Uusia asukkaita on seurantajakson aikana tullut vain yksittäisiä.

Kesän aikana vakituiset sijaiset ovat sijaistaneet vakituisen henkilökunnan olleen vuorollaan kesälomalla. Kesä sujui Kurkelanhovissa kaiken kaikkiaan rauhallisesti. Asukkaiden kanssa vietettiin aikaa myös ulkoillen ja välillä päiväkahvitkin siirrettiin ulos. Asukkaat ovat tykänneet pelata keskenään myös erään hoitajan kehittämää pöytäpalloa ja yksi asukas on pitänyt muille asukkaille ahkerasti bingoa. Karaoke on raikannut Kurkelanhovissa useamman kerran, kun asukkaat ovat innostuneet

laulamisesta. Ulkopuolisia esiintyjiä on jonkun verran toivottu ja niitä pyritään nyt jatkossa enemmän tuomaan.

Kirjaamisessa on ollut joitakin haasteita mutta sekin kehittyy koko ajan. Kokonaisuudessaan kirjaaminen on ollut muutoksessa jo parin vuoden ajan ja ohjeistukset ovat vaihtuneet tiuhaan. Tämä on vaatinut henkilökunnalta valtavaa panostusta ja perässä pysymistä. Onneksi henkilökunta on pystynyt sopeutumaan muutoksiin loppujen lopuksi hyvin.

Palo- ja pelastussuunnitelma sekä varautumissuunnitelma on kesän aikana päivitetty.

Jokaisen 100% vastuu on mukana yhtenä suunnistusvalmennuksen teemana. Tähän jokainen pyrkii, siitä keskustellaan ja se vahvistuu koko ajan.

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)