

OMAVALVONTASUUNNITELMA

JÄÄSKENPIHA

2026



SISÄLLYS

Johdanto	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
1.4 Päiväys	6
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	6
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	8
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	8
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	11
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	14
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	23
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	26
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	32
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	32
4.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (29 § palveluntuottajan ja henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus, ilmoitus epäkohdasta tai ilmeisestä epäkohdan uhasta)	32
4.3 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	34
4.4 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	35
4.5 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	36
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	37
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta	37
5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi	39
5.3 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	39
5.4 Osavuoden arvioinnit	40
6. Edellisen Osavuoden arviointi	41
7. Omavalvontasuunnitelman päivitykset	47

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, PALVELUYKSIKKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Hoiva

Y-tunnus: 2770642-5

Yhteystiedot: Jääskentie 22, 02140 Espoo

OID Koodi: 1.2.246.10.27706425.10.0

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi: Jääskempiha

Oid Koodi: 1.2.246.10.27706425.10.39

Palvelupisteet eriteltyinä: Jääskempiha

Yhteystiedot: Jääskentie 22, 02140 Espoo

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualueen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Hanna Väisänen, 040 905 2185 hanna.vaisanen@yhhoiva.fi

OID Koodi: 1.2.246.10.27706425.10.20

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Yrjö ja Hanna Hoivan toiminnan tarkoituksena on tukea ja edistää vanhusten, vammaisten ja muiden päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia, toimintakykyä sekä merkityksellistä elämää. Perustehtävämme on tuottaa turvallisia ja yksilöllisiä asumis-, tuki- ja hoivapalveluita arjen askareissa apua tarvitseville ihmisille. Tavoitteenamme on asukkaan itsenäinen ja mielekäs elämä turvallisessa yhteisössä.

Jääskentien toiminta-ajatus perustuu Yrjö ja Hanna hoivan toiminnan tarkoitukseen ja perustehtävään. Jääskentien toiminta-ajatus on tuottaa vammaisten henkilöiden ympärivuorokautista palveluasumista, tuki- ja hoivapalveluita vammaispalvelulain alaisuuteen kuuluville yli 18- vuotiailla henkilöillä kuten ALS, ja työikäiset muistisairaat. Tarjoamme asukkaille turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin. Asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea ja seuraa yksilöllisesti.

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

Hyvän palvelun tuottamista ohjaavat Yrjö ja Hanna Kotien arvot: Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus.

Jääskentien arvot tarkoittavat päivittäisessä toiminnassa seuraavaa:

Eettisyys: Asukkaillamme on oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä ja olla osana hoidon suunnittelua ja toteutusta. Asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen on meille tärkeää ja kunnioitamme sitä. Kohtelemme kaikkia tasa-arvoisesti ja kauniisti. Toimintamme on avointa, rehellistä ja oikeudenmukaista.

Kohtaaminen: Kohtaamme toisemme yksilöinä ja omina persoonina. Tervehdimme aina toisiamme, ja otamme uudet asukkaat, läheiset, työntekijät, opiskelijat ja yhteistyökumppanit vastaan ilolla. Pysähdymme kuuntelemaan ja olemme läsnä. Keskustelemme ja opimme.

Jatkuvuus: Kehitämme osaamistamme säännöllisillä ja monipuolisilla koulutuksilla. Ohjaamme mielellämme opiskelijoita, he ovat tulevaisuuden hoitajia. Toimintamme on taloudellisesti vakaata ja laadukasta, joka turvaa asukkaillemme pysyvät kodit ja henkilökunnalle pitkäaikaiset työpaikat. Henkilöstön työhyvinvointi, sekä työyhteisössä viihtyminen on meille tärkeää, ja yhdessä kehitämme sitä. Meillä kaikilla on 100 % vastuu.

Jääskenpihassa on sovittu keskeisistä toimintaperiaatteista, joiden mukaisesti päivittäistä asiakastyötä toteutetaan. Yrjö ja Hanna hoivan organisaatiokohtaiset toiminnan periaatteet ovat;

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

Yhdessä arvot ja toimintaperiaatteet muodostavat toimintatapojen ja -tavoitteiden perustan ja ne huomioidaan kaikissa toiminnan vaiheissa sekä muun muassa asukkaiden, läheisten ja työtovereiden kohtaamisessa. Toiminta-ajatus, arvot ja periaatteet ovat kaikkien asukkaiden sekä heidän läheistensä nähtävillä. Niiden toteutumista seurataan sisäisissä auditoinneissa, asukas-, läheis- ja henkilöstökyselyissä sekä palautteissa.

Henkilökunta sitoutetaan arvojen ja periaatteiden mukaiseen toimintaan suunnistusvalmentajan ja kodin johtajan kanssa tehtyjen työyhteisökohtaisten keskustelujen, henkilökohtaisen perehdytyksen ja kehityskeskustelujen avulla. Jääskenpiha noudattaa organisaatiokohtaisia ohjeita ja menettelytapoja, miten arvojen ja periaatteiden vastaiseen toimintaan puututaan välittömästi. Työsopimuksen liitteenä on hyvään käytökseen sitoutumisen lomake.

Jääskenpihan Kodin johtaja selvittää edellä mainittujen ja periaatteiden vastaisen toiminnan juurisyyt. Työntekijöille annetaan tarvittaessa lisäperehdytystä tai kehitetään ja muokataan työohjeita. Kodin johtaja seuraa ja valvoo organisaation käytänteiden mukaisesti arvolähtöistä palvelutoimintaa ja puuttuu tarvittaessa ohjeiden noudattamattomuuteen työnjohdollisin keinoin. Kodin johtaja raportoi palvelujohtajalle.

Jääskentien arvojen ja toimintaperiaatteiden vaikuttavuutta mitataan vuosittain kyselyjen koostien valmistuttua. Kodin johtaja käy läpi yhdessä henkilökunnan kanssa tulokset, joiden perusteella tehdään tarvittaessa yhteisesti laadullisia muutoksia toteutettavaan palveluun.

Jääskentienissä on 9 ympärivuorokautista asumispaikkaa. Myös lyhytaikaishoito on mahdollista silloin, kun vapaita ympärivuorokautisia huoneita on vapaana. Palveluja tuotetaan pääsääntöisesti ostopalveluna, palvelusetelillä tai suoran hankintasopimuksen kautta. Jääskentienin asukkaat pääsääntöisesti ovat Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen asiakkaita, mutta palveluita tuotetaan myös Vantaan ja Keravan, Keski-Uudenmaan hyvinvointialueille sekä Helsingin alueelle.

Jääskentienissä työskentelee kodin johtaja/sairaanhoitaja (hallinnollinen osuus toimiluvan mukaan 80 %), sairaanhoitaja, 8 lähihoitajaa, 1 hoiva-avustaja sekä 1 tukipalvelutyöntekijä.

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat:

Apuvälineet: Berner Oy, Elintarvikkeet ja ateriapalvelu: Kespro ja ateriapalvelu Sodexo, Aterioiden kuljetuspalvelut: A2B, Hoitotarvikkeet: Pamark Oy, Hoitajakutsujärjestelmä Everon, Matinkylän apteekki, Lääkkeiden annosjakelu Pharmados, Huolto-yhtiö: Tapiolan kotikatu ja Laatukumppanit, Jätehuolto: Lassila & Tikanoja.

Ateriapalvelun tuottajien (Kespro, Sodexo) elintarvikelain mukainen omavalvontasuunnitelma hygieniapasseineen on hankittu, ja Jääskentienin varmistaa sen ajantasaisuuden osana alihankkijayhteistyötä ja sopimuseurantaa.

1.4 Päiväys

9.9.2026 versio 2.

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. Henkilöstö osallistuu omavalvontasuunnitelman laatimiseen- ja päivittämiseen. Kodin johtaja huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja että sen sisältö vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia. Omavalvontasuunnitelman hyväksyy palveluyksikön vastuuhenkilö (kodin johtaja), 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 vastuuhenkilö (kodin johtaja) valvoo kokonaisuutta, huolehtii toiminnan lainmukaisuudesta ja varmistaa, että yksikön toiminta on turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti resursoitua.

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

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

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

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

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

Omaevalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään organisaation arkistointikäytännön mukaisesti. Ne tallennetaan sähköiseen arkistoon (sisäinen järjestelmä Irma), 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.

Hyvinvointialueen asumispalveluista vastaava henkilö tai työryhmä arvioi asukkaan asumisen tarpeen ja tekee päätöksen asukkaaksi ohjauksesta Jääskenpihaan. Asumispalveluista vastaava henkilö tiedottaa alustavasta palveluntarpeesta ja asiakassuunnitelmasta. Tämän jälkeen sovitaan tutustumiskäynti ja tavataan tuleva asukas sekä läheinen. Mikäli asukas muuttaa toisen palvelun tuottajan yksiköstä, kontaktoidaan kyseisen yksikön sairaanhoitaja siirtoraporttia varten. Asiakkaalle määritellään omahoitaja, ja mahdollisuuksien mukaan hän on asiakasta vastassa muuton yhteydessä.

Saapuessaan asukas ja/tai läheiset saavat täytettäväkseen elämänkaarikyselyn, jota hyödynnetään yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa. Kahden viikon kuluttua asukkaan saapumisesta tehdään vammaispalvelun asukkaille RAI LTCF. RAI on asukkaan toimintakykyyn ja palveluntarpeen arvioon käytettävä mittari. Tarvittaessa tehdään myös MMSE muistitesti, MNA ravitsemustilan

seuranta, kaatumisriskin arviointi ja GDS-15 myöhäisiän masennusseula. Asiakkaan palveluiden toteuttamissuunnitelma, sekä itsemääräämisoikeussuunnitelma laaditaan 1kk sisällä muutosta.

Hyvinvointialueen sosiaalihojaaja laatii asukkaalle asiakassuunnitelman. Palveluiden toteuttamissuunnitelma laaditaan yhdessä asukkaan, omahoitajan, läheisen sekä muiden mahdollisten asukkaan verkostoon kuuluvien henkilöiden kanssa kuukauden kuluessa asumisen alkamisesta. Tarvittaessa palveluyksikön henkilökunta avustaa asukkaita tarvittavien tukien hakemisessa.

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 kodin johtaja seuraa 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 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
Hoitoon pääsyn viivästyminen: Lääkäripalvelut ajanvarauksella terveysasemalle. Takaisinsoittoon ei aina pystytä vastaamaan, tiedon siirto: kaikilla ei tiedossa syy ajanvaraukselle, jos puhelu tulee yllättäen	Lievät, epätoden näköinen = 4	Viranomaisnumeroa ei saatavilla. Raportointi ja tiedonsiirto selkeäksi, kommunikointi muiden kanssa. Terveysasema perustanut oman tiimin, jonne puhelut menevät ja he soittavat nopeammin takaisin.
Hoitoon pääsy viivästyy: Lääkäriaika – hoitajan mukaan pääsy akuuttiajoille tai illalla päivystyskäynneille ei aina onnistu.	Lievät, mahdollinen = 6	Kysytään läheisten mahdollisuutta osallistua, tarvittaessa käytetään HAEN – kuljetuspalvelua, jossa saattajamahdollisuus. Kuljettajaa ohjeistetaan saattamaan perille asti ja luovuttamaan asiakas vain hoitohenkilökunnalle.
Asukkaan hoitotiedot eivät päivitty reaaliajassa. Potilastietojärjestelmät eivät keskustele keskenään eikä pääsyä Lifecare tai Apottiin ole. Lääkärin lausuntoa ei aina heti saatavilla vaan lähetetään postitse. Tieto näin ollen läheisen, työntekijän tai puhelimesta saadun tiedon varassa.	Merkittävät, todennäköinen = 12	Mahdollisuuksien mukaan hoitaja lähtee mukaan, tekee muistiinpanot kirjallisena ja varmistaa ne lääkäriltä. Pyyntö lääkäristä tulostaa teksti mukaan, jos mahdollista. Pyyntö läheiseltä/edunvalvojalta laittaa kanta/maisateksti mikäli heillä on pääsy ja oikeus tietoihin. Käytössä DomaCare 2 tietojärjestelmä, jonka kirjaukset siirtyvät kantaan, mutta palveluysikössä ei ole näkyvyyttä kantaan kirjoitettuihin teksteihin.

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö ja tiedonkulku muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan selkeillä yhteydenottokäytännöillä, ajantasaisella dokumentoinnilla ja suostumusten mukaisella tiedonvaihdoilla. Asiakkaan palvelukokonaisuutta tuetaan monialaisella yhteistyöllä. Yhteistyö toteutuu asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja varmistaa, että palvelut ovat yhteensovitettuja, turvallisia ja asiakkaan kokonaisuutta tukevia.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

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

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

Valmiuden ja jatkuvuudenhallinnan toimivuus varmistetaan säännöllisellä seurannalla, henkilöstön perehdytyksellä ja harjoituksilla sekä ajantasaisilla ohjeilla. Kodin johtaja 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 Hanna Väisänen, hanna.vaisanen@yhhoiva.fi

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.

Jääskempihan kodin johtaja seuraa henkilöstötilannetta päivittäin ja varmistaa, että yksikössä on aina riittävä määrä osaavaa henkilöstöä vastaamassa asiakkaiden hoitoon ja palveluihin. Asiakkaan palvelut toteutetaan sovitusti, eikä henkilöstön poissaolo saa vaikuttaa hoidon turvallisuuteen, jatkuvuuteen tai laatuun. Kaikki muutokset ja järjestelyt dokumentoidaan, ja asiakkaan palvelukokonaisuus turvataan kaikissa tilanteissa.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Sairauspoissaolot – sijaisen saamisen vaikeus, vaihtuvat työntekijät – ei tunne toimintatapoja, asukkaita	Merkittävät, mahdollinen = 9	Hyvä ja vakaa sijaisrinki. Hyvä perehdytys, perehdytysvuorot, kielitaidon varmistaminen, poissaoloista ilmoittaminen ajoissa.
Työn organisoinnin ongelmat	Lievät, mahdollinen = 6	Tehtäväkuvien ja työnjaon selkeytys, vuorokohtaiset työnkuvat, oikea resurssi oikeassa paikassa, työvuorolista laadittu vastaamaan yksikön tarpeita ja mitoitus, sijaisilla voimassa lääkeluvat.
Uusien työntekijöiden perehdytys, sen puute	Lievät, mahdollinen = 6	Sijaisilla on perehdytysvuorot, selkeät ohjeistukset, perehdyttäjän nimeäminen, kirjallinen perehdytyslomake
Kielitaito tehtävään – suullinen ja kirjallinen	Lievät, mahdollinen = 6	Kielitaitovaatimus B1.1, varmistetaan kielitaito ja haastatteluvaiheessa. Lisäkouluttaminen tarvittaessa (kielikoulutus)

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 palveluiden toteuttamissuunnitelma, RAI-arvio sekä itsemääräämisoikeussuunnitelma, jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin. Asukkaiden arjen aktivointi varmistetaan päivittäisillä kirjauksilla ulkoiluista ja aktiviteeteista. Läheisyhteistyö toteutuu säännöllisesti kuukausittaisilla yhteydenotoilla – kuukausikirje kodinjohtajalta ja tiedotteilla.

Henkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi ovat keskeinen osa laadunhallintaa. Jokaiselle työntekijälle pidetään vuosittainen kehityskeskustelu, ja jokaisella on vuosittainen koulutustavoite. Omahoitajuuden toteutumista seurataan DomaCare 2 tietojärjestelmään tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti vähintään kerran kuukaudessa sekä aina mahdollisuuksien mukaan.

Laadunhallinnan työkaluihin kuuluvat päivittäinen kirjaaminen, mittariseuranta, poikkeamien käsittely, auditoinnit, riskienarvioinnit sekä säännölliset tiimipalaverit. Henkilöstömitoitus varmistetaan luvan mukaiseksi, ja poikkeamat kirjataan. Omavalvonnan osavuosi-arvioinnit tehdään kolme kertaa vuodessa, ja laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

Rajoitustoimenpiteiden toteutumista seurataan päivittäin, ja niiden asianmukaisuus viikoittain. Rajoitustoimenpiteistä raportoidaan kuukausittain palvelujohdolle.

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

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

Asiakasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti selkeillä toimintatavoilla, kuten asiakkaan tunnistamisella, palveluiden toteuttamissuunnitelmien 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.

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 arjessa ja vuosittaisilla turvallisuuskävelyillä, ja havainnot dokumentoidaan.

Toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä viranomaisten myöntämät hyväksynnit ja luvat säilytetään yksikön viranomaiskansiossa. Tarkastuksista kirjataan päivämäärät, tehdyt havainnot ja mahdolliset korjausvaatimukset. Omavalvonnan kannalta keskeiset havainnot käsitellään tiimissä ja viedään käytäntöön viivytyksettä.

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

Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja puutteita koskevat ilmoitukset tehdään kiinteistönhuollosta vastaavalle huoltoyhtiölle tai sovitulle yhteyshenkilölle laatukumppanille. Henkilöstö ilmoittaa havaitut viat välittömästi, ja kodin johtaja seuraa korjausten etenemistä. Tiedonkulku varmistetaan säännöllisillä huoltokatselmuksilla ja dokumentoinnilla.

Kiinteistön pitkäjänteinen ylläpito perustuu omistajan ja käyttäjän väliseen vastuunjakoon, joka on tarkemmin määritelty erillisessä vastuunjakotaulukossa. Ylläpitoa ohjaavat vuosittaiset huoltosuunnitelmat, jotka varmistavat tilojen turvallisen käytön pitkällä aikavälillä.

Tilojen kuntoa ja turvallisuutta seurataan säännöllisesti osana päivittäistä toimintaa. Havaituista puutteista ilmoitetaan viipymättä kodin johtajalle tai muulle nimetylle vastuuhenkilölle, joka huolehtii tarvittavien korjaustoimenpiteiden käynnistämisestä sovitun prosessin mukaisesti. Turvallisuuteen välittömästi vaikuttavat viat korjataan viipymättä, ja muut havaitut korjaustarpeet kirjataan ja käsitellään osana vuosittaista huoltosuunnittelua.

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.

Jääskentien asukkaiden käytössä on 19,5–24,8m² kokoinen huone omalla wc:llä ja suihkulla. Lisäksi heidän käytössään on yhteinen päiväsal, sauna ja kuntosal. Jokainen asukas voi sisustaa huoneensa mieleisellään tavalla tuoden sinne omia tärkeitä tavaroita. Jokaisessa huoneessa on valmiiksi hoitosänky sekä yöpöytä. Yhteiskäytössä apuvälineitä on nosturi, suihkutuoli, vaaka. Henkilökohtaiset apuvälineet asukas hankkii omahoitajan avulla apuvälinelainaamosta.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoj

Asiakastietolain 7 §:n mukaisena asiakastietojen käsittelystä vastaavana johtajana toimii palveluyksikön kodin 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 tietosuojan 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 tietosuojaoaaminen varmistetaan vuosittaisella pakollisella perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjeistuksilla. Ajantasaiset tietosuojaohteet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä järjestelmässä (sisäinen järjestelmä Irma), ja kodin johtaja varmistaa, että ohteet tunnetaan ja niitä noudatetaan. Henkilöstö koulutetaan toimimaan tietoturvaloukkaustilanteissa, ja he tietävät, miten ilmoitus tehdään ja kenelle.

Asiakastietojen käsittelyä ja kirjaamista koskevat ohteet ovat henkilöstön käytössä sähköisessä toimintajärjestelmässä. Ohteita päivitetään säännöllisesti, ja kodin johtaja varmistaa, että henkilöstö toimii niiden mukaisesti. Kirjaaminen tehdään viiveettä ja lain edellyttämällä tavalla.

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

Asiakastiedot kirjataan palveluyksikön käytössä olevaan sähköiseen järjestelmään DomaCare 2 tietojärjestelmään. Tietojen arkistointi toteutetaan organisaation ja yhteistyötahojen arkistointikäytäntöjen mukaisesti, ja tiedot säilytetään lain edellyttämän ajan.

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

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

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

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

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

Tallentavaa kameravalvontaa käytetään Jääskempihan lääkehuoneessa. 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 sovituilla 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.

Jääskempihassa asukkailla on käytössä Everon turvaranneke. Näiden toimivuus tarkistetaan viikoittain laitevastaavan toimesta.

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 Jääskempihan laaditun hygieniasuunnitelman hygieniaoheita.

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 kodin johtajalle. 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 (sisäinen järjestelmä Irma), päivittämällä ne säännöllisesti ja varmistamalla, että henkilöstö perehdytetään muutoksiin.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja osaamisen arvioinnilla. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Rokotuskattavuutta seurataan. Hygieniiohjeiden noudattamista seurataan havainnoimalla käsihygieniaa, suojainten käyttöä, siivouksen toteutumista ja kirjaamista. Poikkeamat käsitellään välittömästi ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan. Jääskempihan hygieniayhdyshenkilönä toimii palveluysikön sairaanhoitaja. Työntekijät voivat olla yhteydessä hygieniayhdyshenkilöön tai kodin johtajaan tarvittaessa kaikissa infektiorjuntaan liittyvissä kysymyksissä.

Palveluysikön 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 palveluysikköön ja se päivitetään kalenterivuositain sekä aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Päivitysajankohta dokumentoidaan suunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa kodin johtaja ja/tai lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja, 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. Lääkevarauksien 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. Jääskentien lääkinnällisten laitteiden vastuuhenkilönä on kodin johtaja, sekä palveluyksikön sairaanhoitaja. Heidän nimensä, tehtävänimikkeensä ja yhteystietonsa on kirjattu suunnitelmaan, ja he vastaavat 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.

Lisätietoa vaaratilanteista ilmoittamisesta: https://fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/vaatimukset-ammattimaisillekayttajille/vaaratilanteista-ilmoittaminen

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 lääkinnällisen 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
Poikkeamailmoitusten vähyys – ei tiedetä mistä kaikesta voi/pitää poikkeama tehdä	Merkittävät, todennäköinen = 12	Keskustelut, tarvittaessa myös henkilökohtaisesti. QR-koodi käytössä asukaspalautteelle. Muistuttaminen laatuporttiin ilmoituksen teosta.
Turvallisuuskävelyt – Sisällön laadun varmistaminen	Lievät, harvinainen = 2	Laatu- ja turvallisuussvastaava valittu yksikköön. Turvallisuuskävely on pidetty, pelastautumisharjoitus henkilöstölle sisäisenä koulutuksena 8/26 kodin johtajan johdolla
Vartijakutsua ei aina mukana hoitajalla	Merkittävät, melkein varma = 15	Kalenterimuistutus vartijakutsun käytöstä, puheeksi otto ja viikkopalavereissa asian läpi käyminen. Säännölliset testaukset.

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 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 vammaisten kanssa työskenteleviltä valvontalain 28 §:n mukaisesti. Selvitys tehdään ennen työsuhteen alkamista. Selvitys tehdään myös kaikilta sijaisilta haastattelun yhteydessä.

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 välittömästi 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 riittävyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Koulutussuunnitelman mukaisten koulutusten suorittaminen epätasaista	Lievät, todennäköinen = 8	Henkilökohtaiset keskustelut, kehityskeskustelut, viikkopalavereissa läpi käyminen, koulutusten suorituksen seuranta. Suunnitelma koulutusten suorittamisesta, mikäli niitä on jäänyt käymättä.
Sairauspoissaolot – sijaisen saamisen vaikeus, vaihtuvat työntekijät – ei tunne toimintatapoja, asukkaita	Lievät, mahdollinen = 6	Hyvä ja vakaa sijaisrinki, kattava perehdytys, perehdytysvuorot, kielitaidon varmistaminen, poissaoloista ajoissa ilmoittaminen.
Infektiot – epidemiat	Merkittävät, todennäköinen = 9	Hygieniasuunnitelman noudattaminen, riittävät ja oikeanlainen suojaus. Tartuntalain mukaiset rokotukset ajan tasalla.

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen omahoitajansa. Omahoitaja on nimetty asiakkaan palveluiden toteuttamissuunnitelmassa 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. Yrjö ja Hanna Hoivalle on laadittu Vammaispalveluiden asiakkaat ilman kehitysvammalain mukaista erityishuollon päätöstä IMO-käsikirja tukemaan asukkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamista.

Koska asiakkailla ei ole kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaista erityishuollon päätöstä, yksikössä ei sovelleta kyseisen lain mukaisia rajoitustoimenpiteitä. Rajoittavia toimenpiteitä käytetään vain poikkeuksellisissa ja välttämättömissä tilanteissa yleisten oikeusperiaatteiden (mm. hätävarjelu ja pakkotila) mukaisesti, ja jokainen tilanne, sen peruste ja toteutetut toimet kirjataan ja käydään läpi kodin johtajan kanssa.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava neuvoo asukkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä lakiasioissa, avustaa muistutuksen teossa, tiedottaa asukkaan oikeuksista, toimii asukkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi ja seuraa asukkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä.

Alueen sosiaaliasiavastaavan ja potilasasiavastaavan yhteystiedot:

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat 029 151 5838.

Sähköposti: sosiaali.potilasasiavastaava@luvn.fi

Neuvontaa puhelimitse ma 10–12, ti, ke, to klo 9–12 (ei perjantaisin, eikä pyhien aattona). Henkilökohtainen käynti ajanvarauksella.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat Puh. 0941910230

Neuvontaa puhelimitse maanantaisin ja tiistaisin 12.00–15.00, Keskiviikkoisin ja torstaisin 9.00–11.00

Huom.! Puhelinaikoja ei ole perjantaisin tai juhlapyhien aattoina.

Sähköposti yhteydenotot:

sosiaali-japotilasasiavastaava@vakehyva.fi

Helsinki

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat

Puhelinneuvonta: 09 310 43355 ma-to 9–11

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista:

Valtakunnallinen kuluttajaneuvonta 029 553 6901 www.kuluttajaneuvonta.fi

Lupa- ja valvontavirasto

Lupa- ja valvontaviraston puhelinvaihteeseen numeroon 0295 254 000.

Vaihde on auki maanantaista perjantaihin kello 8–16. Vaihde on auki maanantaista perjantaihin kello 8–16.15

Viraston postiosoite:

Lupa- ja valvontavirasto

PL 20

13035 LVV

Työsuojelun postiosoite:

Lupa- ja valvontavirasto / Työsuojelu

PL 30

13035 LVV

Lautakuntien postiosoitteet:

(Lautakunnan nimi)

PL 40

13035 LVV

Eduskunnan oikeusasiamies

Postiosoite: Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia

00102 Eduskunta

Faksi 09 432 2268

Ma - pe klo 9-15.

Puh. 09 4321 (eduskunnan vaihde)

Sähköposti: oikeusasiamies@eduskunta.fi

Muistutukset

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

Muistutusoikeus perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä, mikäli kyse on terveydenhuollon palvelusta, lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Kirjauksesta ilmenee muistutuksen sisältö, vastaanottopäivä ja käsittelystä vastaava henkilö. Yksikön johtaja selvittää muistutuksen sisällön puolueettomasti kuulemalla tarvittaessa asiakasta, läheisiä ja henkilöstöä sekä tarkistamalla dokumentaation ja tapahtumakulun. Selvityksen perusteella yksikön johtaja tekee ratkaisun ja arvioi, tarvitaanko korjaavia toimenpiteitä, ohjeistuksen tarkennuksia tai henkilöstön lisäohjausta.

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

Kanteluiden käsittely tapahtuu viranomaisohjeiden mukaisesti. Yksikkö toimittaa tarvittavat selvitykset ja osallistuu asian käsittelyyn asianmukaisesti. Asiakkaalle sekä palvelun järjestäjälle annetaan

kirjallinen ja perusteltu vastaus, jossa kuvataan tehty selvitykset, johtopäätökset ja mahdolliset toimenpiteet. Potilasvahinkoilmoitukset tehdään Potilasvakuutuskeskuksen ohjeiden mukaisesti. Henkilöstö tietää, miten ilmoitus tehdään ja kenelle asiasta ilmoitetaan yksikössä.

Saavutettavuus

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

Toimintakäytäntöjen ja päätöksenteon lainmukaisuus varmistetaan dokumentoimalla kaikki päätökset, kuten palvelupäätökset 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 kodin johtajan 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 palveluiden toteuttamissuunnitelmalla ja henkilöstön ohjeistuksella. Rajoitustoimenpiteitä käytetään vain lain sallimissa, välttämättömissä tilanteissa, ja ne dokumentoidaan tarkasti. Rajoitustoimenpiteiden käytöstä raportoidaan hyvinvointialueelle (tilaajalle) sen ohjeistamalla tavalla ja aikataululla. Lakisääteiset suunnitelmat (asiakas-, ja palveluiden toteuttamissuunnitelma) 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.

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
Vammaispalvelulain tunteminen ja omaksuminen. (osaamisala jokin muu kuin vammaiset)	Merkittävä, mahdollinen = 9	Sisäiset koulutukset, keskustelut, viikkopalaverit, mahdolliset lisäkoulutukset yhteistyössä oppilaitosten kanssa. Uusilta työntekijöiltä vammaisosaamisen todentaminen työkokemuksella tai osaamisalalla.
Aktiivisen arjen toteutuminen suunnitelmien mukaisesti jokaisen kohdalla – jokainen asukas ei halua/pysty osallistua yhteistoimintaan/retkiin.	Merkittävä, mahdollinen = 9	Harrastetoiminnan vastuussa olevan määrittäminen jokaiseen vuoroon. DomaCare 2 tietojärjestelmän kirjaukset. Vaihtoehtoisen toiminnan järjestäminen yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaan. Tämän kirjaaminen palveluiden toteuttamissuunnitelmaan. Omahoitajahetkien järjestäminen. Työvuoroihin virikevastuullisen nimeäminen.
Asukaskokousmuistioiden puute – asukaskokouksia pidetään mutta niistä ei aina muisteta tehdä muistiota	Lievät, todennäköinen = 8	Kalanteroidut kokoukset, muistiopohjat avuksi
Tasavertaisuus – toiset omahoitajat ovat aktiivisempia kuin toiset	Lievät, mahdollinen = 6	Omahoitajat noudattavat omahoitajan tehtävänkuvaa, jonka ovat allekirjoittaneet. Omahoitajahetket ja niiden dokumentointi DomaCare 2 tietojärjestelmään.

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.

4.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (29 § palveluntuottajan ja henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus, ilmoitus epäkohdasta tai ilmeisestä epäkohdan uhasta)

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. Ilmoitus tehdään AINA myös Laatuporttiin: kohtaan vaaratapahtuma, epäkohta ja epäkohdanuhka.

Kaikki ilmoitukset huomioidaan arkipäivisin 24 h ilmoituksen saapumisesta. Ilmoitukset otetaan viikon sisällä käsittelyyn, kaikki poikkeamat käydään viikoittain läpi. Epäkohta ja epäkohdan uhka ilmoitukset tulee olla käsiteltyinä kuukauden sisällä ilmoituksen saapumisesta. Kodin johtaja selvittää ilmoitukseen johtaneet syyt ja olosuhteet yhteistyössä henkilöstön ja tarvittaessa hyvinvointipalveluiden johdon kanssa. Epäkohdalle tai epäkohdan uhalle asetetaan tarvittavat kehittämistoimenpiteet tapahtuman korjaamiseksi ja/tai ehkäisemiseksi jatkossa aikatauluineen. Epäkohtailmoitukset ja niiden kehitystoimenpiteet ovat osa julkista omavalvonnan osavuosisraporttia, joka julkaistaan kolme kertaa vuodessa Yrjö ja Hanna Hoivan nettisivuilla

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. Palveluntuottajan on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä asiakasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluntuottaja ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin.

Valvontaviranomainen voi päättää toimenpiteistä siten kuin laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) 38 §:ssä säädetään tai antaa 39

§:ssä säädetyn määräyksen epäkohdan poistamiseksi.

Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Palveluntuottajan tai vastuuhenkilön menettelyä on pidettävä kiellettyinä vastatoimena, jos henkilön työ- tai virkasuhteen ehtoja heikennetään, palvelussuhde päätetään, hänet lomautetaan, häntä muutoin kohdellaan epäedullisesti tai häneen kohdistetaan muita kielteisiä seurauksia sen vuoksi, että hän on tehnyt 2–4 momentissa tarkoitetun ilmoituksen tai osallistunut ilmoittamansa asian selvittämiseen. Kiellettyä on myös estää tai yrittää estää henkilöä tekemästä 2–4 momentin mukaista ilmoitusta.

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. Jääskentahassa henkilöstön kanssa käydään läpi valvontalain 29§ mukainen ilmoitusvelvollisuus vähintään kolme kertaa vuodessa, sekä aina uusille työntekijöille sekä opiskelijoille, 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, juurisyys 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.

4.3 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 kodin johtajalle. Ensisijaisena tavoitteena on turvata asiakkaan tai potilaan tilanne ja estää lisähaitat. Tapahtuma kirjataan viipymättä ja se annetaan tiedoksi kirjallisena palvelunjärjestäjälle sekä tarvittaessa valvontaviranomaiselle. Vakavat lääkehoitoa koskevat poikkeamat ilmoitetaan Jääskensiphan lääkehoidosta vastaavalle lääkärille.

Esimerkkejä vakavasta poikkeamasta: lääkehoitopoikkeama (ellei kyseessä ole erittäin vakava poikkeama), asukkaaseen kohdistuva lievä sanallinen kaltoinkohtelu, lievät vahingot yksikössä (esim. kaatuminen ilman vammaa), henkilöstöön kohdistunut väkivallan uhka, laitteesta tai koneesta aiheutunut pieni vahinko ilman fyysistä vahinkoa sekä puuttuvat tai ajan tasalla olemattomat hoitotietomerkinnot. Esimerkkejä erittäin vakavasta poikkeamasta: asiakkaan kuolema tai vakava ruumiinvamma, epäilty tai todettu asukkaaseen kohdistunut väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö sekä vakava lääkitysvirhe, joka johtaa sairaalahoitoon tai välittömään hengenvaaraan.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi on järjestelmällinen ja perustuu juurisyiden selvittämiseen. Prosessi ja ohje löytyy sisäisestä järjestelmästä Irmasta. Prosessi sisältää tapahtumakuvausten, 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.

4.4 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. Yrjö ja Hanna hoivalla on käytössä EU:n whistleblower direktiivin mukainen anonyymi kanava henkilökunnalle väärinkäytösepäilyjen ilmoittamiseen. Ohjeet kanavan käyttöön löytyy Sisäisestä intrasta, Irmasta.

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 palvelujohtajan, jääskenpihan kodin johtajan ja henkilöstön kanssa, ja niiden edellyttämät

toimenpiteet toteutetaan viipymättä. Toteutuneita muutoksia seurataan osana omavalvontaa, jotta varmistetaan, että viranomaisvaatimukset täyttyvät ja toiminta kehittyy jatkuvasti.

4.5 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

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

Jokaiselle kehittämissuunnitelmalta nimetään vastuhenkilö, määrittelemme konkreettisen toteutustavan, tavoitteen ja aikataulun. Toimenpiteet kirjataan Laatuporttiin ja niiden yhteenveto viedään Taulukkoon 6 (Keskeisimmät korjaus- ja kehittämissuunnitelmat sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta). Kiireelliset toimenpiteet käynnistämme välittömästi; muut jaksotamme osavuosittain.

Kehittämissuunnitelmien toimeenpanoa seurataan säännöllisesti tiimipalaverissa ja osavuosi-arvioinneissa. Seurannassa arvioidaan, ovatko toimenpiteet toteutuneet suunnitellusti, ovatko ne johtaneet toivottuun muutokseen ja tarvitaanko lisätoimia. Kodin johtaja raportoi kehittämissuunnitelmien etenemisestä palvelujohtajalle sekä palvelunjärjestäjälle osavuosikokousten yhteydessä.

Toimenpiteiden vaikuttavuutta arvioidaan mittaamalla poikkeamien määrän ja luonteen kehitystä, asiakas- ja henkilöstöpalautteen muutoksia sekä sitä, syntyykö samanlaisia 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
Poikkeamailmoitusten aktiivinen laatiminen	Elokuu - Joulukuu 2026	Kodin johtaja	Poikkeamailmoitusten määrä
Läheisyhteistyön kehittäminen	Elokuu - Joulukuu 2026	Kodin johtaja	Syksyn 2026 tyytyväisyyskysely, palautteet
Asukkaiden aktiivisen arjen lisääminen ja läheisille näkyväksi tuominen	Elokuu - Joulukuu 2026	Kodin johtaja	Syksyn 2026 tyytyväisyyskysely, asukaskokoukset, palautteet, työvuorolistoille vastuuvuorolainen - toteutuminen
Kanta-arkistoon siirtyminen ja kirjaamisen laadullisen sisällön parantaminen jatkuvat	Elokuu - Joulukuu 2026	Kodin johtaja	Kirjaamisen seuranta, DC2 toimivuus, ongelmatilanteet
Laatu- ja turvallisuusvastaava	Elokuu - Joulukuu 2026	Kodin johtaja	Tehtäväkuvan rakentaminen ja vieminen käytäntöön

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.

Numeraallinen 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 palveluiden toteuttamissuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään puolen vuoden välein. Itsemääräämisoikeussuunnitelma tarkistetaan 6 kuukauden välein. 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 kehityskeskusteluilla ja koulutuksilla.

Omahoitajuuden toteutumista seurataan DomaCare 2 tietojärjestelmään tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti. Henkilöstömitoituksen tulee olla luvan mukainen, ja

mahdolliset poikkeamat kirjataan laatuporttiin. Laitepassit, lääkeluvat sekä koulutustunnit pidetään ajan tasalla Mepcossa.

Rajoitustoimenpiteitä seurataan säännöllisesti, ja niiden toteutuminen kirjataan päivittäin. palveluiden toteuttamissuunnitelma päivitetään 6 kuukauden välein, ja aina asukkaan tilanteen muuttuessa.

5.2 Laadun- ja riskienhallinnan raportointi

Palveluyksikössä laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan säännöllisesti yksikön kodin johtajalle 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.

Omaavalvonnassa seurannasta laaditaan selkeä ja ajantasainen selvitys. Selvitys sisältää keskeiset havainnot, tehdyt toimenpiteet ja mahdolliset kehittämistarpeet. Omaavolventasuunnitelma päivitetään ja julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein, kuten lainsäädäntö edellyttää. Julkaiseminen tapahtuu yksikön omaavolventamateriaalissa ja henkilöstölle näkyvissä kanavissa, jotta kaikki osapuolet ovat tietoisia muutoksista ja kehittämistoimista sekä Yrjö ja Hanna Hoiva Jääskentähin nettisivuilla.

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

5.4 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:** Kodin johtaja Hanna Väisänen **Päiväys:** 4.9.2026

Poikkeamat, läheltä piti -tilanteet ja asiakaspalaute

Tarkastelujakson aikana kirjattiin yhteensä 28 poikkeamailmoitusta, mikä on 7 ilmoitusta enemmän kuin edellisellä osavuosikaudella. Ilmoitukset jakautuivat neljään ryhmään: vaaratapahtumiin (19 kpl), toiminnan kehittämistä koskeviin ehdotuksiin (2 kpl), positiivisiin havaintoihin (3 kpl) sekä asiakaspalautteeseen (4 kpl). Kaikki poikkeamat on käsitelty henkilöstön kanssa, ja niiden pohjalta on yhdessä mietitty sekä korjaavia että ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ja koulutustarpeita

Poikkeamaryhmä	Määrä	Osuus kaikista
Vaaratapahtumat	19	68 %
Asiakaspalaute	4	14 %
Positiiviset havainnot	3	11 %
Kehittämisehdotukset	2	7 %
Yhteensä	28	100 %

Vaaratapahtumat (19 kpl)

Vaaratapahtumat muodostivat tarkastelujakson suurimman yksittäisen ryhmän. Ne jakautuivat seuraavasti:

Vaaratapahtuman tyyppi	Määrä	Osuus vaaratapahtumista
Asukasturvallisuus	8	42 %
Työturvallisuus ja -suojelu	6	32 %
Palo- ja toimintaympäristöturvallisuus	3	16 %
Lääkehoito	2	11 %
Yhteensä	19	100 %

Kehittämisehdotukset (2 kpl)

Henkilöstöltä saatiin tarkastelujaksolla kaksi toiminnan kehittämistä koskevaa ehdotusta. Ehdotukset kertovat siitä, että henkilöstö on aktiivisesti mukana kehittämässä yksikön toimintaa, ja niiden käsittely osana omavalvontaa tukee jatkuvaa parantamista.

Positiiviset havainnot (3 kpl)

Tarkastelujaksolla kirjattiin kolme positiivista havaintoa. Kaikki kolme olivat asukkaan läheisen antamaa palautetta toiminnasta ja hoitajista, mikä on arvokasta tietoa siitä, miten hoitotyö ja arjen kohtaamiset näyttäytyvät omaisten silmin.

Asiakaspalaute (4 kpl)

Asiakaspalautetta kertyi neljä, ja kaikki palaute oli myönteistä: kaksi palautetta tuli asukkailta itseltään ja kaksi läheisiltä. Myönteinen palaute niin asukkailta kuin läheisiltä tukee kuvaa siitä, että arjen hoiva ja kohtaaminen koetaan hyväksi, vaikka poikkeamien kokonaismäärä on kasvanut.

Toimenpiteet ja jatkotoimet

Kaikki tarkastelujakson poikkeamat on käsitelty henkilöstön kanssa. Käsittelyssä on yhdessä mietitty sekä korjaavia toimenpiteitä yksittäisiin tapahtumiin että ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä vastaavien tilanteiden välttämiseksi jatkossa. Erityisesti asukasturvallisuuteen ja työturvallisuuteen liittyvien tapahtumien määrä puoltaa sitä, että näihin teemoihin liittyvää perehdytystä, ohjeistusta ja arjen käytäntöjä tarkastellaan uudelleen seuraavalla jaksolla.

Henkilöstöresurssit ja perehdytys

Tarkastelujaksolla henkilöstöresurssi on ollut riittävä, ja sijaisia on ollut hyvin saatavilla tarvittaviin vuoronvaihtoihin.

Yksikössä on aloittanut uusia opiskelijoita harjoittelujaksoilla. Opiskelijoiden ohjaaminen ja perehdyttäminen tukevat ammatillista kehittymistä sekä tarjoavat mahdollisuuden jakaa ja vahvistaa hyvää hoitotyön osaamista.

Henkilöstön kehityskeskustelut on aloitettu, ja niiden avulla tuetaan henkilöstön ammatillista kehittymistä, työssä jaksamista sekä yhteisten tavoitteiden saavuttamista.

Suunnistusvalmennuksen kvartaalikeskustelu pidettiin seurantajakson aikana. Keskustelu synnytti hyvää ja rakentavaa pohdintaa työyhteisössä siitä, miten työhyvinvointia voidaan edelleen kehittää ja millä konkreettisilla keinoilla henkilöstön työssä viihtymistä ja jaksamista voidaan tukea.

Henkilöstömäärä vuoroissa on ollut seuraava, ja luvanmukainen henkilöstömitoitus on täyttynyt koko arviointijakson ajan; aamu 3, ilta 3 ja yö 1 työntekijä. Arkipäivisin tukipalvelutyöntekijä vastaa Jääskensiphan siivouksesta ja ateriahuollosta.

Valvontalain 29 §:n mukainen henkilöstön ilmoitusvelvollisuus on kerrattu henkilöstön kanssa. Näin on vahvistettu henkilöstön tietoisuutta ilmoitusvelvollisuudesta ja sen merkityksestä turvallisen ja laadukkaan toiminnan toteuttamisessa.

Henkilöstön osaaminen ja koulutus

Tarkastelujaksolla pelastautumisharjoitus toteutettiin suunnitellusti kodin johtajan antamalla sisäisenä koulutuksena. Harjoituksen yhteydessä tunnistettiin esiin nousseet riskit, ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehtiin. Henkilöstö koki harjoituksen hyödyllisenä, sillä se tarjosi mahdollisuuden harjoitella käytännössä asukkaiden turvallista pelastamista ja toimintaa poikkeustilanteessa. Kodin johtaja piti henkilöstölle kirjaamiskoulutusta. Lisäksi sairaanhoitaja osallistui haavanhoitokoulutukseen, jonka annin on tarkoitus jakaa muulle henkilökunnalle osaamisen vahvistamiseksi.

Aiempien epäkohtien korjaaminen ja kehittämistoimenpiteiden seuranta

Edellisellä osavuodella asetettu tavoite lisätä poikkeamailmoitusten, kehitysehdotusten, asiakaspalautteen ja positiivisten havaintojen tekemistä on toteutunut: ilmoitusten kokonaismäärä nousi 21:stä 28:aan eli seitsemällä ilmoituksella. Tämä kertoo siitä, että henkilöstö on ottanut omavalvonnan kirjaamiskäytännöt entistä paremmin osaksi arkea.

Myös läheisyhteistyöhön on saatu parannusta, mikä näkyy läheisiltä saadussa palautteessa.

RISKIEN ARVIOINTI

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Osittain	Osittain	Yhteistä tietojärjestelmää ei julkisen terveydenhuollon kanssa ole, eikä ole saatavilla toistaiseksi. DC2 kirjaukset siirtyvät kantaan jatkossa. Tavoiteaikataulu Kanta-liittymiselle on syys-lokakuu 2026.
T2: Palvelujen jatkuvuus	Osittain	Kyllä	Tehtävä/vuorokuvausten tarkentaminen vielä kesken – viikkopalavereissa käytänteistä sovittu, kirjallinen ohje kesken. Asiakaskohtaiset listat laadittu
T3: Turvallisuus ja laatu	Osittain	Kyllä	Riskiä tunnistaminen ja korjaaminen on tehty, riskien tunnistaminen jatkuvaa. Laatu ja turvallisuusvastaava on valittu.

T4: Henkilöstö	Osittain	Osittain	Uusi koulutusala käyttöön - Uuden koulutusalan omaksuminen ja merkintöjen vienti Mepcoon
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Ei	Kyllä	Omahoitajuus on vahvistunut

Jakson aikana tunnistetut uudet riskit: Ei uusia riskejä tunnistettu

Uudet kehittämistarpeet seuraavalle osavuodelle

Seuraavalle osavuodelle on asetettu seuraavat kehittämistavoitteet:

- Kanta-arkistoon siirtyminen ja kirjaamisen laadullisen sisällön parantaminen jatkuvat.
- Asukkaiden aktiivisen arjen lisääminen – työvuorolistoihin merkitään vastuuhenkilöt kullekin vuorolle.
- Läheisyhteistyön kehitys jatkuu
- Poikkeamailmoitusten tekemisen lisääminen jatkuu.
- Laatu- ja turvallisuusvastaavan tehtäväkuvan vieminen käytäntöön

Kokonaisarvio osavuodesta

Tarkastelujakson kokonaiskuva on myönteinen. Poikkeamailmoitusten määrä on kasvanut, mikä yhdessä henkilöstön aktiivisten kehitysehdotusten ja asukkailta sekä läheisiltä saadun myönteisen palautteen kanssa kertoo toimivasta omavalvonnasta ja avoimesta turvallisuuskulttuurista. Henkilöstöresurssi on ollut riittävä ja luvanmukainen mitoitus on täyttynyt koko jakson ajan, ja henkilöstön osaamista on vahvistettu muun muassa pelastautumisharjoituksella sekä kirjaamis- ja haavanhoitokoulutuksella. Myös aiemmalla osavuodella asetetut kehittämistavoitteet ovat edenneet suunnitellusti.

Sisäinen auditointi toteutettiin seurantajakson aikana. Auditoinnissa nousi esille yhteensä kymmenen toimenpiteitä vaativaa huomiota: yksi vahvuus, kolme kehittämissuosituksia, neljä lievää poikkeamaa ja kaksi merkittävää poikkeamaa. Kaikki auditoinnissa esille nousseet huomiot käsiteltiin ja korjattiin

viipymättä. Auditointi tarjosi hyvän mahdollisuuden arvioida toiminnan nykytilaa ja tunnistaa konkreettisia kehittämiskohteita.

Vammaispalveluasiakkaille, joilla ei ole erityishuollon päätöstä, on laadittu itsemääräämisoikeutta koskeva käsikirja. Käsikirja tukee henkilöstöä itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa ja yhdenmukaisten toimintatapojen noudattamisessa.

Jakson aikana asukaspaikkoja on ollut käytössä 8/9, ja lyhytaikaishoidon asukas on ollut yksikössä noin kerran kuukaudessa.

Yksikön juhluvuoden kunniaksi vietettiin teemaviikkoa, jonka aikana muun muassa ulkoiltiin, askarreltiin ja grillattiin, ja asukkaat pääsivät nauttimaan herkullisia annoksia yksikön omasta jäätelöbaarista – viikon kohokohtana esiintyi Konsta Hietanen.

Kesälomat sujuivat hyvin, sillä käytettävissä oli hyviä sijaisia. Kirjaamisen seuranta on jatkunut, ja kirjaamisen laatu on parantunut. Ateriapalvelun tuottaja on vaihtunut Sodexoksi. Muutoksen yhteydessä on kiinnitetty huomiota palvelun sujuvaan toteutumiseen ja asiakkaiden tarpeiden huomioimiseen.

Yksikköön valittiin myös laatu- ja turvallisuusvastaava, jolla on jatkossa oma roolinsa omavalvonnan ja turvallisuustyön tukena. Hänen tehtävänsä on rakenteilla ja käynnistyy seuraavan osavuoden aikana. Läheisille tarjotaan mahdollisuutta tavata henkilöstöä kerran kuukaudessa järjestettävissä lauantaikahveissa; osallistujia ei toistaiseksi ole ollut, mutta mahdollisuus pidetään edelleen avoinna. Asukkaiden toiveita ja palautetta kuullaan säännöllisissä asukaskokouksissa, ja asukkaiden ja henkilöstön yhteiset päiväkahvit ovat osa lähes päivittäistä arkea.

Kokonaisuutena osavuosi on ollut yksikölle vakaa ja kehittyvä: Henkilöstöresurssit ovat olleet riittävät, turvallisuutta seurataan aktiivisesti ja on vahvistettu harjoittelun, riskien tunnistamisen, sekä korjaamisen avulla ja auditoinnin avulla, kirjaaminen on kehittynyt ja henkilöstön osallistumista työhyvinvoinnin kehittämiseen on tuettu. Samalla asukkaiden osallisuuteen, itsemääräämisoikeuteen ja mielekkääseen arkeen on kiinnitetty jatkuvasti huomiota. Toiminnassa on huomioitu myös asukkaiden hyvinvointia ja yhteisöllisyyttä tukevat tapahtumat.

Näiden pohjalta on asetettu myös seuraavan osavuoden kehittämistavoitteet.

7. OMAVALVONTASUUNNITELMAN PÄIVITYKSET

24.6.2026	Jaettu omaan lukuun sekä täydennetty 4.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (29§ palveluntuottajan ja henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus)
24.6.2026	Siirretty asiakkaaksi tuloprosessi kappaleesta 1.3 kappaleeseen 3.1
3.9.2026	Esihenkilö viittaukset korvattu sanalla kodin johtaja
3.9.2026	Kappale 1.3: Ateriatoimittaja vaihtunut, lisätty uusi ateriantoimittaja alihankkijoihin ja poistettu Domus keittiö
3.9.2026	Päivitetty riskien arviointia
8.9.2026	Kohta 3.3.2: Kiinteistön omistajan vastuuta tarkennettu
8.9.2026	Kohta 3.5: Lisätty lupa- ja valvontaviraston yhteystiedot
8.9.2026	Kohta 3.5: Lisätty eduskunnan oikeusasiamiehen yhteystiedot
8.9.2026	Valvira viittaukset korvattu sanalla lupa- ja valvontavirasto
9.9.2026	Kohta 3.3.2: Lisätty asukkaan käytössä olevat tilat ja välineet Jääskentienpihassa