OMAVALVONTASUUNNITELMA

EURAKOTI

2026

(Arviointi toukokuussa, syyskuussa ja tammikuussa)

Muutokset perustuvat Satakunnan hyvinvointialueen valvontakäynnin 18.2.2026 tapahtumaraporttiin (SATAHADno-2026-2015) ja ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelukuvaukseen 2026.

YRJÖ JA HANNA
HOIVA

Sisällys

JOHDANTO ... 3
1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT ... 3
1.1 PALVELUNTUOTTAJAN PERUSTIEDOT ... 3
1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT ... 3
1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET ... 3
1.4 PÄIVÄYS ... 7
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 ... 10
3.3 PALVELUJEN TURVALLISUUDEN JA LAADUN VARMISTAMINEN ... 12
3.4 ASIAKAS- JA POTILASTYÖHÖN OSALLISTUVAN HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYDEN JA OSAAMISEN VARMISTAMINEN ... 21
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 ... 29
4.3 PALAUTETIEDON HUOMIOIMINEN KEHITTÄMISESSÄ ... 29
4.4 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN MÄÄRITTELY JA TOIMEENPANO ... 30
5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI ... 30
5.1 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN SEURANTA ... 30
5.2 LAADUN- JA RISKIENHALLINNAN RAPORTOINTI ... 32
5.3 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN ETENEMISEN SEURANTA JA RAPORTOINTI ... 32
6. EDELLISEN OSAVUODEN ARVIOINTI ... 33
LIITTEET ... 36

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. Suunnitelma laaditaan Lupa- ja valvontaviraston (ent. Valvira) omavalvontamääräyksen 1/2024 mukaisesti, ja siinä huomioidaan Satakunnan hyvinvointialueen ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelukuvauksen 2026 vaatimukset.

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 PALVELUNTUOTTAJAN PERUSTIEDOT

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Seniorikodit Oy
Y-tunnus: 3503357-4
Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4, 00100 Helsinki
OID Koodi: 1.2.246.10.35033574.10.0

1.2 PALVELUYKSIKÖN PERUSTIEDOT

Palveluyksikön nimi: Eurakoti
Palvelupisteet eriteltyinä: Terveystie 4 M, 27510 Eura
Yhteystiedot: Hoitajat 24/7 puh. 040 821 2148
Palveluvastaava puh. 040 457 0486
Sairaanhoitaja puh. 050 476 7466
Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot: Niina Ramstedt, puh. 050 593 7507, niina.ramstedt@yhhoiva.fi

1.3 PALVELUT, TOIMINTA-AJATUS JA TOIMINTAPERIAATTEET

Eurakoti tuottaa iäkkäiden ympärivuorokautista palveluasumista, iäkkäiden kotihoitoa ja kotisairaanhoitoa sekä sosiaalihuollon tukipalveluita.

Aluehallintoviraston/ Valviran luvan myöntämisajankohta: sosiaalihuollon osalta 22.10.2012, terveydenhuollon osalta 13.3.2013, viimeisin muutos 30.04.2026. Rekisteröintiviranomainen on 1.1.2026 alkaen Lupa- ja valvontavirasto (LVV).

Palvelu, johon lupa on myönnetty:

- iäkkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen palveluyksikössä, 29 paikkaa.
- iäkkäiden kotihoito asiakkaan kotona, 50 paikkaa.

- muu sosiaalihuollon palvelu: Sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaiset tukipalvelut asiakkaan kotona, 50 paikkaa.
- iäkkäiden kotisairaanhoito potilaan kotona, 50 paikkaa

1.3.2 Palvelujen sisältö ja toteuttaminen

Eurakodissa ympärivuorokautista asumista järjestetään pitkä- ja lyhytaikaisesti maksimissaan 29 asukaspaikalla (28 asuntoa, joista yksi on kaksio). Eurakodissa on kaksi osastoa, Mansikka ja Mustikka, yhdyskäytävineen. Asukkaiden ikä on 79–100 vuotta.

Eurakoti tuottaa kotihoitoa, kotisairaanhoitoa ja sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaisia tukipalveluja itsenäisesti kotona asuville ikääntyneille samassa talossa sijaitsevassa senioritalo Helmiinassa ja lähialueilla. Kysynnän ollessa vähäistä kotihoitoa tuotetaan Eurakodin henkilöstön toimesta, ja tämä on huomioitu henkilöstömitoituksessa (tilanne 10/2026: noin 4 tuntia kuukaudessa).

Kotisairaanhoito käsittää kotona asuvien asiakkaiden lääkehoitoa, mahdollista haavojen hoitoa sekä terveydentilan seurantaa. Kotisairaanhoidosta vastaa lääkehoitoon perehtynyt sairaanhoitaja.

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon käyntejä ja tukipalveluja järjestetään fyysisinä käynteinä maksimissaan 50 asiakkaalle kutakin. Senioritalo Helmiinassa on 28 asuntoa, joista osassa asuu pariskuntia.

Palvelut tuotetaan pääasiassa läsnä palveluina asiakkaan kotona tai palveluyksikössä.

Eurakodin palvelut on suunnattu pääasiassa ikääntyville henkilöille, jotka tarvitsevat asumista, hoivaa, kotihoitoa, kotisairaanhoitoa tai arkea tukevia sosiaalihuollon tukipalveluita.

Palvelut tuotetaan Satakunnan hyvinvointialueen alueella Eurassa, Satakunnassa. Ympärivuorokautisen asumisen palvelu on hyvinvointialueen ostopalveluna tuotettua.

Palveluihin on mahdollista hakeutua myös itsemaksavana asiakkaana. Itsemaksavien asiakkaiden kanssa laaditaan kirjallinen palvelusopimus sekä yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Palveluja tuotetaan Eurakodin palveluyksikössä sekä asiakkaiden kodeissa Eurassa ja lähialueilla.

Palvelujen toteuttamisessa tehdään yhteistyötä asiakkaan läheisten sekä eri yhteistyötahojen kanssa. Keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, lääkärit, apteekit sekä muut asiakkaan hoitoon osallistuvat toimijat.

Palvelujen toteuttamisessa huomioidaan asiakas- ja potilasturvallisuus sekä palvelujen laatu. Henkilöstö toimii sovittujen toimintatapojen, ohjeistusten ja yksikön omavalvonnan mukaisesti.

1.3.3 Ostopalvelut ja alihankinta

Alihankintana tuotettujen palvelujen laatua seurataan säännöllisesti yhteistyössä palveluntuottajien kanssa. Laatua arvioidaan muun muassa asiakas- ja henkilöstöpalautteen, mahdollisten poikkeamien ja reklamaatioiden

sekä yhteistyöpalavereiden avulla. Tarvittaessa palveluntuottajiin ollaan yhteydessä viivytyksettä havaitun epäkohdan korjaamiseksi.

Ostopalvelujen tuottajat:

- Ateriapalvelut: Attendo Oy
- Lääkäripalvelut: Trinitas Lääkäripalvelut Oy
- Apteekkipalvelut, lääkkeiden annosjakelu: Apteekki Skanssi
- Apteekkipalvelut, akuutti lääkehoito: Euran Apteekki
- Hoitajakutsut: Oy Everon Ab
- Työvaatepalvelut: Hejco
- Laitehuoltopalvelut: Berner Oy
- Vaihtomattopalvelu: Hejco
- Siivouspalvelu: SOL-palvelut Oy
- Kiinteistöpalvelut: AP-kiinteistöpalvelut
- Vartijapalvelu (tarvittaessa henkilökunnan työrauhan turvaamiseksi): Turvapalvelu 100
- Yrjö ja Hanna Hoiva vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

1.3.4 Asiakkaaksi tulemisen prosessi

Asiakkaaksi tullaan pääsääntöisesti Satakunnan hyvinvointialueen tekemän palvelutarpeen arvioinnin kautta. Hyvinvointialue tekee päätöksen ympärivuorokautisesta palveluasumisesta tai kotihoidon palveluista ja ohjaa asiakkaan Eurakodin palveluihin. Eurakoti ottaa uuden asiakkaan vastaan ja sairaalasta palaavan asukkaan takaisin viivytyksettä. Uuden asukkaan vastaanotosta on vastuutettu. Vapautuvista paikoista ilmoitetaan hyvinvointialueelle sen ohjeiden mukaisesti.

Kotihoidon ja tukipalvelujen osalta asiakkuus voi alkaa myös asiakkaan, omaisen tai muun yhteistyötahon yhteydenotolla. Tällöin asiakkaan palveluntarve arvioidaan ja asiakkaalle laaditaan yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma sekä tarvittaessa palvelusopimus.

Palvelujen toteutumista ja asiakkaan palveluntarvetta arvioidaan säännöllisesti ja suunnitelmaa päivitetään tarvittaessa yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Jokaiselle asukkaalle tehdään toteuttamissuunnitelma, joka perustuu RAI-arviointiin. RAI-arviointi tehdään 1–2 kuukauden kuluessa muutosta ja sen jälkeen vähintään puolen vuoden välein. Tarvittaessa suunnitelmaa ja RAI-arviointia päivitetään tilanteen muuttuessa.

Itsemaksavien asiakkaiden kanssa laaditaan kirjallinen palvelusopimus sekä yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma.

1.3.5 Toiminnan tarkoitus, 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.

Toiminnassa noudatetaan asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työotetta, jossa asiakkaan omia voimavaroja tuetaan ja hänen osallisuuttaan vahvistetaan.

Eurakodin toiminta-ajatus perustuu Yrjö ja Hanna Hoivan toiminnan tarkoitukseen ja perustehtävään.

Eurakodin toiminta-ajatus on tuottaa asumis-, tuki- ja hoivapalveluita ikääntyneille. Palvelumme joustavat asukkaan tarpeen mukaan satunnaisesta avusta ympärivuorokautiseen lyhyt- tai pitkäaikaiseen hoitoon. Tarjoamme asukkaille turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin. Asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea, yhteisöllisyyttä ja seuraa yksilöllisesti.

Eurakodissa 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

Toimintaa kehitetään jatkuvasti asiakaspalautteen, henkilöstön havaintojen sekä omavalvonnan avulla. Palautetta kerätään säännöllisesti ja sitä hyödynnetään toiminnan suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Kahdesti vuodessa toteutetaan asukas-, omais- ja henkilöstötyytyväisyyskyselyt.

1.3.6 Toimintaa ohjaava lainsäädäntö ja suositukset

Eurakodin toimintaa ohjaavat muun muassa seuraavat lait ja suositukset:

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023)
- Hallintolaki (434/2003)

- Suomen perustuslaki (731/1999)
- Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi 2024–2027
- Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistukset
- Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -opas lääkehoitosuunnitelman laatimisessa
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023)
- Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021) ja tartuntatautilaki (1227/2016)
- Lupa- ja valvontaviraston määräys omavalvonnasta 1/2024
- Satakunnan hyvinvointialueen ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelukuvaus 2026

1.3.7 Arvot ja ihmiskäsitys

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 ja arvostavan kohtaamisen avulla. Hyvän palvelun tuottamista ohjaavat Yrjö ja Hanna Hoivan arvot: Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus.

Eurakodin arvot tarkoittavat päivittäisessä toiminnassa seuraavaa:

Eettisyys

Toimintamme on läpinäkyvää ja avointa, ihmisarvoa kunnioittavaa ja toinen toistansa parhaaseen auttavaa. Katsomme toisiamme aina silmiemme tasolta, ei ylhäältä eikä alentuvasti. Emme piiloudu kiireen tai ammatillisuuden taakse, vaan elämme yhteistä ihmisyyttä päivittäin kokien. Toimimme arjessa kunnioittavasti, tasavertaisesti ja ammatillisesti asiakkaan ihmisarvoa tukien.

Kohtaaminen

Arvostamme jokaista kohtaamista asukkaan tai asiakkaan, hänen läheistensä, yhteistyötahojen sekä jokaisen työyhteisössä työskentelevän tai yksikössä vierailevan kanssa. Jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen ja antaa mahdollisuuden kohottaa osapuolten elämän laatua, sillä hetkellä ja mahdollisesti siitä eteenpäinkin.

Jatkuvuus

Haluamme elää kaikkien kohtaamiemme ihmisten kanssa yhteistä matkaa niin pitkään, kuin se on toimillamme mahdollista. Emme jätä ketään puolitiehen, vaan saatamme perille tai turvallisesti tukien siihen saakka, mikä on tavoitteena.

Arvot ohjaavat Eurakodin päivittäistä toimintaa, päätöksentekoa sekä henkilöstön työskentelyä ja näkyvät asiakkaiden kohtaamisessa sekä palvelujen toteuttamisessa.

1.4 PÄIVÄYS

Omavalvontasuunnitelman päiväys ja versiomerkinnät

24.3.2026 Versio 1. Reetta Malkakorpi

10.4.2026 Versio 2. Niina Ramstedt

8.10.2026 Versio 3. Niina Ramstedt: valvontakäynnin 18.2.2026 korjaavat toimenpiteet, ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelukuvauksen 2026 vaatimukset.

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. Suunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa, ja se laaditaan moniammatillisesti yhdessä sairaanhoitajien, vastuualueiden hoitajien ja henkilöstön kanssa.

Palveluyksikössä sähköisen omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seurannasta ja julkaisemisesta vastaa yksikön johtaja. Hän huolehtii siitä, että suunnitelma on ajantasainen ja että sen sisältö vastaa lainsäädännön ja organisaation vaatimuksia.

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy palveluyksikön vastuuhenkilö, joka vastaa myös sen virallisesta käyttöönotosta.

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

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

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

Omavalvontasuunnitelman ja sen päivitysten toteutuminen varmistetaan osana yksikön päivittäistä toimintaa. Esihenkilö seuraa suunnitelman toteutumista, käy läpi mittarit ja havainnot tiimin kanssa ja varmistaa, että

toiminta vastaa suunnitelman linjauksia. Päivitykset viedään käytäntöön välittömästi, ja niiden toteutumista seurataan arjen työssä, kirjaamisessa ja säännöllisissä palavereissa.

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

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus varmistetaan säännöllisellä seurannalla ja päivityksillä.

Esihenkilö vastaa siitä, että suunnitelmaan tehdyt muutokset viedään käytäntöön ja julkaistaan viiveettä sekä sähköisessä järjestelmässä että yksikön näkyvillä olevassa versiossa. Päivitykset tehdään aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia.

Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään organisaation arkistointikäytännön mukaisesti.

Ne tallennetaan sähköiseen arkistoon, josta ne ovat tarvittaessa jälkikäteen tarkasteltavissa esimerkiksi valvontaa, auditointeja tai toiminnan kehittämistä varten. Näin varmistetaan dokumentoinnin jatkuvuus ja läpinäkyvyys.

3. PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN JA MENETTELYTAVAT

3.1 PALVELUJEN SAATAVUUDEN VARMISTAMINEN

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

Palveluyksikkö varmistaa omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen myös ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa. Alihankkijoilta edellytetään samoja laatu- ja turvallisuusvaatimuksia kuin omalta toiminnalta, ja heidän toimintansa tulee olla sopimusten, lainsäädännön ja organisaation ohjeiden mukaista. Palveluyksikössä on sovittu vastuuhenkilöt, jotka seuraavat alihankkijoiden toimintaa säännöllisesti, arvioivat heidän tuottamansa palvelun laatua ja varmistavat, että asiakas- ja potilasturvallisuus toteutuu kaikissa tilanteissa. Havaitut puutteet käsitellään välittömästi, ja alihankkijalta edellytetään korjaavia toimenpiteitä.

Palveluyksikkö vastaa kokonaisuudessaan siitä, että alihankkijan tuottama palvelu täyttää samat laatu- ja turvallisuusvaatimukset kuin yksikön oma toiminta. Tämä varmistetaan 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
Henkilöstön riittämättömyys tai äkilliset poissaolot	Keskisuuri	Työvuorosuunnittelulla varmistetaan riittävää henkilöstömitoitus. Tarvittaessa käytetään sijaisia ja työnjakoa järjestellään uudelleen.
Palveluun pääsyn viivästyminen	Keskisuuri	Tiivis yhteistyö hyvinvointialueen palveluohjauksen kanssa sekä asiakkaiden palvelutarpeen nopea arviointi ja priorisointi.
Tiedonkulun puutteet yhteistyötahojen välillä	Keskisuuri	Käytetään yhteisiä kirjaamisjärjestelmiä ja sovittuja tiedonkulkukäytäntöjä. Yhteistyöpalavereita järjestetään säännöllisesti. Sairaanhoitajilla on katseluoikeus hyvinvointialueen potilastietojärjestelmään.
Alihankkijan toiminnan häiriöt tai palvelun laatuongelmat	Pieni-keskisuuri	Alihankkijoiden toimintaa seurataan sopimusseurannalla ja palautteen avulla. Mahdolliset puutteet käsitellään viivytyksettä ja edellytetään korjaavia toimenpiteitä.
Tietojärjestelmien häiriöt tai kirjaamisen viivästyminen	Pieni-keskisuuri	Henkilöstö toimii varajärjestelyjen mukaisesti ja kirjaa tiedot viipymättä järjestelmän palautuessa.

3.2 PALVELUJEN JATKUVUUDEN VARMISTAMINEN

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö ja tiedonkulku muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan selkeillä yhteydenottokäytännöillä, ajantasaisella dokumentoinnilla ja suostumusten mukaisella tiedonvaihdolla. Asiakkaan palvelukokonaisuutta tuetaan monialaisella yhteistyöllä.

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

Keskeisiä yhteistyötahoja ovat terveysasemat, kotisairaala, Satasairaala, apteekit, kuntouttajat ja sosiaalitoimi. Yhteydenpito hoidetaan Teamsilla, puhelimella ja sähköpostilla. Sairaanhoitajilla on katseluoikeus hyvinvointialueen potilastietojärjestelmään, mikä varmistaa tiedonsiirron esimerkiksi asukkaan palatessa sairaalasta.

Hyvinvointialueen asiakkaille hyvinvointialue nimeää omatyöntekijän. Asukkaan vastuuhoitaja on yhteydessä omatyöntekijään, kun asukkaan toimintakyky tai palveluntarve muuttuu oleellisesti (ks. 3.5).

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikkötasolla 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: Eurakodin johtaja Niina Ramstedt, puh. 050 5937 507, niina.ramstedt@yhhoiva.fi

Eurakodin valmius- ja jatkuvuussuunnitelma on päivitetty 1.10.2025. Se kattaa muun muassa sähkö-, vesi- ja lämpökatkot, tietoliikennehäiriöt, epidemiat, hätätilanteet, paloturvallisuuden ja evakuoinnin, ja se päivitetään vuosittain.

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

Esihenkilö seuraa henkilöstötilannetta päivittäin ja varmistaa, että yksikössä on aina riittävä määrä osaavaa henkilöstöä vastaamassa asiakkaiden hoitoon ja palveluihin. Asiakkaan palvelut toteutetaan sovitusti, eikä henkilöstön poissaolo saa vaikuttaa hoidon turvallisuuteen, jatkuvuuteen tai laatuun. Henkilökunnan työrauhan turvaamiseksi on tarvittaessa käytettävissä vartijapalvelu.

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
Henkilöstön äkillinen sairastuminen tai henkilöstövaje	Keskisuuri	Käytössä sijaisjärjestelyt, työvuorojen uudelleenjärjestely ja organisaation sisäiset resurssit.
Tietojärjestelmien häiriö	Pieni-keskisuuri	Toimitaan varajärjestelyjen mukaisesti ja kirjaukset tehdään viipymättä järjestelmän palautuessa.
Sähkökatko tai tekninen häiriö	Pieni-keskisuuri	Yksikössä on ohjeistus toimintaan sähkökatkojen aikana ja kriittiset toiminnot varmistetaan.
Lääkehuollon tai lääketoimitusten viivästyminen	Pieni-keskisuuri	Lääkevarastoja seurataan säännöllisesti ja yhteistyö apteekin kanssa varmistaa lääkkeiden saatavuuden.
Ruokahuollon häiriö	Pieni	Yhteistyö palveluntuottajan kanssa ja varautuminen vaihtoehtoisiin ruokahuollon järjestelyihin.
Epidemia	Keskisuuri	Tehostetut varotoimet, eristäminen ja yhteistyö hyvinvointialueen infektioyksikön kanssa (ks. 3.3.5).

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 sekä hyvinvointialueen palvelukuvaukseen.

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 toteuttamissuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään kuuden kuukauden välein, sekä vuosittain tarkistettava itsemääräämissuunnitelma. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin. Asukkaiden arjen aktivointi varmistetaan päivittäisillä kirjauksilla ulkoiluista ja aktiviteeteista.

Läheisyhteistyö toteutuu säännöllisesti kuukausittaisilla yhteydenotoilla ja tiedotteilla.

Henkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi ovat keskeinen osa laadunhallintaa. Jokaiselle työntekijälle pidetään vuosittainen arviointikeskustelu, ja jokaisella on vuosittainen koulutustavoite.

Omahoitajuuden toteutumista seurataan Domacareen tehtyjen kirjausten kautta, ja omahoitajahetket pidetään ohjeen mukaisesti.

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

Rajoitustoimenpiteiden toteutumista seurataan päivittäin, ja niiden asianmukaisuus arvioidaan kolme kertaa vuodessa. Hoitosuunnitelmista valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa.

Näin varmistetaan, että hoito on tavoitteellista ja suunnitelmallista.

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

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

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

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

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Palveluyksikön toimitilat, toimintaympäristö ja käytettävät välineet on suunniteltu ja varusteltu siten, että ne ovat turvallisia, tarkoituksenmukaisia ja soveltuvat palvelutoimintaan. Tilojen ja välineiden turvallinen käyttö varmistetaan työntekijäkohtaisella laitepassilla, selkeillä ohjeilla, henkilöstön perehdytyksellä ja säännöllisillä

tarkastuksilla. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa huomioidaan myös palvelualakohtaisen lainsäädännön vaatimukset, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon tilaturvallisuus, esteettömyys ja asiakkaan yksityisyyden suoja.

Yksikön tilojen terveellisyys varmistetaan seuraamalla sisäilman laatua, lämpötilaa, kosteutta, ilmanvaihtoa, valaistusta ja ääniolosuhteita. Mahdolliset kemialliset tai mikrobiologiset epäpuhtaudet selvitetään viipymättä, ja tarvittavat toimenpiteet toteutetaan yhteistyössä kiinteistön omistajan ja huollon kanssa. Tilojen turvallisuutta arvioidaan säännöllisesti, ja havainnot dokumentoidaan.

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

Toimitiloille tehdyt tarkastukset ja viranomaishyväksynnät

Tarkastus tai asiakirja	Viimeisin	Seuraava
Palotarkastus (Satakunnan pelastuslaitos)	31.05.2024	
Pelastussuunnitelman päivitys	3.6.2026	vuosittain
Poistumisturvallisuusselvitys	3.6.2226	vuosittain
Terveydensuojeluviranomaisen tarkastus	12.3.2024	
Työsuojelutarkastus	24.1.2025	
Oiva-tarkastus (keittiö)	21.10.2026	
Hyvinvointialueen valvontakäynti	18.2.2026	vuosittain
Sprinkleri- ja paloilmoitinjärjestelmän testaus (AP-Kiinteistöpalvelut)	kuukausittain	kuukausittain

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

Toimitilojen ylläpitoa, huoltoa ja puutteita koskevat ilmoitukset tehdään kiinteistönhuollon järjestelmään tai sovitulle yhteyshenkilölle. Henkilöstö ilmoittaa havaitut viat välittömästi, ja esihenkilö seuraa korjausten etenemistä. Tiedonkulku varmistetaan säännöllisillä huoltokatselmuksilla ja dokumentoinnilla.

Kiinteistön pitkäjänteinen ylläpito perustuu omistajan ja käyttäjän väliseen vastuunjakoon, joka on määritelty erillisessä vastuunjakotaulukossa. Kiinteistön omistaja vastaa rakenteellisesta ja teknisestä kunnossapidosta, ja palveluntuottaja vastaa tilojen päivittäisestä siisteydestä, turvallisuudesta ja käytön valvonnasta. Ylläpitoa

ohjaavat vuosittaiset huoltosuunnitelmat ja resurssit, jotka varmistavat tilojen turvallisen käytön pitkällä aikavälillä. Isännöinti laatii pitkän tähtäimen kunnossapitosuunnitelman (PTS, 10 vuotta). Tiedossa olevat merkittävät muutokset kiinteistössä: ei tiedossa olevia muutoksia.

Palveluyksikössä ei käytetä välineitä, jotka ovat epäasianmukaisia, soveltumattomia tai turvallisuusriskin muodostavia. Välineiden kunto tarkistetaan säännöllisesti, ja huolto toteutetaan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Laitteiden käytön vaatima laitepassikoulutus varmistetaan perehdytyksellä, osaamisen arvioinnilla ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Vialliset tai epävarmat välineet poistetaan käytöstä välittömästi.

Asumiseen tarkoitettujen tilojen ja toimintaympäristöjen turvallisuus varmistetaan esimerkiksi kuluttajakemikaalien ja siivousaineiden lukitulla säilytyksellä, selkeillä ohjeilla ja henkilöstön valvonnalla. Myös lääkkeet, terävät esineet ja muut riskivälineet säilytetään aina lukituissa tiloissa.

Yksikön tilat tarkistetaan säännöllisesti, ja mahdolliset riskit poistetaan viipymättä.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

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

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

Hyvinvointialueen asiakkaiden osalta rekisterinpitäjä on Satakunnan hyvinvointialue, jonka lukuun Eurakoti käsittelee asiakastietoja. Asiakasasiakirjojen käsittelyssä, uloskirjauksessa ja tietojen siirrossa noudatetaan hyvinvointialueen ohjeita.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ja tietosuojalain vaatimukset toteutuvat palveluyksikön toiminnassa siten, että henkilötietojen käsittely perustuu lakiin, on tarkoituksenmukaista ja rajoittuu vain välttämättömään. Rekisteröidyn oikeudet — kuten oikeus tarkastaa omat tietonsa, saada tietoa käsittelystä ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista — toteutetaan selkeiden toimintamallien mukaisesti. Kaikki tietojen käsittely dokumentoidaan, ja tietosuojaperiaatteet huomioidaan kaikissa työvaiheissa.

Henkilöstön tietosuojaosaaminen varmistetaan vuosittaisella pakollisella perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja ohjeistuksilla. Ajantasaiset tietosuojaohjeet ovat henkilöstön saatavilla sähköisessä järjestelmässä, ja esihenkilö varmistaa, että ohjeet tunnetaan ja niitä noudatetaan. Henkilöstö koulutetaan toimimaan tietoturvaloukkaustilanteissa, ja he tietävät, miten ilmoitus tehdään ja kenelle. Tietoturvakävely tehdään vuosittain; viimeisin 16.11.2026.

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

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

Asiakastiedot kirjataan palveluyksikön käytössä olevaan sähköiseen järjestelmään DomaCareen; lääkärikirjaukset tehdään LifeCareen.

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 esihenkilö.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

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

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

Rekisterinpitäjän oikeudet ja vastuut toteutuvat noudattamalla tietosuojalainsäädäntöä, dokumentoimalla kaikki käsittelytoimet ja varmistamalla, että myös ostopalvelu- ja alihankintatoimijat sitoutuvat samoihin vaatimuksiin sopimuksin ja valvonnalla. Jos tietojärjestelmässä havaitaan olennaisten vaatimusten poikkeama tai tietoturvaan kohdistuu häiriö, joka voi vaarantaa asiakastietojen saatavuuden, eheyden tai luottamuksellisuuden, yksikön johtaja tekee asiakastietolain 90 §:n mukaisen ilmoituksen viipymättä järjestelmätoimittajalle ja tarvittaessa Lupa- ja valvontavirastolle sekä hyvinvointialueelle rekisterinpitäjänä. Henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta ilmoitetaan tietosuojavastaavalle, joka arvioi ilmoituksen tarpeen

tietosuojavaltuutetulle 72 tunnin kuluessa. Yksikön johtaja vastaa omavalvonnallisista toimista koko häiriötilanteen ajan.

Henkilöstö ilmoittaa kaikki havaitsemansa tietosuojapoikkeamat Laatuporttiin ja esihenkilölle. Esimerkkejä: annosjakelupussi tai asiakirja on jäänyt sivullisten nähtäville, istunto on jäänyt auki työpisteellä, tietoja on lähetetty väärälle vastaanottajalle tai järjestelmässä havaitaan epätavallista toimintaa. Häiriön ajan toimitaan varajärjestelyjen mukaisesti, ja kirjaukset tehdään järjestelmän palauduttua.

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. Eurakodissa kameravalvonta käytössä vain lääkehuoneessa.

Hoitajakutsut (Everon) vastaanotetaan hoitajien puhelimiin. Kirjallisessa työohjeessa on määritelty, kuka kantaa kutsupuhelinta kussakin vuorossa, miten puhelimet ladataan vuoronvaihdossa ja miten kutsuihin reagoidaan. Asukkaille, jotka eivät pysty hälyttämään apua rannekkeella, tehdään säännölliset tarkistuskäynnit, ja turvateknologian (esim. liiketunnistin) tarve arvioidaan yksilöllisesti. Järjestelmä testataan viikoittain.

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.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Tyypillisimmät palveluyksikön toimintaan liittyvät infektiot ovat hengitystieinfektiot, vatsataudit sekä iho- ja haavainfektiot. Toimintaan liittyy myös infektioepidemioiden mahdollisuus, erityisesti kausi-influenssan ja noroviruksen aikana. Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ehkäistään noudattamalla tavanomaisia ja tarvittaessa tehostettuja varotoimia, hyvää käsihygieniaa, asianmukaista suojautumista, oikea-aikaista eristämistä sekä huolellisella siivouksella ja jätehuollolla.

Henkilöstö käyttää ohjeiden mukaisia suojaimia ja noudattaa yksikön hygieniaohjeita.

Hoitoon liittyvä infektio tunnistetaan asiakkaan oireiden, kliinisten löydösten ja tarvittaessa laboratoriotutkimusten perusteella. Henkilöstö arvioi tilanteen ja konsultoi tarvittaessa terveydenhuollon ammattilaista. Käytössä oleva ilmoitusmenettely edellyttää, että kaikki epäillyt ja todetut infektiot kirjataan viipymättä järjestelmään ja raportoidaan esihenkilölle. Infektioita seurataan säännöllisesti, ja tiedot käsitellään tiimipalavereissa sekä omavalvonnassa. Infektioiden torjunnassa toimitaan yhteistyössä Satakunnan hyvinvointialueen infektioyksikön kanssa ja noudatetaan sen alueellisia ohjeita. Eurakoti osallistuu infektioyksikön prevalenssitutkimuksiin.

Käsihuuhdetta on helposti saatavilla kaikissa asiakastiloissa, sisäänkäynneillä, hoitopisteissä ja henkilöstötiloissa. Hygieniayhdyshenkilö Terhi Suovanen vastaa ajantasaisen tiedon välittämisestä, ohjeiden jalkauttamisesta ja henkilöstön tukemisesta infektiotorjunnassa. Hygieniayhdyshenkilö toimii yhteistyössä hyvinvointialueen hygieniahoitajan kanssa. Ajantasaiset infektioiden torjuntaohjeet varmistetaan pitämällä ohjeistus sähköisessä järjestelmässä, päivittämällä ne säännöllisesti ja varmistamalla, että henkilöstö perehdytetään muutoksiin.

Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, säännöllisillä koulutuksilla ja osaamisen arvioinnilla. Henkilöstö tuntee tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, infektioiden ehkäisyohjeet sekä rokotussuositukset. Rokotuskattavuutta seurataan, ja kausirokotukset kirjataan niin, että tiedot välittyvät Kantaan ja rokotusrekisteriin. Hygieniaohjeiden noudattamista seurataan havainnoimalla käsihygieniaa, suojainten käyttöä, siivouksen toteutumista ja kirjaamista. Poikkeamat käsitellään välittömästi ja tarvittavat korjaavat toimet toteutetaan. Työntekijät voivat olla yhteydessä hygieniayhdyshenkilöön tai esihenkilöön tarvittaessa kaikissa infektiotorjuntaan liittyvissä kysymyksissä.

Hygieniakäytäntöjen tehostaminen 2026

Valvontakäynnillä 18.2.2026 todettiin, ettei hygieniakäytäntöjä noudateta kaikilta osin. Tämän vuoksi:

- Hygieniayhdyshenkilö tekee käsihygieniahavainnoinnin puolivuosittain lomakkeella; tulokset käsitellään tiimipalaverissa.
- Käsihuuhteen kulutusta seurataan puolivuosittain asukasvuorokautta kohden, samoin käsineiden ja suojaessujen hankintamääriä.

Palveluyksikön puhtaus ja siisteys turvataan ajantasaisen siivoussuunnitelman ja palvelusopimuksen mukaisesti. Siivous toteutetaan arkipäivisin ja tehostetusti epidemiatilanteissa. Jätehuolto toteutetaan ohjeiden mukaisesti, ja tartuntavaaralliset jätteet kerätään erillisiin, merkittyihin astioihin ja toimitetaan asianmukaiseen käsittelyyn.

Yksikössä on nimetyt hygieniayhdyshenkilöt. Laadittu ja päivitetty hygieniasuunnitelma kattaa infektioiden torjuntakäytännöt, käsihygienian, siivoussuunnitelmat sekä henkilöstön toimintaohjeet.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on laadittu palveluyksikköön ja se päivitetään kalenterivuosittain sekä aina, kun toiminnassa, ohjeistuksissa tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia. Päivitysajankohta dokumentoidaan suunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa lääkehoidosta vastaava

sairaanhoitaja Krista Joensivu, ja suunnitelman hyväksyy allekirjoituksellaan yksikön vastuulääkäri, Trinitas Lääkäripalvelut Oy. Yksikön johtaja vastaa siitä, että lääkehoito toteutetaan suunnitelman mukaisesti ja että resurssit ovat riittävät. Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito -opasta.

Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta vastaa lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja, 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. Lääkäri tarkistaa asukkaan lääkityksen aina tarvittaessa ja vähintään kerran vuodessa. Jokaiseen työvuoroon on nimetty lääkevastuullinen työntekijä.

Lääkevarkauksien varalta on selkeät toimintamallit, jotka sisältävät välittömät ilmoitusvelvoitteet, kirjaamisen, tilanteen selvittämisen ja tarvittavat jatkotoimet.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

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

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

Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) velvoitteet varmistetaan noudattamalla valmistajan ohjeita, dokumentoimalla laitteiden käyttöönotto, huollot ja tarkastukset sekä varmistamalla, että laitteet ovat käyttötarkoitukseensa soveltuvia ja turvallisia. Laitteiden riskit arvioidaan säännöllisesti.

Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan perehdytyksellä, käyttöopastuksella ja tarvittaessa lisäkoulutuksilla. Henkilöstön osaaminen arvioidaan säännöllisesti, ja osaamisvaatimukset kirjataan palveluyksikkökohtaisesti laitepassiohjeisiin.

Laitteiden asianmukainen säätäminen, ylläpito ja huolto varmistetaan noudattamalla valmistajan huolto-ohjelmaa ja organisaation huoltokäytäntöjä. Huollot dokumentoidaan, ja laitteet poistetaan käytöstä välittömästi, jos ne aiheuttavat turvallisuusriskin. Lääkinnällisten laitteiden jäljitettävyys varmistetaan ylläpitämällä ajantasaista laiteluetteloa, johon kirjataan laitteen tunnistetiedot, sijainti, huoltohistoria ja

vastuuhenkilö. Kaikki muutokset dokumentoidaan. Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään välittömästi Laatuporttiin, josta ilmoitus ohjautuu Fimean ohjeiden mukaisesti eteenpäin, eikä erillistä viranomaisilmoitusta tarvitse tehdä erikseen.

Laitepassin kehittäminen perustuu valtakunnallisiin ohjeisiin ja viranomaisvaatimuksiin. Laitepassin sisältö ja toimintamallit on rakennettu seuraavien keskeisten lähteiden pohjalta: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema opas "Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö — opas laiteosaamisen varmistamiseen" (STM:n julkaisuja 2024:3) sekä Fimean määräys "Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus" ja ohje "Vaaratilanteessa olleen lääkinnällisen laitteen käsittely" (Fimea 1/2023).

3.3.8 Ravitsemus, virkistystoiminta, suunterveys sekä terveyden- ja sairaanhoito

Ateriat toimittaa Attendo Oy. Asukkaille tarjotaan aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala; yöpaasto on enintään 11 tuntia, ja lisäaterioita tarjotaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Erityisruokavaliot järjestetään. Asukkaiden painoa seurataan kuukausittain, ja MNA-testi tehdään, jos tila muuttuu tai ruokahalu heikkenee. Henkilöstöllä on voimassa olevat hygieniapassit, ja elintarvikelain mukainen omavalvontasuunnitelma on erillinen asiakirja.

Virkistys- sekä liikunta- ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa järjestetään pääsääntöisesti päivittäin, ja siitä on kirjallinen päivä-, viikko- ja vuosisuunnitelma, joka laaditaan asukkaiden toiveiden pohjalta. Osallistuminen ja ulkoilu kirjataan asukaskohtaisesti.

Suunterveyden vastuuhenkilö on Janette Jarva. Hampaiden ja suun hoito toteutetaan päivittäin, ja asukkaat saavat suun terveydenhuollon palvelut hyvinvointialueelta. Terveyden- ja sairaanhoidosta vastaa sairaanhoitaja. Yksikkö järjestää asukkaalle kuljetuksen ja tarvittaessa saattajan sosiaali- ja terveyspalveluihin.

3.3.9 Saattohoito sekä pelastus- ja poistumisturvallisuus

Asukkaat pyritään hoitamaan elämänsä loppuun asti Eurakodissa. Saattohoidosta on kirjallinen toimintaohje. Saattohoidon koulutusta on mahdollistettu koko henkilökunnalle. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa asukkaan hoitotahtoa kunnioittaen. Omaisen yöpyminen asukkaan asunnossa mahdollistetaan, ja henkilöstömitoitusta nostetaan tarvittaessa.

Eurakodilla on pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys (päivämäärät kohdassa 3.3.2). Palo- ja pelastusvastaavana toimii yksikön johtaja. Poistumis- ja alkusammutusharjoitukset järjestetään vuosittain, ja uudet työntekijät perehdytetään turvallisuusjärjestelyihin.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Hoitoon liittyvät infektiot ja epidemiat	Keskisuuri–suuri	Tavanomaiset ja tehostetut varotoimet, hyvä käsihygienia, suojainten käyttö, eristäminen, siivous ja jätehuolto, hygieniaohjeet, henkilöstön koulutus ja seuranta, käsihygienian havainnointi
Lääkehoidon virheet ja poikkeamat	Keskisuuri–suuri	Lääkehoitosuunnitelma, lääkeluvat ja osaamisen varmistaminen, kaksoistarkistukset, kirjaamisen seuranta, poikkeamien käsittely, auditoinnit
Asiakastietojen tietoturvaloukkaukset	Keskisuuri	Roolipohjaiset käyttöoikeudet, tietosuojakoulutus, ohjeistukset, suojatut järjestelmät, tietoturvasuunnitelma, poikkeamien ilmoitusmenettely
Asiakkaan kaatuminen tai liikkumiseen liittyvä tapaturma	Keskisuuri	Riskien arviointi, turvallinen ympäristö, apuvälineet, henkilöstön ohjaus ja valvonta, päivittäinen kirjaaminen
Laitteiden tai välineiden virheellinen käyttö tai vika	Keskisuuri	Laitepassit, perehdytys, huolto-ohjelmat, tarkastukset, viallisten laitteiden poistaminen käytöstä
Asiakkaan yksityisyyden vaarantuminen	Keskisuuri	Lukittavat tilat, suojaverhot, ohjeistus, henkilöstön perehdytys, tietosuojakäytännöt
Rajoitustoimenpiteiden virheellinen käyttö ja tahaton rajoittaminen	Keskisuuri	Päivittäinen seuranta, säännöllinen arviointi (3x/vuosi), kirjaaminen, ohjeistus ja valvonta, lääkärin päätös, tahattoman rajoittamisen koulutus (ks. 3.5)
Henkilöstön osaamispuutteet	Keskisuuri	Perehdytys, koulutukset, osaamisen arviointi 3x/vuosi, kehityskeskustelut, laitepassit ja lääkeluvat
Poikkeamien tai riskien ilmoittamatta jääminen	Keskisuuri	Ilmoitusjärjestelmät (poikkeama, läheltä piti), avoin toimintakulttuuri, käsittely tiimeissä, esihenkilön seuranta
Kiinteistöön ja tiloihin liittyvät turvallisuusriskit (esim. sisäilma, lämpötila)	Pieni–keskisuuri	Säännöllinen seuranta, mittaukset, huolto, vikailmoitukset ja yhteistyö kiinteistönhuollon kanssa
Tulipalo ja evakuointi	Pieni–keskisuuri	Pelastussuunnitelma, sprinklerit, poistumis- ja alkusammutusharjoitukset, palo- ja pelastusvastaava

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.

Henkilöstön määrä ja rakenne 18.11.2026

Nimike		Määrä	Henkilötyövuotta
Yksikön johtaja		1	
Sairaanhoitaja		2	1,5
Lähihoitaja		14	
Hoiva-avustaja		2	
Muu henkilöstö (esim. laitoshuoltaja)		1	

Vuorovahvuudet: aamuvuorossa pääsääntöisesti 6-5, iltavuorossa 5 ja yövuorossa 1 hoitaja. Jokaisessa vuorossa on lääkeluvallinen työntekijä, ja jokaiseen vuoroon on nimetty lääkevastuullinen työntekijä. Sairaanhoitaja on paikalla joka arkipäivä.

Rekisteröinnin mukainen laillistettujen ammattihenkilöiden resurssi on 1,5 henkilötyövuotta. Sairaanhoitajaresurssin kohdistumista ympärivuorokautisen palveluasumisen asukkaisiin seurataan mitoitustaulukossa.

Toteutunut henkilöstömitoitus oli valvontakäyntiä edeltäneellä jaksolla 0,62 (lain vähimmäistaso 0,6). Mitoitusta nostetaan hetkellisesti esimerkiksi saattohoitotilanteissa. Ruokahuoltoon on varattu erillinen resurssi. Kotihoitoon käytetty aika on huomioitu mitoituksessa.

Yövuorossa on yksi hoitaja. Yövalvonnan riittävyys arvioidaan osavuosiarvioinnissa kolme kertaa vuodessa asukkaiden hoitoisuuden ja voimassa olevien rajoituspäätösten perusteella. Itsenäisesti liikkuville asukkaille, jotka eivät pysty käyttämään hoitajakutsua, arvioidaan yksilöllisesti turvateknologian tarve. Yöhoitaja voi tarvittaessa kutsua apua ja käytettävissä on vartijapalvelu.

Yksikönjohtaja varmistaa riittävän henkilöstön seuraamalla päivittäin asiakasmäärää, palvelutarvetta ja henkilöstöresursseja. Tarvittaessa työvuoroja järjestellään uudelleen, kutsutaan sijaisia tai hyödynnetään varahenkilöjärjestelmää. Ammattihenkilöiden ammattioikeudet varmistetaan tarkistamalla JulkiTerhikki- ja JulkiSuosikki-rekisterit ennen työsuhteen alkamista ja säännöllisesti sen aikana.

Opiskelijoiden oikeus toimia tilapäisesti ammattihenkilön tehtävissä varmistetaan oppilaitoksen kanssa tehdyn sopimuksen ja kirjallisen ohjauksen kautta. Opiskelijoilla on nimetty ohjaaja, ja heidän työskentelyään valvotaan

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

Henkilöstön riittävyyden varmistamisen toimintamallit sisältävät päivittäisen henkilöstötilanteen seurannan, sijaisten käytön sekä työvuorojen joustavan uudelleenjärjestelyn. Jos henkilöstöä ei ole riittävästi, tehtäviä priorisoidaan, lisäresursseja hankitaan ja asiakasturvallisuus varmistetaan välittömin toimin. Henkilöstön asianmukainen koulutus varmistetaan rekrytointivaiheessa, perehdytyksessä ja säännöllisillä osaamisen arvioinneilla. Tarvittaessa järjestetään lisäkoulutusta.

Henkilöstön perehdytys ja ammattitaidon ylläpito toteutetaan perehdytysohjelman, vuosittaisten arviointikeskustelujen ja täydennyskoulutusten avulla. Henkilöstö osallistuu ammatilliseen täydennyskoulutukseen vähintään organisaation määrittelemän vähimmäismäärän.

Henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan havainnoinnilla, kirjaamisen tarkastuksilla, auditoinneilla ja palautekeskusteluilla. Havaittuihin epäkohtiin puututaan välittömästi ohjauksella, lisäkoulutuksella tai tarvittaessa muilla korjaavilla toimenpiteillä.

Henkilöstöltä kerätään palautetta säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa henkilöstökyselyillä ja kuukausittaisissa tiimipalavereissa. Palaute käsitellään yksikön kokouksissa ja hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Henkilöstöllä on tarvittaessa mahdollisuus työnohjaukseen.

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
Henkilöstön riittämättömyys suhteessa asiakasmäärään	Keskisuuri-suuri	Päivittäinen henkilöstötilanteen seuranta, työvuorojen uudelleenjärjestely, sijaisten käyttö, varahenkilöjärjestelmä, tehtävien priorisointi
Sairaanhoitajaresurssin kohdistuminen asukkaille jää alle luvan mukaisen 1,5 htv:n	Keskisuuri	Kuukausiseuranta mitoitustaulukossa, kotihoidon työajan erottelu, rekrytointi
Yövuoron riittämättömyys äkillisessä tilanteessa	Keskisuuri	Turvateknologia, varajärjestely avun kutsumiseen, vartijapalvelu, arviointi 3 krt/v

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Äkilliset poissaolot ja sijaisjärjestelyjen puutteet	Keskisuuri	Sijaisten käyttö, sisäiset järjestelyt, vuokratyövoima tarvittaessa, nopea reagointi esihenkilön toimesta
Henkilöstön osaamispuutteet	Keskisuuri	Perehdytysohjelma, täydennyskoulutukset, osaamisen arviointi, kehityskeskustelut, lisäkoulutus tarvittaessa
Perehdytyksen puutteellisuus (erityisesti sijaiset)	Keskisuuri	Yhtenäinen perehdytys kaikille työntekijöille, ohjeistukset, nimetty ohjaus ja seuranta
Ammattioikeuksien tai kelpoisuuden varmistamatta jääminen	Pieni- Keskisuuri	Terhikki- ja Suosikki-rekisterien tarkistus ennen työsuhdetta ja sen aikana
Opiskelijoiden riittämätön ohjaus	Pieni- Keskisuuri	Nimetty ohjaaja, jatkuva valvonta, kirjallinen ohjaus ja oppilaitosyhteistyö
Henkilöstön sitoutumattomuus omavalvontaan tai ohjeisiin	Keskisuuri	Perehdytys, ohjeistus, seuranta, auditoinnit, esihenkilön ohjaus ja puuttuminen
Poikkeamien ilmoittamatta jättäminen	Keskisuuri	Selkeät ilmoituskäytännöt, koulutus, avoin toimintakulttuuri, käsittely tiimipalavereissa
Työhyvinvoinnin heikkeneminen ja kuormitus	Keskisuuri	Henkilöstökyselyt, tiimipalaverit, työvuorosuunnittelu, esihenkilön tuki, työhyvinvoinnin seuranta
Työturvallisuusriskit (esim. ergonomia, väkivallan uhka)	Keskisuuri	Perehdytys, turvalliset työmenetelmät, ohjeistukset, riskien arviointi, koulutus, seuranta

3.5 YHDENVERTAISUUDEN, OSALLISUUDEN JA ASIAKKAAN ASEMAN JA OIKEUKSIEN VARMISTAMINEN

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta vastaa ensisijaisesti hänen vastuuhoitajansa (omahoitaja).

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.

Vastuuhoitaja vastaa lisäksi asukkaan RAI-arvioinneista, toteuttamissuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä yhdessä asukkaan ja omaisen kanssa, apuvälineiden saatavuudesta sekä tarvittavien etuuksien hakemisesta sairaanhoitajan avustuksella (esim. eläkkeensaajan hoito- ja asumistuki).

Vastuuhoitaja ei ole sama kuin hyvinvointialueen omatyöntekijä. Hyvinvointialueen asiakkaille Satakunnan hyvinvointialue nimeää omatyöntekijän, joka vastaa asiakassuunnitelmasta ja palvelupäätöksistä.

Omatyöntekijän nimi ja yhteystiedot kirjataan asukkaan tietoihin, ja vastuuhoitaja on häneen yhteydessä, kun asukkaan toimintakyky tai palveluntarve muuttuu oleellisesti.

Alueen sosiaaliasiavastaavan ja potilasasiavastaavan yhteystiedot:
Sosiaaliasiavastaava Jari Mäkinen 044 707 9132 sosiaaliasiavastaava@sata.fi

Koordinoiva potilasasiavastaava, Tiina Sianoja Potilasasiavastaava Marketta Varho Potilasasiavastaava Päivi Pärssinen 02 627 6078 potilasasiavastaava@sata.fi

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

Yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla yksikön ilmoitustaululla.

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot:
Kuluttajaneuvonta Puhelinvaihde arkisin klo 8–16.15 029 503 3000

Muistutukset
Asiakkaalla tai läheisellä on oikeus tehdä muistutus palvelun laadusta tai kohtelusta. Muistutus kirjataan aina viipymättä Laatuporttiin. Käsittely riippuu siitä, kuka on palvelun järjestäjä:

- Hyvinvointialueen sijoittamat asukkaat: muistutus osoitetaan Satakunnan hyvinvointialueelle ja toimitetaan hyvinvointialueen kirjaamoon (kirjaamo@sata.fi, Sairaalantie 3, 28500 Pori). Jos muistutus annetaan Eurakotiin, henkilöstö ohjaa sen viipymättä kirjaamoon ja auttaa tarvittaessa sen laatimisessa. Eurakoti ei vastaa hyvinvointialueen asukkaiden muistutuksiin. Hyvinvointialue pyytää Eurakodilta selvityksen, jonka yksikön johtaja laatii määräajassa, ja kirjallisen vastauksen antaa hyvinvointialue. Sama menettely koskee kanteluita ja korvausvaatimuksia.
- Itsemaksavat asukkaat: muistutus osoitetaan yksikön johtajalle, joka selvittää asian puolueettomasti ja antaa kirjallisen, perustellun vastauksen kohtuullisessa ajassa.

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

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, vaihtoehdoista ja päätöksistä. Asiakas osallistuu oman palvelunsa suunnitteluun ja arviointiin. Asiakkaan kielelliset oikeudet toteutetaan tarjoamalla palvelua asiakkaan ymmärtämällä kielellä ja järjestämällä tulkkaus tarvittaessa.

Asiakkaan asiallinen kohtelu varmistetaan koulutuksella, ohjeistuksella ja valvonnalla. Epäasiallinen kohtelu käsitellään välittömästi, ja tilanteeseen puututaan esihenkilön toimesta. Asiakkaalle annetaan tieto käytettävissä olevista oikeusturvakeinoista, kuten muistutuksesta, kantelusta, potilasvahinkoilmoituksesta ja asiavastaavien palveluista. Tieto annetaan kirjallisesti ja suullisesti.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen varmistetaan asiakkaan osallistumisella, yksilöllisellä palvelusuunnittelulla ja henkilöstön ohjeistuksella. Rajoitustoimenpiteitä käytetään vain lain sallimissa, välttämättömissä tilanteissa, ja ne dokumentoidaan tarkasti. Lakisääteiset suunnitelmat (asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelmat) laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa ja päivitetään säännöllisesti tai tilanteen muuttuessa. Henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti, ja toteutumista seurataan kirjaamisen, toteutuksen ja tavoitteiden etenemisen kautta. Suunnitelmien toteutumista arvioidaan tiimipalavereissa ja asiakaskohtaisissa tarkasteluissa.

Jokaiselle asukkaalle on laadittu itsemääräämisoikeussuunnitelma, jota arvioidaan vähintään vuosittain ja aina tilanteen muuttuessa. Rajoitustoimenpiteeseen tarvitaan aina lääkärin päätös. Päätöksen perusteet sekä alkamis- ja päättymispäivä kirjataan asiakastietojärjestelmään, ja rajoituksen jatkamisen tarve arvioidaan ja perusteet kirjataan päivittäin. Rajoittamisen perusteista keskustellaan asukkaan ja omaisten kanssa.

Tahattoman rajoittamisen ehkäisy

Asukkaan omaisuutta, kuten puhelinta, ei oteta henkilökunnan haltuun, eikä omainen voi antaa siihen määräystä. Puhelimen käytöstä sovitaan asukkaan kanssa. Asukkaan asuminen perustuu sopimukseen, eikä hänen poistumistaan saa estää: ulko-ovi avataan pyydettäessä. Jos poistumisen arvioidaan vaarantavan asukkaan terveyden tai turvallisuuden, hoitaja konsultoi lääkäriä rajoituspäätöksestä. Turvallisuustoimenpiteinä lääkärin päätöksellä voidaan myös käyttää asukkaalla esim. sängynlaitoja. Tahattoman rajoittamisen tunnistaminen käydään läpi perehdytyksessä ja tiimipalaverissa vähintään kerran vuodessa, ja havaitut tilanteet kirjataan Laatuporttiin.

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

Muistutusten käsittely tapahtuu kirjallisesti, määräajassa ja läpinäkyvästi. Kaikki muistutukset dokumentoidaan ja niistä tehdään tarvittavat korjaavat toimet. Kanteluiden käsittely tapahtuu viranomaisohjeiden mukaisesti.

Yksikkö toimittaa tarvittavat selvitykset ja osallistuu asian käsittelyyn asianmukaisesti. Potilasvahinkoilmoitukset tehdään Potilasvakuutuskeskuksen ohjeiden mukaisesti.

Henkilöstö tietää, miten ilmoitus tehdään ja kenelle asiasta ilmoitetaan yksikössä.

Asukkaan rahoja ei pääsääntöisesti käsitellä yksikössä. Jos käteisvaroja säilytetään, niistä pidetään kirjanpitoa ohjeen mukaisesti.

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
Asiakkaan itsemääräämisoikeus ei toteudu riittävästi	Keskisuuri	Henkilöstön koulutus itsemääräämisoikeudesta, vastuuhoitajamalli, asiakaskohtaiset suunnitelmat ja niiden säännöllinen päivitys
Asiakas ei saa riittävästi tietoa oikeuksistaan	Keskisuuri	Selkeä kirjallinen ja suullinen ohjaus, asiavastaavien yhteystiedot näkyvillä, perehdytys henkilöstölle
Epäasiallinen kohtelu tai syrjintä	Matala–keskisuuri	Nollatoleranssi, ohjeistus ja koulutus, tilanteisiin puuttuminen välittömästi, esihenkilön seuranta
Palautteiden ja muistutusten käsittely viivästyy tai on puutteellista	Matala	Selkeä prosessi (Laatuportti), vastuuhenkilön nimeäminen, määräaikojen seuranta, kaksi kuvattua reittiä (hyvinvointialueen asukkaat: hyvinvointialueen kirjaamo; itsemaksavat: yksikön johtaja)
Asiakkaan osallisuus ei toteudu palvelun suunnittelussa	Keskisuuri	Asiakkaan osallistaminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin, omaisten huomiointi, säännölliset arvioinnit
Kielelliset tai kommunikointiin liittyvät esteet	Keskisuuri	Tulkkauspalvelut, selkokielinen viestintä, yksilöllisten tarpeiden huomiointi
Rajoitustoimenpiteiden virheellinen tai perusteeton käyttö	Keskisuuri	Lainsäädännön tuntemus, kirjaaminen, esihenkilön valvonta, henkilöstön koulutus, lääkärin päätös, päivittäinen kirjaus
Päätösten dokumentointi puutteellista	Matala–keskisuuri	Kirjaamiskäytäntöjen ohjeistus, auditoinnit, säännöllinen seuranta
Asiakkaan yksityisyys tai tietosuoja vaarantuu	Matala	Tietosuojakoulutus, ohjeistukset, käyttöoikeuksien hallinta ja valvonta
Tahaton rajoittaminen (esim. puhelin, ulos pääsy)	Keskisuuri	Ohjeistus, vuosittainen läpikäynti tiimissä, kirjaus Laatuporttiin, lääkärin konsultointi
Tiedonkulku hyvinvointialueen omatyöntekijän kanssa katkeaa	Keskisuuri	Omatyöntekijän tiedot asukkaan tietoihin, yhteydenotto muutoksissa

4. HAVAITTUJEN PUUTTEIDEN JA EPÄKOHTIEN KÄSITTELY SEKÄ TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

4.1 TOIMINNASSA ILMENEVIEN EPÄKOHTIEN JA PUUTTEIDEN KÄSITTELY

Keskeisimmät riskit raportoidaan kolmasti vuodessa osana säännöllistä omavalvontaa. Raportointi tapahtuu sovituissa palavereissa, kirjallisesti sekä tarvittaessa välittömästi, jos riski edellyttää kiireellisiä toimenpiteitä. Riskit dokumentoidaan ja niistä tiedotetaan palvelunjärjestäjälle avoimesti ja läpinäkyvästi.

Palveluyksikkö ilmoittaa omassa tai alihankkijan toiminnassa ilmenevistä epäkohdista ja puutteista palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus tehdään viipymättä, ja siihen liitetään selvitys tilanteesta sekä toteutetuista tai suunnitelluista korjaavista toimenpiteistä.

Henkilöstö ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle kaikista havaitsemistaan epäkohdista, niiden uhista tai muusta lainvastaisuudesta valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus voidaan tehdä suullisesti tai kirjallisesti, ja vastuuhenkilö ryhtyy välittömästi asian edellyttämiin toimenpiteisiin. Henkilöstöä kannustetaan matalan kynnyksen ilmoittamiseen. Yksikössä noudatetaan myös muita lakisääteisiä ilmoitusvelvollisuuksia, kuten tartuntatautilain, potilaslain, sosiaalihuoltolain ja työturvallisuuslain mukaisia ilmoituksia. Edunvalvonnan tarpeesta ilmoitetaan Digi- ja väestötietovirastolle, ja iäkkäästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön huolehtimaan itsestään, ilmoitetaan sosiaaliviranomaiselle vanhuspalvelulain mukaisesti. Henkilöstöllä on käytössään selkeät menettelyohjeet, ja ohjeet ovat saatavilla yksikön toimintajärjestelmässä. Kaikki kirjalliset ilmoitukset tehdään Laatuporttiin.

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

Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan välittömästi tilanteen edellyttämällä tavalla. Korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan nopeasti, ja niiden vaikutuksia seurataan.

Tarvittaessa päivitetään ohjeita, prosesseja tai henkilöstön toimintatapoja.

Vaara- ja haittatapahtumien sekä epäkohtien ja poikkeamien ilmoitusmenettelyt ovat selkeät ja kaikkien tiedossa. Henkilöstö tekee ilmoituksen Laatuporttiin. Myös asiakkaalla ja läheisellä on mahdollisuus tehdä vaara- ja haittatapahtumailmoitus, ja ohjeet ovat näkyvillä yksikössä.

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

4.2 VAKAVIEN VAARATAPAHTUMIEN TUTKINTA

Vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan henkilöstön havainnoinnin, kirjaamisen ja ilmoitusjärjestelmän avulla. Vakavaksi vaaratapahtumaksi katsotaan tilanne, joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa asiakkaalle merkittävää haittaa, turvallisuusriskiä tai välitöntä vaaraa. Henkilöstö on koulutettu tunnistamaan nämä tilanteet ja ilmoittamaan niistä viipymättä. Yksikössä on ennalta sovittu toimintamalli vakavan vaaratapahtuman varalle. Kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan, henkilöstö ilmoittaa siitä välittömästi yksikön vastuuhenkilölle. Ensisijaisena tavoitteena on turvata asiakkaan tai potilaan tilanne ja estää lisähaitat. Tapahtuma kirjataan viipymättä ja siitä tiedotetaan palvelunjärjestäjälle sekä tarvittaessa valvontaviranomaiselle.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi on järjestelmällinen ja perustuu juurisyiden selvittämiseen. Prosessi ja ohje löytyy sisäisestä järjestelmästä Irmasta. Prosessi sisältää tapahtumakuvauksen, osapuolten kuulemisen, dokumenttien tarkastelun, riskien arvioinnin ja korjaavien toimenpiteiden suunnittelun. Tutkinta tehdään puolueettomasti ja läpinäkyvästi, ja se dokumentoidaan kokonaisuudessaan. Tavoitteena on oppiminen, ei syyllisten etsiminen. Henkilöstölle taataan turvallinen ilmapiiri, jossa virheistä voidaan raportoida avoimesti.

Tutkinnasta saatu tieto hyödynnetään aktiivisesti palveluiden kehittämisessä. Tutkinnan tulokset käsitellään tiimipalavereissa ja omavalvonnassa, ja niistä johdetaan konkreettisia kehittämistoimia, kuten ohjeiden päivityksiä, prosessimuutoksia tai lisäkoulutusta. Näin varmistetaan, että vastaavat tilanteet voidaan jatkossa ehkäistä ja asiakas- ja potilasturvallisuus vahvistuu jatkuvasti.

4.3 PALAUTETIEDON HUOMIOIMINEN KEHITTÄMISESSÄ

Epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tulevaa tietoa hyödynnetään järjestelmällisesti omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Jokainen ilmoitus analysoidaan, juurisyyt selvitetään ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan.

Tietoa käytetään ohjeiden päivittämiseen, henkilöstön koulutukseen ja toimintaprosessien kehittämiseen.

Muistutuksissa, kanteluissa ja asiakasvahinkoilmoituksissa esiin tulleet epäkohdat ja puutteet otetaan huomioon toiminnan kehittämisessä samalla tavalla kuin muutkin poikkeamat. Jokainen tapaus käsitellään huolellisesti, ja niistä saadut havainnot viedään osaksi yksikön jatkuvaa laadunhallintaa.

Tarvittaessa muutetaan toimintatapoja, vahvistetaan ohjeistusta tai lisätään henkilöstön osaamista.

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

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

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

4.4 KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN MÄÄRITTELY JA TOIMEENPANO

Korjaus- ja kehittämistoimenpiteet määritellään poikkeamien, palautteen, auditointien, osavuosiarviointien ja valvontaviranomaisen ohjauksen perusteella. Jokaiselle toimenpiteelle nimetään vastuutaho, aikataulu ja seurantatapa, ja keskeisimmät toimenpiteet kirjataan taulukkoon 6. Toimenpiteiden toteutumista seurataan osavuosiarvioinnissa. Valvontakäynnin 18.2.2026 korjaavat toimenpiteet on eritelty luvussa 6.

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

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Tiedonkulun parantaminen (palaverikäytännöt, viestintä)	3 kk / jatkuva	Yksikön johtaja	Henkilöstöpalautteet ja palaverimuistiot
Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen	3 kk sisällä / jatkuva	Yksikön johtaja, vastuualue hoitaja ja muu henkilökunta	Kirjaamisauditoinnit ja pistotarkastukset
Asiakaspalautteen systemaattinen analysointi ja hyödyntäminen, laatuporttiin positiivisen palautteen vieminen	2 kertaa vuodessa	Tiimivastaavat	Palautekoontien käsittely tiimipalavereissa
Aktiivisen arjen lisääminen	3 kk sisällä / jatkuva	yksikön johtaja, koko henkilöstö	Viikkosuunnitelman toteutuminen
Käsihygienian ja tavanomaisten varotoimien tehostaminen	20.10.26	Hygieniayhdyshenkilö	Havainnointi, käsihuuhteen kulutus
Tahattoman rajoittamisen ehkäisy	vuosittain	Yksikön johtaja, sairaanhoitaja	Tiimikoulutus, Laatuportti-ilmoitukset

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 toteuttamissuunnitelma ja RAI-arvio, jotka päivitetään vähintään puolen vuoden välein. Itsemääräämissuunnitelma tarkistetaan vuosittain. Asukas- ja läheiskyselyt toteutetaan keväisin ja syksyisin, ja asukkaiden arkea seurataan kirjaamalla ulkoilut ja aktiviteetit päivittäin.

Läheisyhteistyö on säännöllistä: läheisiin ollaan yhteydessä vähintään kerran kuukaudessa ja heille lähetetään kuukausittainen tiedote. Henkilöstön osaamista ja työhyvinvointia tuetaan vuosittaisilla arviointikeskusteluilla ja koulutuksilla.

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

Rajoitustoimenpiteitä seurataan säännöllisesti, ja niiden toteutuminen kirjataan päivittäin.

Toteuttamissuunnitelmista valitaan 1–5 tavoitetta, joita seurataan päivittäiskirjauksissa ja joiden toteutuminen tarkastellaan kolme kertaa vuodessa.

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. 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.

5.3.1 Osavuoden arvioinnit

Osavuoden arviointi on yhteenveto, jossa kuvataan keskeiset havainnot, osavuoden aikana tehdyt korjaavat toimet sekä mahdolliset kehittämistarpeet seuraavalle arviointijaksolle. Arvioinnissa tuodaan esille, onko toiminnassa havaittu poikkeamia, läheltä piti -tilanteita tai asiakaspalautteita, jotka viittaavat turvallisuuden tai laadun puutteisiin. Näiden havaintojen käsittely ja niistä oppiminen muodostavat keskeisen osan laadunhallintaa ja jatkuvaa parantamista. Lisäksi arvioinnissa tarkastellaan, ovatko henkilöstöresurssit olleet riittävät suhteessa palvelutarpeeseen ja onko perehdytys toteutettu ajantasaisesti. Samalla arvioidaan henkilöstön osaamisen

ylläpitoa ja koulutuksen 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:** Niina Ramstedt, yksikön johtaja **Päiväys:** 31.8.2026

POIKKEAMAT, LÄHELTÄ PITI -TILANTEET JA ASIAKASPALAUTE

Jakson aikana kirjattiin yhteensä 42- vaaratilanneilmoitusta Laatuporttiin. Näistä 17 oli poikkeamia, 2 läheltä piti-tilanne sekä 23 turvallisuuteen ja suojeluun liittyvä läheltä piti –tilanne. Poikkeamissa näkyi yksittäiset toiminalliset virheet, eikä selkeää toistuvaa teemaa noussut esiin. Läheltä piti –tilanteet liittyivät tilanteisiin, joissa riski tunnistettiin ajoissa ja vahingolta vältyttiin.

Toimenpiteet: Ilmoituksista 38 kappaletta aiheutti toimenpiteitä, kuten lääkehoidon prosessien tarkennusta ja tarkkaavaisuuden lisäämistä. Havaintojen perusteella korostettiin huolellisuutta työvaiheiden toteutuksessa sekä riskien ennakointia. Henkilöstöä muistutettiin ilmoittamisen tärkeydestä ja tilanteiden läpikäyntiä hyödynnettiin oppimisen tukena. Tarvittaessa tarkennettiin ohjeistuksia ja vahvistettiin turvallisuuskäytäntöjä.

VALVONTAKÄYNTI 18.2.2026

Satakunnan hyvinvointialueen valvontayksikkö teki suunnitelmallisen ohjaus- ja arviointikäynnin 18.2.2026 (SATAHADno-2026-2015). Lopputulos: toiminta asianmukaista, annettu ohjausta. Vakavia poikkeamia ei todettu. Raportti käsitellään henkilöstön kanssa. Lievien poikkeamien korjaavat toimenpiteet:

Raportin kohta	Lievä poikkeama	Korjaava toimenpide	Vastuu	Tila
3.3.2	Hygieniakäytäntöjä ei noudateta kaikilta osin	Käsihygienian havainnointi ja varotoimikoulutus (OVS 3.3.5)	Hygieniayhdyshenkilö	Käyty
4.1.5–4.1.6	Tahatonta rajoittamista (puhelin, ulospääsy)	Ohjeistus (OVS 3.5), henkilöstön koulutus	Yksikön johtaja, sairaanhoitaja	Käyty
4.2.1	Muistutusten käsittelyreitti	Hyvinvointialueen asukkaiden muistutukset kirjaamoon (OVS 3.5)	Yksikön johtaja	Korjattu OVS v3
5.1.1	Henkilöstön määrä, rakenne ja sairaanhoitajaresurssi	Henkilöstötaulukko ja resurssin seuranta (OVS 3.4)	Yksikön johtaja, palvelujohtaja	Korjattu OVS v3
6.1.2	Tarkastusten päivämäärät puuttuvat	Tarkastustaulukko (OVS 3.3.2)	Yksikön johtaja	Korjattu

Raportin kohta	Lievä poikkeama	Korjaava toimenpide	Vastuu	Tila
6.2.6	Asiakastietolain 90 §:n ilmoitusmenettely	Ilmoitusmenettely ja esimerkit (OVS 3.3.4)	Yksikön johtaja	Korjattu OVS v3

Muut ohjaukset on huomioitu: vastuuhoitajan ja hyvinvointialueen omatyöntekijän roolit (3.5), tiedonkulku hyvinvointialueen kanssa (3.2.1), lääkehoidon vastuut (3.3.6), yövalvonta (3.4), hoitajakutsujärjestelmän työohje (3.3.4) ja kiinteistön muutokset (3.3.2).

HENKILÖSTÖRESURSSIT JA PEREHDYTYS

Henkilöstömitoitus on ollut koko jakson vähintään 0,6, joten mitoitus on pysynyt tavoitetasolla. Jakson aikana esiintyi infektiotilanteesta johtuvaa lisäkuormitusta, minkä vuoksi hyödynnettiin sijaisia ja lisäresurssia toiminnan turvaamiseksi. Järjestelyillä pystyttiin varmistamaan riittävä henkilöstömäärä ja asiakasturvallisuus, vaikka kuormitus oli ajoittain kohonnut.

Jakson aikana aloitti 1 uusi hoitaja. Perehdytys on toteutettu useampana päivänä resurssin ulkopuolisena työntekijänä. Perehdytyksessä on painotettu erityisesti hygienia- ja infektiohallintakäytäntöjä, yksikön toimintatapoja sekä kirjaamista.

HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA KOULUTUS

Osaamisen ylläpito on toteutunut pääosin suunnitellusti jakson aikana. Henkilökunnasta on osallistuttu haavanhoito-, lääkehoito- sekä kantakoulutuksiin. Lääkeluvat ovat ajan tasalla kaikilla vakituisilla työntekijöillä sekä useammalla tuntityöntekijällä. Organisaatiossa on siirrytty LoVe -lääkelupiin uuden koulutusalustan myötä. Uudella koulutusalustalla on laajasti esimerkiksi RAI-koulutuksia.

Laitepassien suorittaminen on lähtenyt hyvin käyntiin yksikössä, ja niiden suorittamista jatketaan suunnitelman mukaisesti vuosittain. Osaamisen kehittämistä ja seurantaa jatketaan edelleen, jotta varmistetaan henkilöstön ajantasainen ja riittävä osaaminen.

AIEMPIEN EPÄKOHTIEN KORJAAMINEN JA KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN SEURANTA

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Tila
Tiedonkulun parantaminen (palaverikäytännöt, viestintä)	Toimenpide kesken, säännölliset palaverit aloitettu ja viestinnän keinoja tehostettu
Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen	Toteutumatta, siirtyy seuraavalle jaksolle

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Tila
Asiakaspalautteen systemaattinen analysointi ja hyödyntäminen, laatuporttiin positiivisen palautteen vieminen	Toimenpide osittain kesken, positiivisen palautteen antamista lisätään
Aktiivisen arjen lisääminen	Toteutunut, säännölliset päivittäiset toimintahetket ja Hilda-sisältöpalvelun kokeilujakso alkanut

RISKIEN ARVIOINTI

Taulukko	Riskit edelleen ajantasaiset?	Hallintatoimet riittävät?	Huomiot / muutokset
T1: Palvelujen saatavuus	Kyllä (päivitetty v3)	Kyllä	Tiedonkulun hallintatoimi tarkennettu
T2: Palvelujen jatkuvuus	Kyllä (päivitetty v3)	Kyllä	Epidemia lisätty riskiksi
T3: Turvallisuus ja laatu	Kyllä	Kyllä	Tahaton rajoittaminen ja tulipalo lisätty, hygienian hallintatoimia tehostettu
T4: Henkilöstö	Kyllä	Kyllä	Sairaanhoitajaresurssi ja yövuoro lisätty riskeiksi
T5: Yhdenvertaisuus ja oikeudet	Kyllä	Kyllä	Rajoittamisen riski nostettu keskisuureksi; tahaton rajoittaminen, muistutusreitit ja omatyöntekijä lisätty

Jakson aikana tunnistetut uudet riskit: tahaton rajoittaminen, yövuoron resurssi sekä tiedonkulku hyvinvointialueen omatyöntekijän kanssa (valvontakäynnin 18.2.2026 havainnot)

UUDET KEHITTÄMISTARPEET SEURAAVALLE OSAVUODELLE

Seuraavalle osavuodelle tunnistettiin tarve asukkaiden aktiivisen arjen säännölliseen toteuttamiseen, vastuuhenkilöinä tässä on yksikön johtaja ja koko henkilökunta. Myös ulkoilumahdollisuuksia kehitetään asukkaiden toiveiden mukaisesti niin, että ne toteutuvat säännöllisesti. Vastuuhenkilöinä yksikön johtaja ja henkilökunta. Näiden kohteiden toteutumista seurataan kuukausittain asukaskirjausten perusteella. Lisäksi toteutetaan valvontakäynnin korjaavat toimenpiteet (ks. yllä ja taulukko 6).

KOKONAISARVIO OSAVUODESTA

Osavuosi on sujunut hoidon ja hoivan osalta kokonaisuudessaan hyvin. Asukkaiden päivittäinen hoito, turvallisuus ja hyvinvointi on pystytty turvaamaan suunnitelman mukaisesti, ja toiminta on vastannut asetettuja tavoitteita sekä omavalvontasuunnitelmaa.

Yksikön johtajan vaihdokset ovat aiheuttaneet henkilöstössä jonkin verran epävarmuutta sekä muutostilanteisiin liittyvää kuormitusta. Tästä huolimatta työyhteisö on pystynyt ylläpitämään hyvää hoidon laatua ja arjen toimintaa.

Asukkaiden päivittäisiin aktiviteetteihin on panostettu aiempaa enemmän ja lisääntynyt ulkoilu on saatu käynnistettyä osaksi arkea.

Kokonaisuutena toiminta on ollut vakaata ja omavalvontasuunnitelman mukaista. Valvontakäynnin lievät poikkeamat on otettu korjattaviksi, ja niiden toteutumista seurataan seuraavassa osavuosiarvioinnissa.

LIITTEET

Liite 1 Kehityssuunnitelma (Luottamuksellinen)